

L'IMPLEMENTAZIONE DI UN APPROCCIO DI GENERE NELLE POLITICHE SULLE DROGHE: PREVENZIONE, TRATTAMENTO E GIUSTIZIA PENALE



Carine Mutatayi,
Sarah Morton,
Nadia Robles Soto,
Kristín I. Pálsdóttir
e Cristiana Vale Pires

Un manuale per operatori e
decisori politici



L'IMPLEMENTAZIONE DI UN APPROCCIO DI GENERE NELLE POLITICHE SULLE DROGHE: PREVENZIONE, TRATTAMENTO E GIUSTIZIA PENALE

Un manuale per operatori e decisori politici

Carine Mutatayi, Sarah Morton,
Nadia Robles Soto, Kristín I. Pálsdóttir
e Cristiana Vale Pires

*Le opinioni espresse in questo lavoro sono di responsabilità degli autori e non riflettono necessariamente la politica ufficiale dell'Unione Europea.
Consiglio d'Europa.*

La riproduzione di estratti (fino a 500 parole) è consentita, tranne che per scopi commerciali, a condizione che sia preservata l'integrità del testo, che l'estratto non sia utilizzato fuori dal contesto, che non fornisca informazioni incomplete o che non induca in altro modo il lettore sulla natura, la portata o il contenuto del testo. Il testo di partenza deve essere sempre citato come segue: "© Consiglio d'Europa, 2022" Qualsiasi altra richiesta... per la riproduzione/traduzione di tutto o parte del documento devono essere indirizzate alla Direzione della Comunicazione del Consiglio d'Europa (F-67075 Strasbourg Cedex oppure publishing@coe.int).

Tutta la corrispondenza relativa al presente documento dovrà essere indirizzata alla Segreteria del Gruppo Pompidou (F-67075 Strasbourg Cedex o pompidou.group@coe.int)

Design della copertina: Documenti e il Dipartimento Produzione Pubblicazioni (SPDP), Impaginazione del

Consiglio d'Europa:

Jouve, Parigi

Foto di copertina: Shutterstock

Editoria del Consiglio
d'Europa F-67075
Strasburgo Cedex

Consiglio d'Europa
<http://book.coe.int>

ISBN 978-92-871-9188-5

Consiglio d'Europa, aprile 2022

Stampato in Consiglio d'Europa

Contenuto

RINGRAZIAMENTI	5
INFORMAZIONI SUGLI AUTORI	6
PREFAZIONE	7
TESTIMONIANZA	9
INTRODUZIONE	11
CAPITOLO 1 - DATI ATTUALI SULLA DIMENSIONE DI GENERE DELL'USO DI SOSTANZE, DANNI CORRELATI E RISPOSTE	19
CAPITOLO 2 - CONSIGLI PER I DECISORI POLITICI	37
CAPITOLO 3 - CONSIGLI PER GLI OPERATORI	53
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI: VERSO IL GENERE INTEGRAZIONE NELLE RISPOSTE AI FARMACI	81
GLOSSARIO	85
RIFERIMENTI	95
ALLEGATO 1 - ESEMPI DI PREVENZIONE, GIUSTIZIA PENALE E PROGETTI DI TRATTAMENTO E INTERVENTO	121

Ringraziamenti

Con la supervisione generale di Florence Mabileau, Gruppo Pompidou, Consiglio d'Europa, questo manuale è stato scritto da Carine Mutatayi, Sarah Morton, Kristín I. Pálsdóttir, Nadia Robles Soto e Cristiana Vale Pires, con contributi di Marilyn Clark, Bidisha Chatterjee Marie-Claire Van Hout, Vic Valentine, Maria Sfikaki, Monica Barzanti, Liljana Ignjatova e Mirjana Jovanic.

Il Segretariato del Gruppo Pompidou desidera ringraziare tutti gli autori e i collaboratori per la loro dedizione e il loro entusiasmo per i temi affrontati, e per la loro partecipazione alla stesura di questo manuale sulle tematiche di genere, che è stata portata avanti durante la pandemia di Covid-19 senza avere mai l'opportunità di incontrarsi di persona.

Questa pubblicazione, la prima in assoluto del Gruppo Pompidou scritta con una metodologia online, non sarebbe stata possibile senza il forte impegno dei responsabili dei capitoli che hanno rivisto, a volte reinterpretato e compilato i contributi del gruppo di lavoro e non hanno esitato a scrivere, e riscrivere, i capitoli per tenere conto delle diverse prospettive e dei diversi contesti al fine di raggiungere un consenso.

Informazioni sugli autori

Carine Mutatayi è analista scientifica dell'Osservatorio francese delle droghe e delle tossicodipendenze (OFDT) ed è laureata in epidemiologia applicata e salute pubblica. È particolarmente interessata alle questioni di prevenzione e studia anche le questioni relative alle droghe e al genere, nonché gli studi critici di marketing sociale relativi alle sostanze e ai comportamenti che creano dipendenza.

Sarah Morton è direttore del Community Drugs Programme, School of Social Policy, Social Work and Social Justice, e vicepresidente per l'insegnamento e l'apprendimento, al College of Social Sciences and Law, University College Dublin, Irlanda. I suoi interessi di ricerca comprendono le politiche e gli interventi in materia di genere e droga e le metodologie di ricerca partecipativa e di azione.

Kristín I. Pálsdóttir è CEO, portavoce e membro fondatore di Rótin (The Root - Associazione per il benessere delle donne) in Islanda. Ha studiato materie umanistiche e ha un certificato professionale su donne e dipendenze. Kristín sostiene il miglioramento delle politiche e delle pratiche nel campo delle dipendenze, con particolare attenzione al genere. Ha organizzato conferenze sulle donne, l'uso di sostanze, il trauma e il trattamento in Islanda e ha partecipato a progetti europei sulle donne, l'uso problematico di sostanze e la violenza nelle relazioni intime. È curatrice di un libro sul movimento #metoo sottoposto a revisione paritaria.

Nadia Robles Soto è direttore dei programmi nazionali e dell'Osservatorio messicano della salute mentale e delle droghe presso la Commissione nazionale contro le dipendenze. Ha esperienza nella progettazione, pianificazione e implementazione di politiche e programmi sulle droghe e lavora anche su questioni come la regolamentazione della cannabis per uso medico e personale.

Cristiana Vale Pires è ricercatrice integrata post-dottorato e docente presso la Facoltà di Psicologia dell'Educazione dell'Università Cattolica del Portogallo, nonché membro fondatore dell'Associazione Kosmicare. Ha una vasta esperienza nella collaborazione e nel coordinamento di progetti europei e comunitari nel campo della droga, del sex work, e della prevenzione dell'HIV, del mainstreaming di genere e della prevenzione della violenza di genere e delle politiche di assistenza (cofinanziati dal governo portoghese e da organizzazioni private). Cristiana lavora anche come consulente ed esperta esterna presso l'OEDT ed è membro del Gruppo europeo su genere e droghe.

Prefazione

Il Gruppo Pompidou fornisce un forum multidisciplinare a livello europeo dove decisori politici, professionisti e ricercatori possono scambiare esperienze e informazioni sull'uso e il traffico di droga.

Creato su proposta del presidente francese Georges Pompidou nel 1971, nel 1980 è diventato un Accordo Parziale Allargato del Consiglio d'Europa, aperto ai Paesi non appartenenti al Consiglio d'Europa.

Il 16 giugno 2021, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha adottato lo Statuto rivisto del Gruppo Pompidou, che estende il suo mandato ai comportamenti di dipendenza legati alle sostanze lecite (come l'alcol o il tabacco) e alle nuove forme di dipendenza (come il gioco d'azzardo online). Il nuovo mandato pone l'accento sui diritti umani, riaffermando al contempo la necessità di un approccio multidisciplinare alla sfida del problema droga, che può essere affrontata in modo efficace solo se politica, pratica e scienza operano in sinergia.

Per riflettere meglio la sua identità di entità del Consiglio d'Europa e il suo mandato ampliato, il Gruppo Pompidou ha cambiato il suo nome ufficiale da "Gruppo di cooperazione per la lotta contro l'abuso e il traffico illecito di droga" a "Gruppo di cooperazione internazionale del Consiglio d'Europa sulle droghe e le dipendenze". Ad oggi, nel 2022, comprende 41 dei 46 Stati membri del Consiglio d'Europa, e poi Messico, Marocco e Israele, oltre alla Commissione europea.

Nell'ambito del programma di lavoro del Gruppo Pompidou per il periodo 2019-22, è stata introdotta la nuova attività "Implementazione di un approccio di genere in diversi settori della politica sulle droghe: dalla prevenzione, ai servizi di cura e trattamento, all'applicazione della legge e al sistema di giustizia penale". Questa attività è la continuazione del lavoro già intrapreso dal Gruppo Pompidou per integrare la dimensione di genere nelle politiche sulle droghe.

In realtà, si spinge oltre, in quanto il suo obiettivo è lo sviluppo di un manuale che dovrebbe contenere una serie di principi ed esempi pratici per fornire una guida concreta per l'attuazione di un approccio di genere nella pianificazione e nell'erogazione di servizi di prevenzione, assistenza e trattamento per le persone che fanno uso di droghe o che sono vulnerabili al consumo di droghe; e una guida per le forze dell'ordine e il sistema di giustizia penale sull'integrazione pratica degli approcci di genere nella loro area di lavoro.

È stato concordato che il manuale debba fornire una serie di prospettive e punti di vista con una guida chiara su come integrare il genere in tutti gli aspetti delle politiche sulle droghe, ed è quindi diverso da un position paper o da un brief politico.

In quanto organizzazione governativa internazionale, la nomina degli esperti del gruppo di lavoro è stata effettuata dai corrispondenti permanenti del Gruppo

Pompidou, alti funzionari delle politiche sulle droghe che rappresentano i loro Paesi presso la Commissione europea e per le attività del gruppo. Sono stati nominati esperti da undici Paesi (Francia, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Malta, Messico, Macedonia del Nord, Serbia, Slovenia, Svizzera) ; altri due esperti si sono aggiunti al gruppo dopo un'ulteriore consultazione con il segretariato del Gruppo Pompidou: un ricercatore del Portogallo e un altro della Scottish Trans Alliance/Equality Network, che è stato invitato a esaminare la bozza del manuale da una prospettiva trans, inclusa quella non binaria. Va notato che questo è stato un primo tentativo da parte del segretariato del Gruppo Pompidou, e in particolare degli autori che hanno contribuito ai vari capitoli, di essere trans-inclusivi nella loro scrittura, e che questi sforzi sono stati ampiamente apprezzati dalla Scottish Trans Alliance/Equality Network.

Il lavoro è stato svolto durante la pandemia Covid-19 attraverso 12 videoconferenze tra marzo 2020 e ottobre 2021. Prima della prima videoconferenza, ogni esperto designato ha fornito un rapporto nazionale sull'integrazione e l'implementazione delle tematiche di genere nella propria politica nazionale sulle droghe. Il gruppo di lavoro ha concordato una metodologia, una divisione dei compiti e un indice dei contenuti durante le videoconferenze del 12 maggio e del 23 giugno 2020.

Cinque responsabili di capitolo - Carine Mutatayi (Francia), Kristín I. Pálsdóttir (Islanda), Sarah Morton (Irlanda), Nadia Robles Soto (Messico), Cristiana Vale Pires (Portogallo) - oltre a due co-redattori per capitolo e due revisori (Marilyn Clark, Malta, e Bidisha Chatterjee, Svizzera). Un ultimo revisore ha contribuito al processo (Marie-Claire Van Hout, Regno Unito).

Basato su un lavoro fattuale, questo manuale attinge a un ampio corpus di riferimenti bibliografici sull'intersezione tra droghe e questioni di genere, compilato dagli autori con un contributo significativo dell'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT).

Data la stretta collaborazione tra l'Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze (OEDT) e il Gruppo Pompidou, si è deciso di invitare anche Linda Montanari, coordinatrice del Gruppo europeo sul genere e le droghe, creato di recente con il sostegno del Gruppo Pompidou, a revisionare il manuale. Ritene che il manuale sia un grande passo avanti.

La metodologia scelta è stata quella di discutere, dibattere e sviluppare il lavoro, sotto la guida dei responsabili dei capitoli e con l'aiuto dei co-editori, con consigli e feedback da parte degli altri partecipanti. Le decisioni sono sempre state prese in uno spirito di apertura, rispetto, fiducia, compromesso e accordo comune, e tutte le bozze sono state poi approvate dall'intero gruppo. La mancata opportunità di incontrarsi di persona è stata sinceramente rimpianta.

Testimonianza

Lilly Sofie Ottesen,

ex presidente del Gruppo Pompidou

Nel corso degli anni, gli uomini hanno dominato le poltrone dei Corrispondenti Permanenti ¹ del Gruppo Pompidou, compresa quella del Chair e del Presidente del Gruppo. Tuttavia, negli ultimi anni abbiamo visto più uomini che donne, corrispondenti donne, due chair donne e persino due presidenti donne.

Qual è il motivo di queste cifre? Indica che gli uomini sono più interessati alla politica sulle droghe rispetto alle donne? Non necessariamente. A mio parere, la storia del basso numero di corrispondenti e presidenti donne è principalmente legata a un problema più generale: il fatto che in passato e ancora oggi, nella maggior parte dei settori, le donne che occupano posizioni di leadership sono meno numerose degli uomini.

Cosa ha portato al cambiamento che abbiamo visto? La risposta più ovvia è che riflette una tendenza più generale che abbiamo riscontrato in un numero sempre maggiore di Paesi e di aree, per quanto riguarda la partecipazione e la leadership delle donne.

Potrebbero esserci altri fattori? Il cambiamento potrebbe essere in parte legato all'evoluzione del campo della politica sulle droghe? Nel corso degli anni abbiamo assistito al passaggio da una politica fortemente incentrata sull'applicazione delle misure legislative a una più ampia in cui i diritti umani e la salute pubblica svolgono un ruolo più centrale. Le donne sono più interessate a questi aspetti e a queste prospettive che a quella delle forze dell'ordine? Credo che la risposta possa essere sì, in una certa misura. Non conosco le statistiche dell'Europa in generale, ma almeno in Norvegia la percentuale di uomini che lavorano al Ministero della Giustizia è superiore a quella degli uomini che lavorano al Ministero della Salute, il che dimostra questa divergenza di interessi.

Ma se questo è il caso, sorgono altre domande, alle quali non sono in grado di rispondere completamente: perché è così? Perché le donne sono più interessate ai diritti umani e alla salute? E, inoltre, ha importanza? È importante se c'è uno squilibrio di genere nel Ministero della Giustizia o in quello della Salute? O se il presidente dei corrispondenti permanenti è sempre un uomo?

1. I Corrispondenti permanenti sono alti funzionari delle politiche sulle droghe nominati dai 42 Stati membri del Gruppo Pompidou. Il loro comitato è l'organo decisionale del Gruppo Pompidou tra le conferenze ministeriali. La Conferenza ministeriale riunisce le autorità politiche competenti dei suoi membri ogni quattro anni: stabilisce la direzione strategica e le priorità del Gruppo Pompidou per i quattro anni successivi, adotta un programma di lavoro pluriennale corrispondente ed elegge il presidente e il vicepresidente.

Per me la risposta è sì. Questo è importante, perché la diversità di genere, così come la diversità di età, professione, origine, ecc. porta esperienze e prospettive diverse, che portano a un dibattito migliore e a soluzioni migliori. Detto questo, non intendo sostenere misure forti per garantire la diversità : un perfetto equilibrio di genere e una distribuzione completamente equa delle età in ogni gruppo, luogo di lavoro o istituzione. Tuttavia, dobbiamo riconoscere che se ci circondiamo solo di persone che hanno le nostre stesse esperienze, corriamo il rischio di non vedere tutte le prospettive rilevanti.

Quando ho fatto sentire la mia voce in diversi forum per dire che dobbiamo tenere conto della dimensione di genere nello sviluppo di misure in diverse aree politiche, a volte ho incontrato resistenza. Il più delle volte, questa resistenza si basa sull'idea errata che io voglia concentrarmi sulle differenze di genere, o che sostenga che tutte le donne abbiano gli stessi bisogni e che tutti gli uomini condividano le stesse caratteristiche. Naturalmente questo non è ciò che credo. A volte tutte le donne hanno bisogno di qualcosa che gli uomini non hanno e viceversa, e a volte una maggioranza di donne e una minoranza di uomini condividono la stessa caratteristica, ma molto spesso questo uso del raggruppamento di genere sarebbe discriminatorio. Non solo perché non tutte le donne hanno le stesse esigenze e non tutti gli uomini sono uguali, ma anche perché considerare solo i due generi, uomini e donne, potrebbe avere un effetto discriminatorio, dato che dobbiamo tenere conto anche di una più ampia diversità di generi.

In questo contesto, ho imparato che non devo solo dire che la prospettiva di genere è importante, ma anche mostrare perché e come penso che dovrebbe essere inclusa.

Allora perché dobbiamo tenere conto della prospettiva di genere quando sviluppiamo misure per le persone che fanno uso di droghe? O per qualsiasi altro gruppo target, se è per questo? A mio avviso, tenere conto del genere per i diversi gruppi può essere uno strumento che, se usato con saggezza, ci aiuta ad ampliare i nostri orizzonti e a sviluppare politiche e misure migliori.

Se non prendiamo in considerazione il sesso, l'età, l'occupazione e altri elementi del background di una persona, potremmo non essere in grado di sviluppare misure che soddisfino le esigenze di quella persona. Non tutte le persone dello stesso sesso o della stessa età dovrebbero ovviamente ricevere le stesse misure; ciò che intendo dire è che dividendo il gruppo target in sottogruppi, e magari in sotto-sottogruppi, ci ricordiamo che possono esserci esigenze diverse all'interno del gruppo target. Il genere, lo status socio-economico, l'età, ecc. possono dirci non solo perché una persona ha un problema di droga, ma anche di cosa avrebbe bisogno per liberarsi dei suoi problemi. Di cosa hanno bisogno, a parte l'interruzione dell'assunzione di droghe?

In conclusione: considerare i gruppi non deve essere una camicia di forza, ma se fatto con saggezza può guidarci, in quanto ci ricorda che se impostiamo misure mirate alla persona media che fa uso di che fa uso di droghe, rischiamo di perderli tutti.

Lilly Sofie Ottesen (NO)

Ex presidente dei Corrispondenti permanenti (201

Introduzione -

Migliorare la sensibilità di genere nelle politiche sulle droghe

Autori: Carine Mutatayi, Sarah Morton, Kristín I. Pálsdóttir

Scopo del manuale

Questo manuale fornisce ai decisori politici e agli operatori del settore delle droghe raccomandazioni operative basate su dati di fatto per lo sviluppo e l'attuazione di politiche e interventi che integrino meglio le esigenze specifiche di uomini e donne (approccio sensibile al genere) e promuovano una maggiore equità di genere (approccio trasformativo di genere) per coloro che sono coinvolti nella prevenzione e nella cura delle droghe (riduzione del danno e del rischio, trattamento, reinserimento), e anche nel sistema di giustizia penale.

In linea con il principio del Gruppo Pompidou di collegare ricerca, politica e pratica e di concentrarsi sui diritti umani, questo manuale esplora innanzitutto i punti di vista teorici sulla politica di genere e sulle droghe, attinge alle conoscenze scientifiche disponibili e presenta raccomandazioni ed esempi per la parte pratica. Si basa su un ampio dibattito e sul consenso di esperti provenienti da 13 Paesi e da diversi contesti professionali, per una rilevanza interculturale.

Questo manuale esplora le complesse aree delle politiche sulle droghe e sul genere che sfidano le nostre società moderne, animando vivaci dibattiti, soprattutto con l'ascesa dei movimenti femminista e lesbico, gay, bisessuale, transgender, queer, intersex+ (LGBTQI+) negli ultimi anni. È stato quindi essenziale per gli autori fornire le definizioni relative a queste due aree nel glossario e spiegare i concetti legati al genere discussi in questa introduzione.

Gli autori si sono accordati sulle convenzioni linguistiche per integrare meglio i molteplici aspetti della droga e delle questioni di genere e per consentire un'argomentazione il più possibile completa all'interno delle molteplici sfaccettature del loro campo.

- ▶ Il termine "droghe" si riferisce alle droghe illecite e può includere le sostanze psicoattive lecite, tra cui l'alcol, il tabacco e i farmaci psicotropi usati in modo improprio. Il presente manuale tratta tutte queste sostanze lecite e illecite.
- ▶ Le formulazioni incentrate sulla persona, come "donne che fanno uso di droghe" o "donne che sono in carcere", saranno preferite alle denominazioni generiche (consumatrici di droghe, detenute, ecc.), in linea con il linguaggio delle migliori

pratiche promosso dalla Rete internazionale delle persone che fanno uso di droghe.

- ▶ Come specificato nel glossario, il "genere" si riferisce a "ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una data società considera appropriati per le donne e gli uomini", secondo l'articolo 3c della Convenzione di Istanbul (Consiglio d'Europa 2011).
- ▶ "Transgender" (o "trans") è un termine generico per indicare una gamma diversificata di persone la cui identità di genere non corrisponde alla designazione del sesso alla nascita. Questo include le donne trans, che si identificano come donne ma sono state designate come uomini alla nascita; gli uomini trans, che si identificano come uomini ma sono stati designati come donne alla nascita; e le persone non binarie. Una persona non binaria è una persona che si identifica "come avente un genere tra o oltre le due categorie "maschio" e "femmina", come oscillante tra "maschio" e "femmina", o come non avente alcun genere, permanentemente o occasionalmente" (Valentine 2016). Alla nascita possono essere stati designati come maschi o come femmine.
- ▶ I termini "uomini", "donne" e "persone trans" (compresi donne e uomini trans) sono utilizzati in questo manuale indipendentemente dall'età, quindi le donne possono includere le ragazze e gli uomini i ragazzi.

Molti dei dati sul genere e sulle droghe che costituiscono la base dell'analisi e delle raccomandazioni di questo rapporto riguardano esclusivamente le donne o le differenze tra uomini e donne. Per questo motivo, il presente rapporto e le sue raccomandazioni si concentrano in larga misura su approcci sensibili e trasformativi di genere, incentrati sulle donne. Tuttavia, riconosciamo che per un approccio veramente trasformativo di genere, le politiche e le pratiche devono essere in grado di prendere in considerazione una più ampia diversità di generi, rispondendo alle esigenze di tutte le persone di un genere emarginato (si veda il sito web della Women's Funding Network).² Pertanto, ove possibile, includeremo e integreremo anche le prove relative alle persone transgender di tutti i generi. Il manuale si concentra sul genere, non sull'orientamento sessuale. Pur sapendo che le persone di tutti i generi con un orientamento sessuale non eterosessuale o fluido presentano maggiori fattori di rischio per l'uso di droghe, gli esiti negativi e la violenza (di cui sono vittime), queste problematiche non sono affrontate in modo specifico dalle raccomandazioni qui proposte.

Questa introduzione evidenzia le componenti multidimensionali dei concetti di genere utilizzati in questo manuale, che vengono elaborati nel glossario. Presenta quindi le motivazioni per sostenere approcci sensibili al genere nelle politiche e negli interventi in materia di droga, nonché i principi che dovrebbero essere alla base del loro sviluppo e che hanno informato la creazione di questo manuale.

Vengono proposti tre capitoli centrali, il primo dei quali è trasversale e fornisce ulteriori approfondimenti per favorire i due successivi, dedicati rispettivamente ai decisori politici e agli operatori del settore, e ai professionisti.

2. disponibile all'indirizzo www.womensfundingnetwork.org, consultato il 22 gennaio 2022.

Il capitolo 1 inizia con una panoramica dei dati epidemiologici esistenti sulle differenze di genere nel consumo di droghe e nelle relative conseguenze. Per costruire questo quadro, facciamo riferimento ai dati disponibili a livello internazionale, concentrandoci sulle fonti delle Nazioni Unite, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'OEDT, tenendo conto della mancanza di dati disaggregati per sesso per alcuni indicatori di droga e salute, in particolare per le persone trans. In secondo luogo, con particolare attenzione alla situazione europea, il Capitolo 1 riassume il modo in cui le specificità di genere vengono prese in considerazione nelle politiche e negli interventi in materia di droga.

Il Capitolo 2 spiega perché è importante avere un approccio sensibile al genere nelle politiche sulle droghe e presenta di conseguenza raccomandazioni, elementi chiave e processi per i decisori delle politiche.

Il capitolo 3 si rivolge agli operatori che lavorano nei settori della prevenzione delle droghe, della riduzione del danno, del trattamento e del sistema di giustizia penale. L'obiettivo è quello di rafforzare la loro conoscenza delle pratiche basate sull'evidenza e di evidenziare le opportunità di sviluppare indirizzi e approcci al lavoro sensibili al genere. In allegato sono riportati esempi valutati di esperienze sensibili o trasformativo rispetto al genere.

Attributi di un approccio di genere

Il genere viene affrontato come un costrutto bio-psico-socio-culturale che interagisce con le categorie biologiche di uomo e donna, ma che è distinto da esse. Tradizionalmente, questi aspetti sono stati visti attraverso la lente di una categorizzazione binaria di maschio o femmina che riflette le norme sociali comuni attribuite a ciascun gruppo per quanto riguarda le loro relazioni sociali (Hurtig e Pichevin 1986; Manandhar et al. 2018; Mead 1950; Oakley 1972; Schmidt et al. 2018). Questi ruoli e rappresentazioni biologiche e sociali variano nel tempo, nella classe e nella cultura, ma sono storicamente basati su diversi livelli di potere e su una gerarchia che favorisce gli uomini.

È stato dimostrato che il genere è "sia un'identità personale, assunta, sia un'identità socialmente ascrivibile, che possono coincidere o essere in conflitto" (Macaulay 2020). Una persona può identificarsi con un genere che non corrisponde alla sua designazione sessuale alla nascita. Esiste una notevole diversità nel modo in cui gli individui e i gruppi comprendono, sperimentano ed esprimono il genere attraverso i ruoli che assumono, le aspettative riposte in loro, le relazioni con gli altri e i modi complessi in cui il genere è istituzionalizzato nella società (Abrams 2019; Schmidt et al. 2018). Per alcune persone, la loro identità di genere non rientra in queste due categorie, né è statica; esiste lungo un continuum e può cambiare nel tempo.

Un approccio alle droghe basato sul genere prende in considerazione gli attributi biologici e i ruoli, i comportamenti, le espressioni e le identità socialmente costruite di ragazze, donne, ragazzi e uomini in una determinata cultura in un determinato momento, e il modo in cui questi influenzano le questioni legate alle droghe tra le persone di tutti i generi. Se si considerano queste diverse espressioni di genere e le condizioni generali delle donne e delle persone transgender di tutti i generi, è evidente la necessità di risposte più appropriate ed eque nel campo delle droghe.

La sensibilità di genere e la trasformatività di genere, entrambe spiegate più dettagliatamente nel glossario, confermano questa necessità.

Secondo il quadro di classificazione dell'OMS, le politiche e i programmi che rispondono alle esigenze di genere "tengono conto e riconoscono le norme, i ruoli e le disuguaglianze di genere, ma non agiscono per affrontarle" (vedi Glossario). Le risposte sensibili al genere (o consapevoli del genere) riconoscono quindi che, all'interno del loro ambiente socio-culturale, uomini e donne hanno esigenze, interessi e priorità diverse, e talvolta contrastanti, per quanto riguarda il consumo di droga e i relativi fattori scatenanti, rischi e danni. Queste risposte si rivolgono alle esigenze specifiche di uomini e donne, ma lasciano intatta la distribuzione esistente di risorse e responsabilità.

D'altra parte, secondo l'OMS (vedi glossario), le politiche e i programmi di trasformazione di genere "riconoscono e/o cercano attivamente di cambiare le differenze nei ruoli, nelle norme e nell'accesso alle risorse di uomini e donne, al fine di promuovere l'uguaglianza di genere". Pertanto, le risposte trasformative di genere (o redistributive) mirano formalmente a riflettere criticamente, sfidare o trasformare l'attuale distribuzione delle risorse e delle responsabilità, e persino le pratiche istituzionali e le norme sociali più ampie, al fine di creare relazioni e leve di genere più eque. Gli approcci trasformativi di genere "mirano ad andare oltre l'auto-miglioramento delle singole donne e a trasformare le dinamiche e le strutture di potere che servono a rafforzare le disuguaglianze di genere" (Hillenbrand et al. 2015).

Integrazione di genere

L'uguaglianza di genere è un diritto umano fondamentale, ma la disuguaglianza di genere persiste ovunque ed è sempre stata presente. Le relazioni ineguali tra uomini e donne, gli stereotipi di genere e la discriminazione riguardano tutte le società (Nazioni Unite 2020a). Per molte donne e ragazze, la disuguaglianza inizia alla nascita e la disparità di genere influisce sulla loro vita in quanto "modella i contesti in cui vivono" (Covington 2008). La violenza e i danni legati alla droga colpiscono le donne tossicodipendenti in modi molto specifici (Liquori O'Neil e Lucas 2015; UNODC 2017a).

In tutto il mondo, fin dall'inizio del XX secolo, le risposte e le misure della società per affrontare il problema delle droghe e delle dipendenze sono state influenzate da una visione del comportamento, dei modelli di consumo di droga e della criminalità associata che presenta gli uomini come i principali protagonisti. Questa visione maschile dominante che ha influenzato le politiche, i servizi e i programmi sulle droghe affonda le sue radici in rappresentazioni sociali ereditate che promuovono l'idea che l'uso di sostanze e la trasgressione in generale siano un "affare da uomini" (Belknap 2015; Cardi 2007; Thompson e Gibbs 2016; Vuattoux 2016).

Storicamente, in tutte le società, le norme di genere prevalenti hanno influenzato i modelli di consumo di droga di uomini e donne. A causa delle norme di genere, gli uomini sono stati più propensi ad adottare un uso sociale o ricreativo dell'alcol e di altre droghe per accrescere la loro virilità e migliorare la loro partecipazione e convivialità nella vita pubblica (Lisansky Gomberg 1982; Lisansky Gomberg, Raskin White e Carpenter 1982; Thomasset 2018). D'altra parte, a causa della costruzione sociale della femminilità, le donne sono state assegnate ad ambiti domestici e di cura. Di conseguenza, tendono a usare privatamente droghe legali e socialmente più accettabili per scopi terapeutici o di automedicazione (Lisansky Gomberg 1982; Lisansky Gomberg, Raskin

White e Carpenter 1982; Romo-Avilés 2018). Le donne hanno sofferto in modo sostanziale per la dipendenza da oppiacei, cocaina e altri stimolanti, sedativi e antidepressivi, quando queste droghe erano legali e prescritte dal medico (Kandall 2010). L'ingresso delle donne nella sfera pubblica della vita e la loro crescente autonomia economica e sociale hanno cambiato il modo in cui le donne fanno uso di alcol e altre droghe. Questo ha portato all'uso crescente di sostanze negli spazi pubblici e per scopi sociali negli ultimi 100 anni, mentre le vecchie norme di genere continuano a prevalere nelle nostre società.

Negli ultimi decenni, le risposte e le politiche sulle droghe che pongono al centro la persona sono state influenzate anche dalle statistiche nazionali ufficiali sul consumo di droghe e sulla criminalità ad esse collegata, che hanno mostrato una sovrarappresentazione di uomini (Alexander 2011; Belknap 2015; OEDT 2019a; UNODC 2020b; Vuattoux 2016). Purtroppo, l'intersezione tra genere e problemi di droga non è stata sufficientemente esplorata dalla ricerca nei Paesi europei, soprattutto per quanto riguarda le esigenze, le aspettative e le motivazioni specifiche delle donne. Nonostante questi limiti, la ricerca evidenzia l'elevata vulnerabilità delle donne, e anche delle persone transgender, che fanno uso di droghe. Il capitolo 1 descrive come i dati mostrino un forte legame tra l'uso problematico di sostanze e la violenza del partner nelle relazioni di intimità, il sesso compensativo e la storia di trauma, nonché la gravidanza e la maternità (Cockroft et al. 2019; Tirado-Muñoz et al. 2018; UNODC 2017a). Le persone transgender riportano anche alti tassi di vittimizzazione (bullismo e molestie) e di violenza, associati a modelli di uso di sostanze più pesanti e a un rischio di suicidio più elevato (Johns et al. 2019; Reisner et al. 2015a).

Nelle politiche internazionali e nazionali, per genere si intendono generalmente le donne e le ragazze, anche se tutti hanno un genere. È difficile trovare linee guida che riconoscano una maggiore diversità di genere, con l'inclusione delle persone trans, comprese quelle non binarie (Goldsmith e Hillyard 2019; Schmidt et al. 2018). È necessaria una maggiore inclusione di tutti i generi. Il consumo di droga da parte delle donne è in aumento e anche la percentuale di donne nella popolazione carceraria è aumentata in tutto il mondo nel corso degli anni 2010, tranne che in Europa, dove il loro numero è diminuito del 29%, soprattutto in relazione ai reati di droga. Nonostante questi risultati, il generale disinteresse per l'esperienza delle donne nel consumo e nel traffico di droga mette in discussione la razionalità delle politiche antidroga. Pochi paesi :

« forniscono alle donne un'adeguata riduzione dei rischi legati all'uso di droga e un trattamento adeguato, e praticamente tutti i Paesi devono espandere le misure sensibili al genere per migliorare l'accesso a un trattamento adeguato per le donne in carcere e raggiungere il più alto livello di salute possibile per le donne » (INCB 2017; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2021).

Impegnarsi ora nella sensibilità di genere e nella trasformatività

Ricerche recenti, mostrano che la disuguaglianza strutturale per le donne è uno sfondo sociale persistente in relazione all'uso di sostanze da parte delle donne (Morton et al. 2020). Questa disuguaglianza strutturale si manifesta con la povertà, la mancanza di accesso all'istruzione e le limitate aspettative di realizzazione personale e assertività.

Questi fattori strutturali dimostrano che lo sviluppo della sensibilità di genere nelle politiche sociali, economiche e sanitarie, così come nelle politiche sulle droghe, è inestricabilmente legato alla difesa dei diritti umani.

Nell'ultimo decennio si è assistito a un crescente impulso in ambito scientifico e politico per integrare meglio gli approcci sensibili al genere nella progettazione e nell'attuazione delle risposte al problema droga. Sono in costante aumento le richieste di un approccio più moderno ai disturbi da uso di sostanze, che sia incentrato sui diritti umani e sulla dignità, e quindi su approcci sensibili al genere e basati sull'evidenza scientifica (UNODC 2021c; OMS e UNODC 2020). L'attenzione alla riduzione dell'impatto dell'uso di droghe sui nascituri e sui bambini è una risposta politica sensibile al genere, precoce ma ampiamente riconosciuta e attuata. È essenziale fare un passo avanti nell'impegno a ridurre le disuguaglianze sanitarie e sociali, rispettando il diritto alla diversità, alla dignità e ai diritti umani. Percorsi più efficaci verso un recupero sostenibile, l'emancipazione e l'inclusione sociale per tutti i cittadini richiedono lo sviluppo di risposte ai problemi di droga che siano adeguate alle esigenze specifiche dei segmenti non maschili della popolazione.

La consapevolezza dell'importanza di integrare una prospettiva di genere nelle politiche e nelle pratiche nazionali e internazionali in materia di droga può essere rintracciata in documenti presentati in ambito politico, che riconoscono la mancanza di servizi sensibili al genere in passato e la necessità di integrarli meglio in futuro (Commission on Narcotic Drugs 2012a, 2016; INCB 2017; Liquori O'Neil e Lucas 2015; UN Women 2017). Nel 1988, un simposio sulle donne e le droghe è stata la prima iniziativa del Gruppo Pompidou per cercare di integrare una dimensione di genere nelle politiche sulle droghe in Europa. Negli ultimi dieci anni, il Gruppo Pompidou ha intensificato gli sforzi per promuovere la dimensione di genere nelle politiche sulle droghe dei suoi Stati membri, con le seguenti pubblicazioni su:

- ▶ la dimensione di genere dell'uso non medico di farmaci da prescrizione in Europa (Clark 2015);
- ▶ la letteratura scientifica su donne, droga e violenza (Benoit, Dambele e Jauffret-Roustide 2015);
- ▶ una consultazione professionale su donne, droga e violenza (Benoit e Jauffret-Roustide 2015);
- ▶ una sintesi su violenza, donne e droghe da stupro (Gruppo Pompidou 2017).

Nell'ambito del programma di lavoro 2019-22 del Gruppo Pompidou è stata istituita una nuova attività su "L'implementazione di un approccio di genere nei diversi settori della politica sulle droghe: dalla prevenzione, ai servizi di assistenza e trattamento, all'applicazione della legge e al sistema di giustizia penale" e il presente manuale fa parte di questa importante iniziativa.

L'intersezione tra consumo di droga e genere sta emergendo come una lente fondamentale da utilizzare nella progettazione, nell'implementazione e nella valutazione della ricerca, degli interventi e delle politiche sensibili al genere in tutte le aree relative al controllo delle droghe. A livello globale, sono necessari cambiamenti significativi per promuovere gli investimenti nella salute, sebbene siano stati compiuti progressi tangibili nell'affrontare tutti gli aspetti della riduzione della domanda di droga, anche attraverso

l'impegno congiunto del Programma delle Nazioni Unite per il controllo delle droghe (UNDCP)-OMS, rafforzato nel 2018 (OMS 2018b). Ad esempio, nel 2018, solo il 26% della spesa dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC) è stato indirizzato alla prevenzione, al trattamento, al reinserimento e allo sviluppo alternativo, mentre il 31% della spesa si è concentrato sulla lotta al traffico illecito di droga e alla criminalità organizzata transnazionale (UNODC 2018c). Un approccio alla prevenzione delle dipendenze sensibile alle differenze di genere sarebbe una buona leva per stimolare competenze psicosociali sane e un senso di equità tra i giovani. Nell'ambito della riduzione del danno e del rischio e del trattamento, contribuirebbe a un'assistenza efficace e attenta ai bisogni. Nei sistemi di giustizia penale, un approccio sensibile al genere promuoverebbe una riabilitazione sostenibile.

In queste diverse aree, è probabile che le risposte di genere trovino nuovi modi per accogliere aspirazioni che possono essere diverse da quelle offerte dai ruoli tradizionali di madre, badante e garante della rispettabilità della famiglia, e determinate dalla soddisfazione maschile. Un approccio di genere adeguato dovrebbe essere in grado di avere effetto non solo sui danni diretti associati alle droghe e al loro consumo, ma anche sui determinanti sociali e culturali dell'uso di drog, sulle politiche sanitarie e sulle modalità di applicazione della legge.

Importanti considerazioni di fondo per un approccio sensibile al genere

L'adozione e l'integrazione di approcci sensibili e trasformativi di genere nel campo delle droghe richiede l'accettazione di una serie di principi generali. Questo manuale si basa su questi principi, che dovrebbero essere presi in considerazione dai decisori politici, dai funzionari e dagli operatori che implementano le politiche e i servizi in materia di droga. I seguenti principi sono proposti come base comune per un approccio solido, accurato, etico e sostenibile alla promozione della sensibilità di genere nelle risposte alle droghe.

- ▶ La sensibilità di genere dovrebbe essere riconosciuta come un principio universale, rilevante per gli obiettivi di salute pubblica e di ordine pubblico, per tutti i cittadini. A questo proposito, l'integrazione della dimensione di genere deve essere riconosciuta come un approccio prioritario nella progettazione delle politiche e delle risposte in materia di droga.
- ▶ Le persone che fanno uso di droghe sono gruppi eterogenei con esigenze e aspettative diverse a seconda del genere, dell'età e della classe sociale, e l'equità richiede il rafforzamento delle risposte per le donne e le persone non binarie.
- ▶ Pertanto, le vulnerabilità, le opportunità, le diversità e le disuguaglianze di tutti i generi, così come le loro rispettive esigenze, preoccupazioni ed esperienze, devono essere valutate e riconosciute per essere affrontate al meglio.

- ▶ In linea con i diritti umani e i principi etici dell'assistenza sanitaria, un approccio sensibile al genere deve preservare l'inviolabilità dell'integrità fisica e psicologica e della dignità umana, e rispettare le convinzioni morali, culturali, religiose e filosofiche dei cittadini.
- ▶ Le risposte sensibili al genere saranno probabilmente innovative, in linea con le aspettative moderne e non convenzionali delle donne e con le aspirazioni di autorealizzazione delle donne e delle persone non binarie.
- ▶ Le popolazioni target e i professionisti che si rivolgono a loro devono essere in grado di esprimersi nell'attuazione di risposte adeguate ai bisogni individuali.
- ▶ Un approccio sensibile alle questioni di genere deve essere basato su evidenze scientifiche e valutato per i suoi potenziali effetti positivi e negativi non intenzionali su entrambi i sessi, per garantire la migliore qualità possibile della risposta. Il suo impatto dovrebbe essere valutato attraverso il prisma delle norme sociali e di genere sottostanti, nonché dei fattori strutturali di disuguaglianza.
- ▶ L'integrazione della dimensione di genere deve essere accuratamente progettata e implementata per evitare effetti involontari di discriminazione e per rispettare la norma della convivenza tra uomini e donne nel mondo condiviso dalle società moderne.

Progettare e implementare approcci sensibili al genere nelle risposte alla droga ha a che fare con la gestione politica e istituzionale delle identità minoritarie (Vuattoux 2016). Tutti gli attori sono chiamati a impegnarsi in questo processo, ma devono essere consapevoli delle potenziali insidie. È fondamentale prendere in considerazione il contesto multifattoriale in cui emerge il consumo di droga, poiché le disuguaglianze strutturali, sociali, economiche e culturali, nonché le norme di genere dominanti, hanno un profondo impatto sui modelli individuali e collettivi del consumo di droga (Morton et al. 2020).

Le attuali politiche sulle droghe sono guidate da forti obiettivi di razionalizzazione che favoriscono azioni rivolte ai gruppi maggioritari della popolazione con l'ambizione di universalizzare leggi, politiche e azioni. Da questo punto di vista, la sensibilità di genere delle politiche sulle droghe può essere fraintesa in termini di principio di non discriminazione. Infatti, le donne e le persone non binarie non dovrebbero essere profilate o discriminate in quanto popolazione "intrinsecamente vulnerabile" (Wincup 2019). È quindi essenziale sensibilizzare l'opinione pubblica sul fatto che lo sviluppo della sensibilità di genere e l'integrazione della dimensione di genere nel campo della politica sulle droghe si basa su prove sostanziali e ha fondamenti scientifici ed etici. Ciò fa eco alla politica dell'Unione europea in materia di uguaglianza di genere ed emancipazione femminile.

Capitolo 1

Evidenze attuali sulla dimensione di genere del consumo di sostanze, dei danni correlati e delle risposte

Autori: Carine Mutatayi, Cristiana Vale Pires

Collaboratori: Liljana Ignjatova, Kristín I. Pálsdóttir, Nadia Robles Soto

Nelle nostre società moderne, le questioni e le risposte relative alle droghe e all'alcol sono state generalmente affrontate da e per gli uomini. Questo approccio è stato rafforzato dai dati dei sistemi di informazione che per decenni hanno mostrato tassi di prevalenza più elevati per gli uomini del consumo di droga e delle sue conseguenze negative tra gli uomini e i ragazzi, rispetto agli altri cittadini della stessa età. Quando si affronta la questione del genere e delle droghe, la ricerca si è concentrata sulle differenze di genere nel consumo di droga, sui ruoli riproduttivi e domestici tradizionali delle donne (comprese la gravidanza e la maternità) e sulle attività non formali che generano reddito (accattonaggio o sesso a pagamento). Tuttavia, ricerche più recenti e una maggiore consapevolezza da parte degli operatori e delle organizzazioni della società civile (OSC) hanno portato a un maggiore riconoscimento della realtà dei problemi di droga tra le donne e, in misura minore, tra le persone transgender che ne fanno uso.

Nel sostenere lo sviluppo di politiche sulle droghe sensibili al genere e trasformative, è importante evidenziare la situazione attuale per i diversi gruppi di genere. Questo è l'obiettivo di questo primo capitolo, che fornisce un quadro della situazione del consumo di droghe (incluso l'uso di alcol) e delle sue conseguenze tra questi gruppi, secondo le fonti disponibili. Inoltre, il capitolo propone di riassumere il modo in cui le specificità di genere sono prese in considerazione nelle politiche e nelle azioni di prevenzione, riduzione dei danni e trattamento. Le conseguenze legali del consumo di droga, che illustrano le risposte dei sistemi di giustizia penale, sono trattate in una sezione specifica.

Va notato che questo capitolo non intende essere esaustivo per quanto riguarda le ampie aree della riduzione della domanda e dell'offerta di droga, in quanto è principalmente inteso a presentare gli indicatori e gli aspetti che supportano e giustificano le indicazioni fornite ai responsabili delle politiche e agli operatori nei capitoli successivi che costituiscono il cuore di questo manuale.

La sproporzione di problematiche legate alle droghe tra le donne e le persone transgender

L'uso e il rischio sono maggiori tra gli uomini.

Le indagini epidemiologiche mostrano costantemente che a tutte le età i ragazzi e gli uomini hanno maggiori probabilità di fare uso di droghe lecite e illecite, in particolare in contesti problematici. A livello globale, quasi 7 persone su 10 che fanno uso di droghe sono uomini (UNODC 2020b).

Nel 2019, nella maggior parte dei Paesi europei, i ragazzi avevano più probabilità delle ragazze di aver fumato sigarette, usato sigarette elettroniche e bevuto alcolici nei primi anni di vita, all'età di 13 anni o meno (ESPAD Group 2020). Nel 2020, il 16,6% degli europei di età compresa tra 15 e 34 anni ha dichiarato di aver fatto uso di droghe nell'ultimo anno, con una probabilità quasi doppia per gli uomini (21%) rispetto alle donne (12%) (OEDT 2020).

A livello globale, nel 2018, gli uomini avevano una probabilità 1,5 volte maggiore di consumare alcol rispetto alle donne e 4,2 volte maggiore di essere fumatori abituali di tabacco (32,4% contro il 5,5% delle donne) (OMS 2018a, 2019b). Inoltre, tra i consumatori abituali, le donne consumano meno di entrambi i prodotti rispetto agli uomini, con 7,0 litri di alcol puro per consumo (PAC) rispetto ai 19,4 litri degli uomini in tutte le regioni monitorate dall'OMS. Nell'Unione europea (UE), il consumo di droghe illecite è riferito prevalentemente dagli uomini in qualsiasi momento della loro vita, con 57,8 milioni di uomini che hanno fatto uso di droghe illecite rispetto a 38,4 milioni di donne (OEDT 2020). Ad esempio, gli uomini hanno una probabilità 1,5 volte maggiore rispetto alle donne di aver provato la cannabis nella loro vita (47 milioni contro 31 milioni), 2,25 volte maggiore di aver provato la cocaina (9 milioni contro 4 milioni) e 2 volte maggiore di aver provato l'MDMA (6 milioni contro 3 milioni) (OEDT 2021c). In generale, la stessa sovrarappresentazione del sesso maschile si osserva per il consumo di alcol e tabacco.

Queste differenze sono spesso maggiormente accentuate per i modelli di consumo più intensivi o regolari e sono segnalate per la maggior parte delle sostanze psicoattive tra i gruppi di età. Ad esempio, quasi tre quarti dei consumatori di cannabis ad alto rischio, che riferiscono un uso quotidiano o quasi quotidiano, sono ragazzi o uomini nell'UE (OEDT 2020). Le anfetamine sono indicate come la sostanza con il minor divario di genere tra i pazienti dei centri sanitari specializzati, anche se solo il 26% degli utenti che si rivolgono a loro per queste sostanze sono donne.

I ragazzi e gli uomini riportano tassi più elevati di consumo di droghe lecite e illecite, soprattutto per un uso più intenso. I ragazzi iniziano un uso abituale prima delle ragazze.

In tutto il mondo, sette persone su dieci che fanno uso di droghe e otto su dieci che sono in cura per abuso di droghe sono uomini.

Gli uomini hanno una probabilità 1,5 volte maggiore di bere alcolici rispetto alle donne e 4,2 volte maggiore di fumare.

In Europa, tre quarti delle overdosi fatali coinvolgono uomini.

Un'altra statistica ricorrente è il tasso più elevato di rischi ed eventi avversi legati alle droghe nella popolazione maschile. Secondo 26 ospedali campione in 18 Paesi europei, nel 2017, il 76% degli accessi al pronto soccorso per intossicazione acuta causata dalle droghe ha coinvolto uomini. Un accesso tardivo al test HIV ha riguardato in media il 58% degli uomini e il 51% delle donne che usano droghe per via iniettiva, tra il 2000 e il 2011 (Mocroft et al. 2013).

Nell'UE, nel 2019, il 77% delle overdosi fatali ha coinvolto uomini (OEDT 2021a). Il tasso di mortalità per overdose è quasi quattro volte superiore per gli uomini rispetto alle donne nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni (35,1 casi per milione di uomini rispetto a 9,5 casi per milione di donne) (ibidem). Nel 2016, si stima che 2,3 milioni di decessi e 106,5 milioni di anni di vita con disabilità (DALY) fossero imputabili al consumo di alcol nella popolazione maschile a livello mondiale, rispetto a 0,7 milioni di decessi e 26,1 milioni di DALY nelle donne (OMS 2018a).

Secondo le statistiche disponibili, quasi 7 consumatori di droga su 10 sono maschi e questa percentuale è ancora più alta tra coloro che accedono a servizi per la disintossicazione, con 8 utenti maschi su 10 (UNODC 2020b). Le persone che entrano in terapia per problemi legati alla cannabis sono prevalentemente di sesso maschile, con un rapporto medio di cinque uomini per una donna (OEDT 2020).

Il divario di genere nel consumo di droga si sta riducendo

Il divario di genere nel consumo di droga si sta riducendo, in particolare tra la popolazione giovane e soprattutto per quanto riguarda il consumo recente e attuale di droga, in molti Paesi occidentali dove esistono maggiori opportunità per il consumo di droga (UNODC 2018d). In 30 Paesi europei, la prevalenza media del consumo di droga tra le ragazze è passata dal 68% (nel 1995) al 78% (nel 2019) del corrispondente tasso di prevalenza tra i ragazzi (Gruppo ESPAD 2020). In alcuni Paesi europei, negli ultimi 25 anni i tassi di prevalenza sono convergenti tra i due sessi, in particolare per le droghe lecite e per alcune modalità di consumo. In Europa, nel 2019, i ragazzi e le ragazze di 16 anni riportano tassi simili di consumo giornaliero di sigarette (10%), di fumo nell'ultimo mese (20%), di consumo di alcol nell'ultimo

mese (14% vs. 13%, rispettivamente), l'uso, una o due volte nel corso della vita, di una droga illecita (6,4% vs. 5,2%) e l'uso nel corso della vita di inalanti (7,3% vs. 7,1%) (ibidem). Le probabilità di bere pesantemente in modo episodico sono abbastanza simili tra le ragazze e i ragazzi, e addirittura più alte per le ragazze in alcuni Paesi (Figura 1). Dal 2011, la prevalenza media nel corso della vita dell'uso di inalanti è la stessa per i ragazzi e le ragazze europei. In Messico, la prevalenza nell'arco della vita dell'uso di inalanti tra gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni era più alta

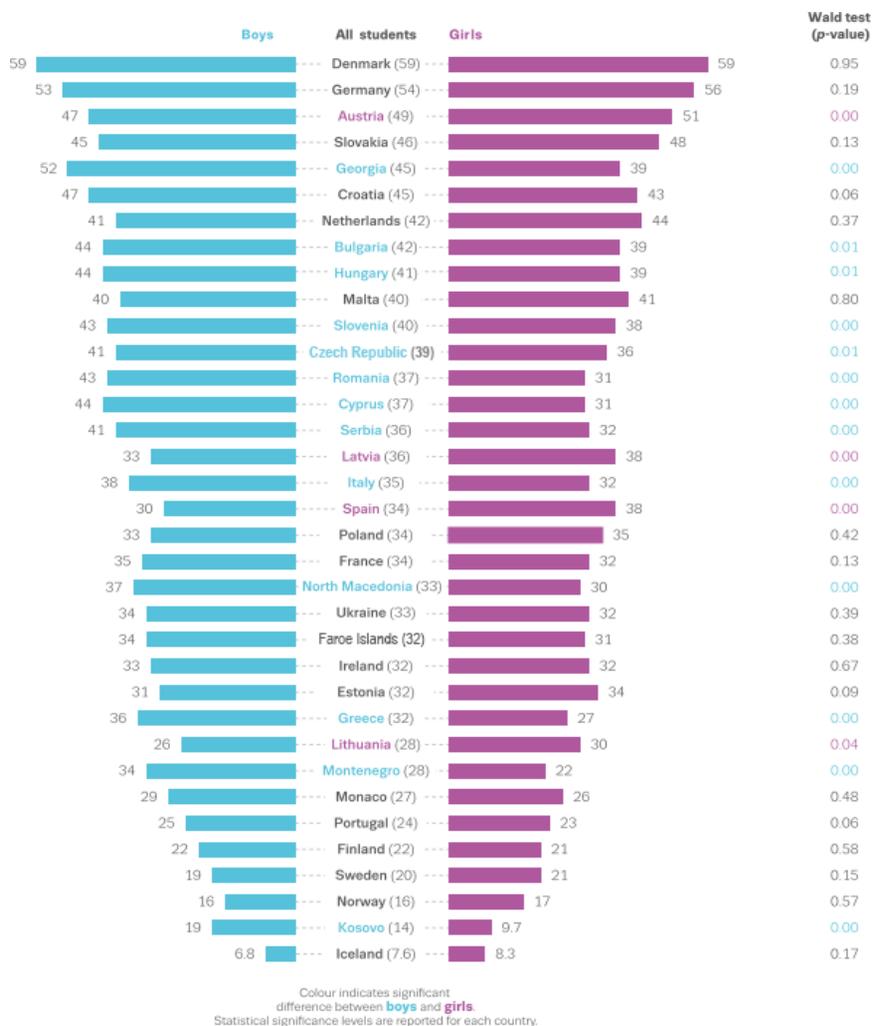
Nel 2019, le ragazze e i ragazzi europei avevano tassi simili di consumo giornaliero di sigarette (10%), di fumo nell'ultimo mese (20%), di ubriachezza nell'ultimo mese (13-14%) e di uso di inalanti nel corso della vita (7,1-7,3%).

Le ragazze (8,5%) avevano una probabilità 1,7 volte superiore rispetto ai ragazzi (5%) di fare uso di tranquillanti o sedativi non prescritti.

La prevalenza dell'uso non medico di oppioidi e tranquillanti è paragonabile tra uomini e donne, e addirittura superiore tra le donne.

tra le ragazze (1,5%) rispetto ai ragazzi (1,2%) (Istituto Nacional de Psiquiatria Ramôn de la Fuente Muñiz et al. 2017).

Figura 1: Prevalenza di episodi di importanti assunzioni di alcol (≥ 5 drink in una singola occasione; 1 drink = ~ 2 cl di etanolo) almeno una volta nell'ultimo mese, per sesso (%).



Fonte: Gruppo ESPAD 2020.

Ci sono alcune eccezioni in cui il divario di genere è invertito, con le donne più rappresentate degli uomini. Questo è il caso dell'esperienza di vita con alcuni psicofarmaci, indipendentemente dall'età. Tra gli adulti, l'uso non medico di oppioidi e tranquillanti è distribuito in modo simile tra uomini e donne, e in realtà è maggiore tra le donne (UNODC 2018d, 2021c). In media, negli ultimi due decenni, le ragazze europee hanno riferito di aver fatto uso di tranquillanti o sedativi senza prescrizione medica più dei ragazzi (8,5% contro 5,5% nel 2019; 9% contro 6% nel 1995) (ESPAD Group 2020). In Uruguay nel 2018, la maggior parte dei consumatori di pasta di cocaina

era di sesso maschile (86%), con la maggior parte di età compresa tra i 26 e i 35 anni (38%); tuttavia, una percentuale maggiore di giovani consumatori, di età compresa tra i 18 e i 25 anni, era di sesso femminile (Observatorio Uruguayo de Drogas e Junta Nacional de Drogas 2019). In Bolivia, il consumo regolare di cocaina è stato riferito più comunemente dalle donne (57%) che dagli uomini nel 2018, anche se la prevalenza del consumo di cocaina negli ultimi anni è segnalata come più alta tra gli uomini (UNODC 2020b). In molti Paesi dell'America meridionale e centrale, l'uso non medico di stimolanti come le pillole dimagranti (ad esempio, sibutramina cloridrato monoidrato, fentermina) è più diffuso tra le donne che tra gli uomini (ibid.).

Il divario di genere nei modelli di consumo di droga è legato alle disuguaglianze nell'accesso alle droghe, in particolare a quelle illecite, e si basa su fattori sociali, culturali, economici e ambientali (UNODC 2018d). Sebbene alcuni tassi di consumo di droga siano aumentati tra le donne e le ragazze negli anni 2000 e 2010, ciò può essere associato a cambiamenti in questi fattori, come la crescente partecipazione delle donne alla vita pubblica e ai domini sociali. Se l'accesso degli uomini e delle donne alle droghe fosse uguale, la probabilità di fare uso di sostanze non sarebbe diversa tra uomini e donne (ibid.). Si può ipotizzare che gli assunti maschilisti abbiano plasmato il modo in cui il fenomeno della droga viene interrogato, portando a certi modi di produrre risultati che dimostrano il coinvolgimento sproporzionato degli uomini. In una certa misura, la strutturazione dei sistemi di sorveglianza ha nascosto i problemi di droga degli altri generi.

Le donne che fanno uso di droghe sono colpite in modo sproporzionato da problemi di salute legati alla droga.

Tra le persone che fanno uso di droghe, le donne tendono a progredire più rapidamente degli uomini verso i disturbi da uso di droghe e gli effetti negativi del consumo di droghe sulla salute (UNODC 2021c). L'aumento dei DALY attribuiti ai disturbi da uso di sostanze stupefacenti nel 2015 è stato maggiore per le donne rispetto agli uomini, in particolare per quanto riguarda l'uso di oppioidi (aumento del 25% rispetto al 17%) e l'uso di cocaina (40% rispetto al 26%) (UNODC 2017b). Tra il 2010 e il 2017, il numero di decessi attribuiti a disturbi da uso di sostanze stupefacenti è aumentato in modo sproporzionato tra le donne, con un incremento del 92% legato agli oppioidi, rispetto a un aumento del 63% tra gli uomini (Institute for Health Metrics and Evaluation 2017).

I decessi attribuiti a disturbi da uso di droghe sono quasi raddoppiati tra le donne (+92%): sono aumentati molto più rapidamente rispetto agli uomini (+63%).

Le donne sono particolarmente a rischio di contrarre l'HIV e altre malattie trasmissibili per via ematica. Le donne che usano droghe per via iniettiva hanno una probabilità 17 volte maggiore rispetto alle altre donne di essere affette da HIV.

Le donne che denunciano problemi legati alla droga hanno maggiori probabilità di subire violenza rispetto agli uomini, così come le persone transgender con problemi di droga.

Circa il 68% delle donne che si iniettano droghe ha subito violenza interpersonale in una recente relazione intima.

A livello globale, nel 2019, anche se le donne hanno subito un minore impatto per quel che riguarda le patologie associate ai disturbi da uso di droghe rispetto agli uomini, questo impatto è drasticamente aumentato nel corso del decennio, con un aumento del 35% di decessi legati all'uso di oppioidi e un aumento del 45% di decessi attribuiti ai disturbi da uso di droghe in generale (Institute for Health Metrics and Evaluation 2019). Le donne con un disturbo da uso di sostanze stupefacenti hanno maggiori probabilità rispetto agli uomini di ricevere una diagnosi una co-morbilità psichiatrica come depressione, disturbo da attacchi di panico e stress psico-traumatico (OEDT 2015; Evans-Lacko et al. 2018; Harrop e Marlatt 2010; Tirado-Muñoz et al. 2018). Uno studio condotto su 226 donne che usano droghe per via iniettiva in cinque Paesi europei (Austria, Italia, Polonia, Spagna e Regno Unito) ha rilevato che l'87% di esse presentava un disturbo psichiatrico, principalmente depressione, disturbo da panico e disturbo da stress post-traumatico (Tirado-Muñoz et al. 2018).

Rispetto agli uomini, le donne sperimentano più sintomi spiacevoli quando cercano di smettere di usare droghe (Becker e Koob 2016; Becker, McClellan e Glover Reed 2017; Hogle e Curtin 2006). Riferiscono di fattori casuali di ricaduta (che si verificano senza un'apparente causa scatenante o un'intenzionalità) come gli affetti negativi legati a precedenti abusi fisici e sessuali (Becker, McClellan e Glover Reed 2017; Greenfield et al. 2007; Hyman et al. 2008; Walitzer e Dearing 2006).

Nella popolazione generale, le ragazze e le giovani donne sono particolarmente vulnerabili all'HIV e alle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) rispetto ai ragazzi e agli uomini, e questo è legato a esperienze più frequenti di violenza di genere (GBV) e a norme di genere dannose (OMS 2015a, 2021b). Dal 2015 al 2019, 280.000 ragazze e giovani donne (15-24 anni) si sono infettate con l'HIV, anche se a livello globale questo dato è inferiore del 19% rispetto alle cifre dei primi anni 2010. Le donne che fanno uso di droghe hanno meno probabilità di usare il preservativo sia con i partner intimi che con le utenti se sono sex workers (El-Bassel et al. 2014). Le donne che usano droghe per via iniettiva (WWID) hanno una probabilità 17 volte maggiore rispetto alle altre donne di essere affette da HIV (UNODC et al. 2014). Esse corrono un rischio maggiore di contrarre l'HIV, l'epatite virale e altre IST rispetto alle loro controparti maschili (UNODC 2016a). Secondo gli aggiornamenti del Global AIDS Monitoring 2019 del Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), dal 2013 al 2017, i JMSI hanno registrato tassi di infezione da HIV più elevati rispetto agli uomini che usano droghe per via iniettiva nell'Europa dell'Est (33,0% vs. 27,9%), nell'Europa occidentale (42,8% vs. 40,3%), nell'America Latina (38,5% vs. 34,6%) e in Nord America (34,5% contro 31,3%) (Degenhardt et al. 2017). Nel 2019, le sex workers avevano 30 volte più probabilità di convivere con l'HIV rispetto alle donne della popolazione generale, mentre (nei Paesi con disponibilità dei dati) le sex workers transgender hanno fino a 20 volte più probabilità di avere l'HIV rispetto alle sex workers cisgender (UNAIDS 2021). Le donne in carcere hanno una probabilità cinque volte maggiore rispetto alle altre donne di essere affette da HIV (UNODC et al. 2014).

A livello globale, si stima che quasi la metà delle persone che usano droghe per via iniettiva (PWID), ovvero 5,5 milioni di persone, conviva con l'epatite C e che l'8,3% (ovvero circa 940.000 persone) abbia un'infezione attiva da epatite B (UNODC 2020b).

I dati raccolti dalla Rete europea di informazione sulle droghe e le tossicodipendenze (REITOX) hanno mostrato un'ampia variabilità nella prevalenza dell'epatite C tra i PWID nel 2015, con tassi che vanno dal 16% all'80% tra i WWID e dal 13% all'85% tra gli uomini che usano droghe per via iniettiva (OEDT 2021c). Non esistono stime recenti a livello globale dei tassi di infezione da epatite C e/o epatite B tra le WWID, sebbene sia noto che queste siano ad alto rischio di infezione (Dugan et al. 2021).

Tra le donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni in tutto il mondo, il 35% "ha subito violenza fisica e/o sessuale da parte di un partner intimo o violenza sessuale da altri" (UN 2020a, 2020b). Le WWUD, in particolare le donne tossicodipendenti, riportano ulteriori condizioni di vulnerabilità legata all'esperienza della violenza. Le donne che frequentano feste e locali notturni caratterizzati da un elevato consumo di alcol e droghe tra i partecipanti riportano più esperienze di violenza sessuale (Balasch et al. 2018; Palamar e Griffin 2020). Le WWID riferiscono spesso di aver subito violenza intrafamiliare, in passato o di recente. Ad esempio, uno studio trasversale che ha preso in esame 226 WWID in cinque regioni europee (Austria, Catalogna, Italia, Polonia e Scozia) ha rilevato che il 68% delle donne che usano droghe per via iniettiva ha subito violenza intrafamiliare nella relazione intima attuale o più recente (Tirado-Muñoz et al. 2018). Il trauma interiorizzato è un fattore di rischio comune per le donne che soffrono di disturbi da uso di droghe.

Una donna con un disturbo da uso di sostanze affronta un doppio stigma: quello di fare uso di droghe e quello di essere una donna che viola le norme sociali di sobrietà e di comportamento esemplare tradizionalmente assegnate al suo genere. A questo proposito, le WWUD possono anche sperimentare l'auto-stigma. Ad esempio, il timore di implicazioni relative alla protezione e al benessere dei minori può limitare significativamente la loro propensione ad accedere ai servizi (OEDT 2015; Evans-Lacko et al. 2018; Harrop e Marlatt 2010; Tirado-Muñoz et al. 2018). Le donne impegnate in un trattamento riportano anche una minore sensazione di benessere percepito, ma anche maggiori sensi di colpa e di vergogna, come pure obblighi familiari e di cura (Babineau e Harris 2015). Queste percezioni e sentimenti negativi possono colpire un'ampia gamma di donne che fanno uso problematico di droghe.

Anche le persone transgender sono più vulnerabili

Un insieme di evidenze indica tassi più elevati di consumo di droghe lecite e illecite e di esperienze di violenza o discriminazione subite tra le persone transgender di tutti i generi rispetto alla popolazione generale (Coulter et al. 2018; Hunt 2012; Hyde et al. 2014; James et al. 2016; Johns et al. 2019; Kann et al. 2018; Livingston et al. 2017; Lyons et al. 2015; Reisner et al. 2016; Rimes et al. 2017; Scheim, Bauer e Shokoohi 2017; Valentine e Maund 2016; Yi et al. 2017). Queste indagini esaminano i modelli di consumo di droghe, i danni correlati e i comportamenti a rischio tra le persone

Le adolescenti transgender americane hanno da 3 a 10 volte più probabilità di fare uso di droghe nella loro vita, tra cui oppioidi (36%), cocaina (27%), eroina (26%) e metanfetamine (25%), rispetto ai ragazzi (rispettivamente 11,5%, 4,3%, 2,2% e 2,3%).

Gli adolescenti transgender hanno maggiori probabilità di subire violenza o discriminazione rispetto agli altri adolescenti. Inoltre, hanno una probabilità tre volte superiore rispetto alle ragazze e sei volte superiore rispetto ai ragazzi di tentare il suicidio.

trans e dimostrano che queste ultime devono affrontare anche un elevato carico di problemi di salute legati alla droga. Gli scarsi dati su generi diversi da uomini e donne spesso aggregano considerazioni su genere, sesso, identità di genere, orientamento sessuale e intersessualità (Pyle 2019; SAMHSA 2012). Ad esempio, le persone trans riferiscono un rischio maggiore di disturbi da uso di sostanze rispetto alla popolazione generale (Reisner et al. 2016; Yi et al. 2017). Una revisione sistematica delle ricerche sull'alcol condotte su persone trans (per la maggior parte effettuate negli USA) mostra un'alta prevalenza del fenomeno del consumo pericoloso di alcol nelle popolazioni trans (Gilbert et al. 2018). Secondo due recenti studi su larga scala condotti negli Stati Uniti hanno rilevato che gli adolescenti trans riferiscono un maggior consumo di alcol, marijuana o altre droghe illecite (cocaina, eroina, metanfetamine e oppioidi da prescrizione abusati) rispetto agli altri adolescenti (Johns et al. 2019; Reisner et al. 2015a). Una revisione sistematica degli studi condotti su persone trans statunitensi (età media 34 anni) ha rilevato che circa il 12% delle donne trans ha riferito di aver utilizzato droghe illecite per via iniettiva e il 39% degli uomini trans ha riferito di aver fatto sesso in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di droghe (Herbst et al. 2008). Le persone trans, indipendentemente dal genere, hanno maggiori probabilità di avere problemi di consumo di sostanze rispetto agli uomini e alle donne cisgender, e sono più propense a ricorrere a determinate sostanze; è noto che questi modelli contribuiscono anche ai fattori di stress delle minoranze, come la discriminazione (Lee et al. 2016). Le emozioni negative, così come l'ansia sociale e relazionale legata all'identità di genere, possono influenzare il consumo di sostanze. È importante comprendere come il genere influenzi i modelli di consumo di droghe e capire il ruolo del consumo di alcol e droghe nel rispecchiare le convenzioni relative al genere dominanti della società. (Hunt et al. 2019). Le persone trans hanno maggiori probabilità di subire violenza fisica o psicologica rispetto alle persone cisgender, e questo è particolarmente vero per i giovani (Kann et al. 2018; Livingston et al. 2017; Reisner et al. 2016; Scheim et al. 2017; Yi et al. 2017). Oltre a tassi più elevati di uso di sostanze, gli adolescenti trans riportano anche tassi più elevati di bullismo a scuola (35% rispetto al 15% tra i ragazzi cisgender) o di cyberbullismo (30% rispetto al 10% tra i ragazzi cisgender) e di molestie rispetto agli altri adolescenti (Johns et al. 2019). I tassi di violenza, anche durante gli incontri sessuali, sono da tre a sei volte più alti tra gli adolescenti trans rispetto ai ragazzi cisgender e da due a sei volte più alti rispetto alle ragazze cisgender (ibid.). In questa indagine, anche il rischio di suicidio è più elevato: il 35% degli adolescenti transgender ha tentato il suicidio negli ultimi 12 mesi, un numero sei volte e tre volte superiore a quello dei ragazzi e delle ragazze cisgender, rispettivamente (ibidem).

I giovani transgender sono più vulnerabili all'infezione da HIV rispetto ai coetanei della popolazione generale o ai transgender più anziani (OMS 2015b). I gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili alle IST includono i sex workers e i loro utenti, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, i transgender, i giovani adulti e gli adolescenti, le popolazioni migranti e le persone colpite da conflitti e guerre civili (OMS 2021b). Uno studio italiano su 243 persone transgender sierologicamente confermate (218 donne trans e 25 uomini trans) ha rilevato che la prevalenza di infezioni da HIV, epatite B ed epatite C era rispettivamente dello 10%, 4,0% e 8,0% tra gli uomini trans, e del 12,1%, 4,6% e 3,7% tra le donne trans (Luzzati et al. 2016).

3. Il Teen Health and Technology Study, che ha preso in esame 5.542 adolescenti di età compresa tra i 13 e i 18 anni, e l'edizione 2017 dello Youth Risk Behaviour Survey, che ha preso in esame 131.901 studenti delle scuole superiori statunitensi di età compresa tra i 9 e i 12 anni in 10 Stati.

Pertanto, sebbene ridotte come numero nella popolazione che fa uso di droghe, le persone transgender fanno un uso molto più elevato in termini di proporzioni di droghe e vanno incontro a effetti negativi sulla salute, tra cui un aumento della morbilità e della mortalità (Chibanda et al. 2014; Leventhal, Huh e Dunton 2014; Reisner et al. 2015b; Whiteford et al. 2013).

Le donne sono poco servite dai servizi di trattamento delle tossicodipendenze

Le donne che fanno uso problematico di sostanze sono colpite in modo sproporzionato da problemi di salute legati alle sostanze, in quanto sono altamente vulnerabili ed emarginate e devono affrontare barriere significative per accedere ai servizi di trattamento (UNODC 2016a, 2017a, 2020b).

In tutto il mondo, le donne sono sottorappresentate nei centri di trattamento delle tossicodipendenze, rappresentando solo 2 utenti su 10, mentre sono 3 su 10 i consumatori di droga.

A livello globale, sebbene le donne rappresentino 3 persone su 10 che fanno uso di droghe, esse rappresentano solo 2 utenti su 10 in trattamento (UNODC 2020b). L'accesso ai centri di trattamento delle tossicodipendenze tende a essere più limitato per le persone con uno status economico basso o intermedio e per quelle con bassi livelli di istruzione formale (Evans-Lacko et al. 2018; UNODC 2020d). Nell'UE, la situazione sembra essere leggermente meno sfavorevole, con le donne che rappresentano un quarto di coloro che hanno sviluppato problemi di salute legati alle droghe (illegali) e un quarto di coloro che entrano in terapia.⁴ A livello globale, le donne sono colpite in modo sproporzionato dalle disuguaglianze di genere nell'accesso all'istruzione, all'occupazione e a salari equi: ad esempio, nell'UE guadagnano in media il 16% in meno all'ora degli uomini. Ciò evidenzia l'interazione tra il genere e una serie di altre variabili strutturali.

Anche le persone transgender sono poco servite

Recenti studi europei hanno evidenziato le difficoltà che le persone transgender incontrano nell'accesso ai servizi sanitari generali e specializzati (compresi i servizi di salute mentale). Secondo uno studio condotto in Georgia, Polonia, Serbia, Spagna e Svezia, il 55,8% delle persone transgender, che abbiano o meno fatto uso di droghe, hanno già ritardato (a volte, regolarmente o sempre) l'accesso ai servizi sanitari generali a causa della loro disabilità, identità di genere (Smiley et al. 2017). Le barriere segnalate sono legate sia alla paura

Sei persone transgender su dieci hanno già rimandato un consulto medico a causa della loro identità di genere. Nel complesso, i servizi di assistenza e trattamento delle tossicodipendenze non tengono conto delle esperienze e dei bisogni specifici delle persone transgender in relazione al consumo di droga e ai servizi di trattamento delle tossicodipendenze di cui possono avere bisogno.

4. Disponibile all'indirizzo www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index247559EN.html, consultato il 26 gennaio 2022.

di essere stigmatizzati e alla mancanza di conoscenza da parte degli operatori delle loro esigenze specifiche (Kcomt et al. 2020; Smiley et al. 2017). Pertanto, l'uso di sostanze è associato alla mancanza di un trattamento appropriato e a ritardi nelle cure mediche e preventive necessarie (Reisner et al. 2015b). Sebbene le persone transgender corrano maggiori rischi legati all'uso di droghe, i servizi sanitari e per le dipendenze non sono generalmente a conoscenza delle loro esperienze specifiche, dei bisogni sanitari e sociali legati all'uso di droghe o alla dipendenza. Le esigenze delle persone trans sarebbero meglio soddisfatte con una formazione specifica e una migliore pubblicizzazione dei servizi che attuano un approccio trans-inclusivo o un supporto trans-specifico (Valentine e Maund 2016).

Un fardello più pesante per le donne e persone transgender nel sistema di giustizia penale

Le differenze di genere si osservano anche nel coinvolgimento nel traffico di droga e nelle conseguenze legali di reati droga-correlati in tutta la gamma di misure di giustizia penale (dagli arresti alle condanne e alla detenzione). In generale, le donne sono meno numerose degli uomini in tutte le fasi della catena di applicazione della legge quando si tratta di reati legati alla droga (dagli arresti alle condanne e all'incarcerazione) (UNODC 2018d). Tra la popolazione in contatto con i sistemi di giustizia penale, le donne e le persone trans sono riconosciute come gruppi particolarmente vulnerabili (UNODC 2009, 2016b). Tuttavia, mancano dati sulle difficoltà che incontrano nell'entrare in contatto con il sistema di giustizia penale e sulle conseguenze negative all'uscita dal sistema, in particolare per le persone trans (UNODC 2020a).

Sfruttamento da parte delle reti criminali e coinvolgimento nel traffico di droga

La partecipazione al traffico di droga dipende da molti fattori, ma è stato dimostrato che la vulnerabilità socio-economica è un fattore importante, soprattutto in situazioni in cui le opportunità di reddito e di occupazione sono limitate.

Le donne sono particolarmente inclini a essere coinvolte nel traffico di droga e sono colpite in modo sproporzionato.

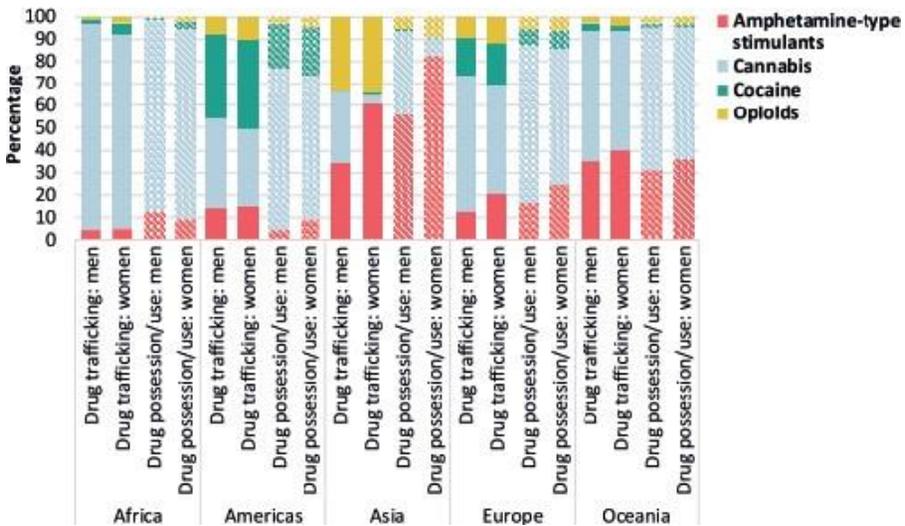
A questo proposito, è particolarmente probabile che le donne siano coinvolte nello spaccio di droga, in quanto hanno maggiori probabilità di avere un lavoro precario, un basso reddito e un isolamento sociale, e spesso hanno maggiori probabilità di farsi carico della famiglia, anche come genitori single. Il ruolo delle donne nel traffico di droga può essere plasmato anche da altri fattori legati al genere, come la maggiore vulnerabilità alle intimidazioni, alla coercizione o al controllo intimo, e la violenza scatenata in generale dal mercato illegale della droga (UNODC 2018d). L'intimidazione e la coercizione legate alla droga (DRI) sono problemi continui, con il reclutamento forzato di giovani nell'economia della droga e le minacce rivolte alle madri per convincerle a coprire il debito di droga del figlio o per dissuaderle dal sottrarre il bambino al traffico. Queste modalità di intimidazione e coercizione sono ulteriori aspetti di genere dei mercati illeciti delle droghe nel contesto europeo (Connolly e Buckley 2016; Murphy et al. 2017).

Le ragazze e le donne coinvolte nel traffico di droga spesso assumono ruoli periferici, poco remunerativi ma ad alto rischio di arresto. Il più delle volte assumono i compiti di vedette, di "banchieri" (che custodiscono o trasportano denaro), di "badanti della droga" (che custodiscono o trasportano prodotti) e tutti i ruoli che possono svolgere con maggiore discrezione rispetto agli uomini, in quanto le donne hanno maggiori probabilità di sfuggire ai controlli della polizia e della magistratura rispetto agli uomini. Un numero crescente di donne ricopre ruoli intermedi (ad esempio, controllo finanziario, supervisione del traffico e della vendita di droga su piccola scala, riciclaggio di denaro), o addirittura ruoli di comando, in particolare nei cartelli latinoamericani (Anderson 2005; UNODC 2018d). Tuttavia, il dominio maschile rimane la norma nel traffico di droga.

Arresti e condanne

In tutti i continenti, quasi il 90% di coloro che entrano in contatto con la giustizia penale per reati legati alla cannabis sono uomini, mentre le donne hanno maggiori probabilità di essere perseguite per reati minori di traffico o possesso di stupefacenti: in Europa, questo è il caso soprattutto della cannabis, degli stimolanti di tipo anfetaminico e della cocaina (UNODC 2020c). Questo squilibrio di genere negli arresti non è dovuto solo a una divisione del crimine tra uomini e donne. In alcuni casi, è anche il risultato di modelli informali di controllo della polizia e di procedure giudiziarie.

Figura 2: Distribuzione di uomini e donne in contatto con il sistema giudiziario penale per reati di droga, per tipo di droga e regione, 2014-18



Fonte: Risposte al questionario sul rapporto annuale (UNODC 2020c).

Diversi studi sociali ipotizzano che i sistemi giudiziari nei Paesi occidentali siano generalmente più "protezionisti" nei confronti delle ragazze e delle donne, con risposte educative più spesso rivolte a loro, mentre i ragazzi e gli uomini sono più spesso definiti solo per i loro atti trasgressivi e sottoposti a misure coercitive (Russell 2013; Vuattoux 2016). Questo è vero soprattutto per i minori (Vuattoux 2016).

Nei Paesi occidentali, le misure educative non detentive sono preferite per le ragazze e le donne in contatto con il sistema giudiziario.

I reati di droga dominano le accuse per le donne condannate, dato l'aumento delle pene detentive per reati di povertà e piccoli reati.

In Francia, ad esempio, le ragazze beneficiano più dei ragazzi di misure di assistenza educativa che li mantengono nell'ambito delle misure civili come "minori in pericolo", mentre i ragazzi hanno più probabilità di essere definiti e trattati come "delinquenti" dalla giustizia penale. Questo tende a ridurre la presenza delle ragazze nelle statistiche sulla criminalità (Barbier 2016; Cardi 2004).

Il Piano strategico 2018-20 del Servizio penitenziario irlandese e del Servizio di libertà vigilata irlandese sottolinea l'importanza di utilizzare le sanzioni a livello di pubblica utilità per le donne ogni volta che è possibile in modo da aumentare l'accesso all'istruzione e al recupero, sostenere il reinserimento e contrastare la violenza domestica. (Irish Prison Service and Probation Service 2018). In Messico, le autorità che progettano le politiche giudiziarie legate alla droga riconoscono la necessità di migliorare l'integrazione della prospettiva di genere nei programmi di giustizia penale. Pertanto, tengono conto del fatto che le donne possono commettere reati come risultato della coercizione da parte di parenti maschi (ad esempio, partner, fratelli, genitori), in una situazione di violenza, coercizione o dominazione.

Nei contesti in cui l'attenzione si concentra sui reati di droga di basso livello, le donne possono essere condannate e incarcerate in modo sproporzionato per reati legati alla droga (UNODC 2018d). I reati di droga rimangono l'accusa principale per cui le donne entrano in contatto con il sistema giudiziario penale (UNODC 2020c). A livello globale, il 35% delle donne incarcerate è stato condannato per reati legati alla droga rispetto al 19% degli uomini, mentre in Europa questo tasso varia notevolmente: dal 5% in Bulgaria a circa il 25% in Danimarca, Finlandia e Svezia, fino al 40% in Spagna (OEDT 2021b; UNODC 2018d). Questa sovra-rappresentazione è legata alla criminalizzazione della povertà e all'aumento delle pene detentive per reati minori come i reati di droga di basso livello (ad esempio il possesso di piccole quantità di droghe illegali) (Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2021). Le donne sono principalmente condannate per reati minori strettamente legati allo svantaggio sociale; una minoranza è condannata per reati violenti, molte delle quali sono state a loro volta vittime di violenza. Dato il loro ruolo meno dominante nel traffico di droga, le donne tendono a essere condannate per reati minori legati alla droga (UNODC 2011, 2018d). Ciononostante, sono spesso punite in modo sproporzionato rispetto al ruolo minore che svolgono nel traffico di droga, ad esempio quando non vengono prese in considerazione le circostanze attenuanti (che riconoscerebbero le vulnerabilità e i

ruoli minori delle donne), come accadeva, ad esempio, nel Regno Unito fino al 2012 (Fleetwood, Radcliffe e Stevens 2015). Tuttavia, dati recenti suggeriscono che il coinvolgimento delle donne si sta gradualmente estendendo ai livelli più alti delle catene di approvvigionamento della droga (UNODC 2018d).

I modelli di condanna per i reati di droga sono altamente giurisdizionali, ma nei Paesi occidentali una serie di rapporti istituzionali e di ricerche indicano che, sebbene le pene detentive per le donne tendano a essere più brevi di quelle per gli uomini, la differenza di genere nella durata della pena è più ridotta per i reati di droga (Butcher, Park e Morrison Piehl 2017; Cho e Tasca 2019; Department of Justice 2020; United States Sentencing Commission 2018). Negli ultimi 25 anni, le sentenze più benevole per le ragazze e le donne sono state tendenzialmente assegnate in modo sproporzionato alle donne bianche⁵, e questa analisi evidenzia l'intersezione tra genere e razza nelle sentenze. Inoltre, il trattamento delle donne nei procedimenti penali tende a essere più indulgente quando i capi d'accusa corrispondono agli stereotipi delle donne autrici di reato (ad esempio, commettere un reato dopo essere state vittimizzate o rubare per mantenere i parenti).

Incarcerazione delle donne

In Europa, il numero di donne in carcere è aumentato negli ultimi anni, data la percentuale stabile di donne nella popolazione carceraria complessiva, che è in aumento (Aebi e Tiago 2020; OEDT 2021b). A livello globale, le donne in carcere sono principalmente condannate per reati non violenti, anche quando sono accusate di reati di droga (Fazel, Yoon e Hayes 2017). Anche la percentuale di detenuti condannati per reati legati alla droga è più alta per le donne che per gli uomini (UNODC 2018d).

Tra la popolazione carceraria mondiale, la percentuale di persone condannate per reati legati alla droga è più alta tra le donne (35%) che tra gli uomini (19%).

Circa il 51% delle donne detenute soffre di un disturbo da uso di sostanze stupefacenti, rispetto al 30% degli uomini detenuti.

Nelle carceri europee e africane, la prevalenza di malattie infettive è più alta tra le donne che nella popolazione generale.

Le donne in carcere sarebbero particolarmente vulnerabili e a rischio di consumo problematico di droga, con profili sociali e sanitari complessi (OEDT 2021b). Nella popolazione carceraria mondiale, il 51% delle donne soffre di disturbi da uso di droghe rispetto al 30% degli uomini (Fazel et al. 2017). In Europa, le donne detenute hanno una maggiore prevalenza di malattie infettive rispetto alla popolazione generale (Tarján, Horváth e Stöver 2018). Sebbene le donne siano soggette alle stesse procedure correzionali degli uomini in base a un principio di neutralità, in carcere hanno un accesso ancora minore rispetto ai loro colleghi maschi ai servizi di assistenza sanitaria, compresi quelli relativi all'uso di droghe e alle esigenze di salute sessuale e riproduttiva (Covington e Bloom 2003; UNODC 2018d).

5. Questa propensione è stata teorizzata da Farnworth e Teske nel 1995, con il termine (ora criticato) di "cavalleria selettiva" (Farnworth e Teske 1995).

La segregazione di genere nelle carceri è un principio molto diffuso, se non universale, per proteggere le persone vulnerabili, anche nelle carceri che ospitano uomini e donne quando vengono organizzate attività di gruppo (workshop, formazione, ecc.). Tuttavia, questo principio di separazione tra uomini e donne può avere effetti perversi quando ostacola l'accesso delle donne a locali e attività collettive e quindi al lavoro, alla formazione, alle attività socio-culturali e sportive e ai servizi di assistenza (Bès 2020; UNODC 2018d). Questo "isolamento" può essere esacerbato per le donne detenute con bambini molto piccoli.

Le donne sono spesso colpite a lungo termine dalle gravi conseguenze sociali e sanitarie dell'incarcerazione, e questo è particolarmente vero per le donne che fanno uso di droghe (Covington e Bloom 2003; UNODC 2018d). In effetti, una volta uscite di prigione, le donne che fanno uso di droghe devono affrontare il doppio stigma di essere ex detenute e consumatrici di droghe, che rafforza le sfide impari che devono affrontare a causa del loro genere, tra cui la discriminazione, il basso reddito, l'isolamento sociale e la forte vulnerabilità alla coercizione e alla violenza. Tutte queste condizioni pongono ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria e ai servizi sociali (Anderson 2005; UNODC 2018d). Nelle carceri occidentali, il mantenimento o l'avvio di un trattamento farmacologico è un obiettivo diffuso per i detenuti che fanno uso di droghe (OEDT 2021b). Le donne incinte in carcere possono essere oggetto di politiche mirate, incentrate sull'apprendimento delle abilità di cura dei bambini (OEDT 2021b; Messina, Bloom e Covington 2020). Tuttavia, le particolari vulnerabilità e i bisogni sanitari e sociali delle donne e delle persone transgender che fanno uso di droghe - come riconosciuto nelle sezioni precedenti - possono essere esacerbati dalle condizioni carcerarie (OEDT 2021b).

Incarcerazione di persone trans

Queste condizioni di vita possono anche aumentare la vulnerabilità sanitaria e sociale delle persone trans che fanno uso di droghe. La situazione specifica delle persone trans in carcere non viene presa in considerazione. In Europa, solo pochi Paesi sono in grado di rispondere alle esigenze delle persone trans in carcere, ovvero di rispettare pienamente i loro diritti in materia di identità di genere e gli specifici problemi di sicurezza che devono affrontare (ad esempio, transfobia, abusi, violenza) (Van Hout e Crowley 2021). In alcuni casi, le persone non binarie che hanno subito una transizione medica possono essere alloggiate nel reparto maschile/femminile che corrisponde maggiormente alle loro caratteristiche fisiche di sesso o alla loro identità (o a quello che potrebbe essere considerato più vicino). Tale assegnazione non è universalmente applicata a tutte le persone trans in carcere, in particolare nel contesto di carceri sovraffollate, il che può significare che altre considerazioni hanno la priorità.

Le esigenze specifiche di genere sono affrontate marginalmente nelle politiche sulle droghe.

Nei Paesi occidentali, i piani strategici nazionali in materia di droga (NDS) evidenziano i tassi più elevati complessivamente di morte prematura evitabile tra gli uomini e la loro minore aspettativa di vita in relazione alla loro maggiore prevalenza di consumo di droga e di fattori di rischio.

L'inclusione della gravidanza e della maternità nelle politiche è il modo più comune di integrare le tematiche di genere nelle strategie nazionali di controllo delle droghe.

Le variazioni comportamentali e biologiche tra uomini e donne sono riconosciute. Tuttavia, nonostante l'appello delle organizzazioni internazionali a favore di politiche trasformative di genere (cfr. riquadro 1), i piani strategici (NDS) sono ancora limitati nell'integrazione delle considerazioni di genere. Affrontando solo la gravidanza e la maternità, l'attenzione si concentra principalmente sugli interessi del bambino (non ancora nato), poiché i comportamenti dannosi della madre possono avere ripercussioni a lungo termine sul nascituro. Questo è particolarmente vero nelle società in cui le cure parentali sono affidate alle donne.

Nel complesso, vengono trascurati altri bisogni, aspettative e problemi specifici di genere (per le donne o le persone non binarie) e il modo in cui si intersecano con le questioni legate alla droga. Si presta poca attenzione agli aspetti del genere modellati socialmente e culturalmente, documentati nella letteratura sociologica e, per lungo tempo, negli studi femministi (Hurtig e Pichevin 1986; Manandhar et al. 2018; Mead 1950; Oakley 1972). In questo contesto, le politiche sulle droghe si concentrano ancora principalmente sui problemi e sui bisogni degli uomini e limitano l'approccio sensibile al genere alla tradizionale assegnazione delle donne ai compiti di cura e maternità. Questo approccio non tiene conto delle esigenze specifiche delle persone non binarie e non sviluppa di conseguenza risposte sensibili al genere.

L'inserimento marginale di tematiche di genere nei NDS e nelle politiche può derivare da ideologie precostituite. L'attuale approccio a politiche sulle droghe incentrate sugli uomini è influenzato dalle rappresentazioni dominanti che identificano l'uso di droghe e la delinquenza (trasgressione legata alla droga) come una propensione maschile. Ciò può essere dovuto anche alla convinzione del valore neutrale e universalistico delle politiche e, paradossalmente, al desiderio di neutralità e non discriminazione di genere. Ci sono diverse spiegazioni possibili per la mancanza di considerazione dei problemi delle persone trans, incluse le persone non binarie, nelle politiche sulle droghe. Molte strategie e politiche continueranno a considerare le questioni di genere solo come una "questioni relative a uomo e donna". Sebbene si cerchi di riconoscere e includere una maggiore diversità di genere, mancano le conoscenze sulle dimensioni di questa parte della popolazione; gli studi epidemiologici sull'uso di sostanze raramente pongono domande sul sesso, il genere o l'identità di genere, il che significa che le persone transgender di tutti i generi sono invisibili in questi studi; e non esistono metodologie coerenti per elaborare questi dati e confrontarli con i dati esistenti della popolazione generale.

Box 1. Le organizzazioni internazionali chiedono una politica di trasformazione di genere

Il Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga per il periodo 2021-25 sottolinea la necessità di identificare e rimuovere in modo più efficace le barriere che le donne incontrano quando accedono ai servizi di trattamento e riabilitazione (Commissione europea 2020). Oltre l'Europa, un impulso nella stessa direzione può essere visto nei recenti sforzi e appelli approvati dall'OMS e dalle agenzie delle Nazioni Unite che mirano alla parità di genere (Commissione interamericana per il controllo dell'abuso di droghe, Segretariato esecutivo 2020; Liquori O'Neil e Lucas 2015; Manandhar et al. 2018; Nazioni Unite 2015; UNODC 2017a; OMS 2019a). Le dichiarazioni che chiedono risposte più efficaci e sensibili alle questioni di genere sono proliferate nel corso degli anni 2010, come dimostra il seguente elenco non esaustivo di decisioni e accordi: Il documento finale della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 2016 (UNGASS) sul problema mondiale delle droghe, la dichiarazione ministeriale del 2019, la posizione comune del sistema delle Nazioni Unite sulle droghe, varie risoluzioni della Commissione delle Nazioni Unite sugli stupefacenti (55/5, 59/5, 61/4, 62/6), nonché le regole di Bangkok e Tokyo e le linee guida internazionali sui diritti umani e la politica sulle droghe (Commissione sugli stupefacenti 2019); Principi di Yogyakarta più 10 2017; Assemblea generale delle Nazioni Unite 1991b; ONU 2020b; UNODC 2011, 2016c; OMS et al. 2019).

Sono disponibili poche risposte farmacologiche sensibili al genere

In tutti i settori delle politiche sulle droghe (prevenzione, riduzione del danno, trattamento, giustizia penale), gli investimenti in politiche sensibili alle questioni di genere sono aumentati grazie al sostegno delle organizzazioni internazionali, compresi gli organismi europei (cfr. riquadro 1). Tuttavia, sono necessari ulteriori sforzi, poiché i servizi e gli interventi sensibili al genere continuano a rappresentare una parte minoritaria delle risposte esistenti nel campo delle droghe nell'UE. Molte di queste risposte sono state sviluppate ad hoc dalla società civile, sulla base dei principi di agency ed empowerment, che prevedono che le donne sviluppino e implementino i servizi da e per sé stesse. Tuttavia, molte misure sensibili al genere si limitano al modo in cui il consumo di droga o la dipendenza si intersecano con le questioni della gravidanza e della maternità, senza prendere in considerazione, o solo in misura limitata, altri tipi di aspettative nei confronti delle donne, in quanto ancora influenzate dalle rappresentazioni sociali consolidate dei ruoli di uomini e donne.

I programmi o i servizi per la parità di genere sono poco studiati e poco monitorati. Ad oggi, la maggior parte della ricerca scientifica è stata condotta nei Paesi ad alto reddito e spesso si basa sull'esperienza della società civile, delle organizzazioni di comunità e degli operatori.

La prevenzione delle tossicodipendenze sensibile alle differenze di genere è ancora limitata

L'etichettatura dell'alcol che mette in guardia dal bere durante la gravidanza, le raccomandazioni sulle quantità "sicure" di alcol per uomini e donne (utilizzando misure di consumo standard) e le campagne mediatiche mirate al genere sono certamente le misure di prevenzione specifiche per il genere più diffuse. Tuttavia, i programmi di prevenzione delle dipendenze sono di solito insufficientemente monitorati e valutati (Burkhart e Helmer 2019; UNODC 2018b).

Ciò impedisce di avere un quadro chiaro dell'efficacia di un programma. Nella prevenzione esiste un approccio sensibile al genere (OEDT 2019a).

Gli approcci sensibili al genere sono poco sviluppati nei programmi di prevenzione delle dipendenze.

Le informazioni incomplete ottenute attraverso canali aneddotici suggeriscono una limitata integrazione di componenti o metodi sensibili al genere nella prevenzione delle droghe nelle società occidentali. Ciò può essere criticamente legato a ragioni pratiche ed economiche legate a vincoli di tempo e che comportano adattamenti dei contenuti. Può anche essere dovuto a ragioni ideologiche, come il desiderio di non "discriminare" (si veda il Capitolo 3 per gli operatori del settore), o ad altri ostacoli.

Negli ultimi decenni, le testimonianze aneddotiche degli esperti (ad esempio, in occasione di conferenze o workshop) sugli approcci alla prevenzione delle droghe hanno evidenziato che gli avvertimenti basati sulla paura sono rivolti in particolare alle ragazze e alle donne, associando il consumo di droghe al rischio di abusi o violenze sessuali. Si tratta di uno scenario preoccupante, considerando in primo luogo il rischio di stigmatizzazione e, in secondo luogo, l'inefficacia dimostrata degli approcci basati sulla paura per la prevenzione dell'uso di droghe (ibid.). In effetti, tali messaggi rivolti alle ragazze e alle donne possono colpevolizzarle in modo sproporzionato, promuovendo l'idea che le donne vengano aggredite perché fanno uso di droghe e per questa ragione sono a rischio di aggressione.

Riduzione del danno e trattamento: dalla cecità di genere ai pregiudizi di genere

Nonostante siano incentrati sulla salute pubblica e sui diritti umani, i programmi e i servizi per il trattamento delle tossicodipendenze e la riduzione del danno tendono a non avere una visione di genere o a essere incentrati sugli uomini, in quanto sono principalmente progettati, attuati e valutati in base alle esperienze e ai bisogni degli uomini che fanno uso di

I servizi di trattamento delle tossicodipendenze e di riduzione del danno tendono a essere "ciechi" o "orientati al maschile".

Alcuni servizi specializzati si occupano specificamente di problemi di gravidanza e maternità all'interno della WWUD.

droghe (Canadian HIV/AIDS Legal Network 2020; Romo-Avilés 2018). Tendono a riprodurre le disuguaglianze di genere strutturali e istituzionali e i sistemi di oppressione presenti nella società in generale. (Canadian HIV/AIDS Legal Network 2020; Romo-Avilés 2018; Smye et al. 2011).

Sono emerse nuove forme di sostegno bio-psico-sociale per i tossicodipendenti, che hanno incorporato le esigenze più ampie delle donne.

Ciò è particolarmente rilevante per capire perché, storicamente, le donne sono state sottorappresentate tra gli utenti dei servizi specializzati nel trattamento delle tossicodipendenze e perché le problematiche delle persone trans sono state scarsamente affrontate.

Tuttavia, negli ultimi decenni, i professionisti e le CSO coinvolti nelle risposte alla droga sono stati i primi a integrare gli approcci orientati al genere nella loro pratica quotidiana. In linea con le rappresentazioni prevalenti dei ruoli di genere, inizialmente si sono concentrati sulla gravidanza delle donne che fanno uso di droghe lecite o illecite, al fine di prevenire meglio l'uso di droghe durante la gravidanza e di migliorare le capacità di cura dei bambini. Con il tempo, il tema è stato esteso ai bambini molto piccoli, con l'obiettivo di rafforzare il legame madre-bambino e promuovere la maternità per sostenere la riabilitazione. Nonostante la loro rilevanza, questi interventi sono parziali e tendono a rafforzare gli stereotipi di genere, in quanto si concentrano esclusivamente sui ruoli riproduttivi e tradizionali di cura dei figli senza considerare altre dimensioni della vita delle donne (Romo-Avilés 2018; Yaremenko, Shulga e Varban 2015).

Alcuni operatori specializzati hanno riconosciuto che la sottorappresentazione delle donne tra i loro utenti è il risultato di importanti barriere nell'accesso ai servizi. Sono emerse nuove forme di trattamento delle tossicodipendenze e di interventi di riduzione del danno, che includono il supporto psicosociale o educativo e medico (ad esempio, laboratori di estetica sociale, terapia di rilassamento), integrando i bisogni e le aspettative delle donne al di là del loro ruolo materno e promuovendo l'empowerment femminile (cfr. Capitolo 3). Tuttavia, questi servizi rimangono marginali nel contesto di un sistema di trattamento delle dipendenze prevalentemente declinato al maschile (OEDT 2019a; Mutatayi 2019). In Europa, ad esempio, negli ultimi anni si è assistito a un crescente impulso a sviluppare interventi trauma-informed che affrontano sia l'abuso di sostanze che la malattia mentale, la riduzione dello stigma, l'empowerment e lo sviluppo di abilità di vita per le donne dipendenti. Diversi servizi di riduzione del danno coinvolgono in modo significativo, o sono gestiti da donne che fanno o hanno fatto uso di droghe (ad esempio Metzineres a Barcellona, Spagna). In Messico, un'organizzazione non governativa (ONG) ha aperto una sala di iniezione sicura per le donne con il duplice obiettivo di prevenire le infezioni virali per via endovenosa e le aggressioni. Questi servizi mirano a migliorare l'accesso e la permanenza delle donne nei servizi di riduzione del danno e nel trattamento, sostenendole in vari aspetti della loro vita e mettendole in grado di prendere parte alle decisioni chiave che le riguardano. Infatti, la disponibilità di programmi di riduzione del danno e di trattamento che rispondono alle esigenze di genere aumenta l'accesso e il coinvolgimento delle donne nel trattamento (Ayon et al. 2017; Open Society

Foundations 2011; Shirley-Beavan et al. 2020), così come quello di persone di genere diverso (Senreich 2010).

Sulla base delle poche informazioni disponibili, sembra che i servizi per le dipendenze in grado di affrontare le problematiche trans siano marginali (Reisner et al. 2016; Smiley et al. 2017; Valentine e Maund 2016). Molte persone trans evitano ancora di rivolgersi ai servizi di riduzione del danno o di trattamento delle dipendenze per paura della violenza istituzionale di genere (Valentine e Maund 2016). Anche nel caso in cui le persone trans siano benvenute nei centri di trattamento delle dipendenze, il personale può sentirsi incapace di comprendere le loro esigenze specifiche e di fornire un supporto adeguato.

Conclusioni

Per le donne e le persone transgender di tutti i generi, il pesante fardello dell'uso di droghe e della dipendenza in termini di danni sanitari e sociali è allarmante. A causa delle grandi barriere che si frappongono all'accesso al trattamento, molte donne che fanno uso di droghe non cercano aiuto, o vi giungono solo in una fase tardiva e grave, quando si trovano ad affrontare situazioni di crisi o gravi conseguenze sanitarie e sociali. Nel prossimo futuro, viste le tendenze della popolazione generale, è probabile che la percentuale di donne con un consumo problematico di sostanze aumenti. Anche le persone transgender incontrano notevoli ostacoli nell'accesso ai servizi di supporto.

È quindi urgente sviluppare risposte sensibili al genere e ai problemi legati alla droga, comprese, ma non limitate a, gravidanza e maternità. Nel campo della prevenzione delle droghe, è particolarmente necessario sviluppare programmi trasformativi di genere, soprattutto per i giovani, per i quali il divario tra i sessi nel consumo di droga si sta riducendo più rapidamente rispetto agli adulti. Per ottenere risposte efficaci di trasformazione di genere, è importante che le innovazioni provengano sia dai responsabili politici che dagli operatori, entrambi destinatari di questo manuale.

Il genere è una dimensione centrale nell'analisi dei percorsi di consumo delle droghe (tipi di droghe, motivazioni, modelli e contesti di consumo) e dei relativi rischi, danni e conseguenze sanitarie, sociali e legali. In questo contesto è importante capire come il genere, le norme sociali associate e il consumo di sostanze si influenzino a vicenda. Più in generale, il genere è una lente rilevante per valutare come le risposte dei governi nazionali e locali (comprese quelle relative alla salute e alla giustizia penale) contribuiscano a ridurre le disuguaglianze nella società. Tuttavia, l'integrazione di una prospettiva di genere nelle risposte alla droga e il suo impatto sono ancora poco valutati, soprattutto per quanto riguarda le risposte di prevenzione e di giustizia penale che non affrontano la gravidanza e la maternità.

È necessario raccogliere dati sistematici e affidabili disaggregati per sesso (anche sulle persone trans) e condurre ulteriori ricerche quantitative e qualitative sulla dimensione di genere presente in attività relative alla droga. La ricerca e la valutazione di risposte appropriate che affrontino realmente le situazioni di vulnerabilità delle donne e delle persone transgender e siano allineate con i principi dei diritti umani saranno essenziali per costruire e promuovere ulteriori buone pratiche e la loro trasferibilità.

Capitolo 2

Guida per i responsabili politici

Autore: Nadia Robles Soto

Collaboratori: Sarah Morton, Kristín I. Pálsdóttir

Contesto

A causa del suo legame con il consumo di sostanze, il genere dovrebbe essere considerato un criterio indispensabile per una efficace costruzione di politiche sulle droghe. Nell'ambito dell'iniziativa del Gruppo Pompidou di integrare una prospettiva di genere nella politica sulle droghe, nel 2015 è stato condotto un progetto per esplorare la dimensione di genere dell'uso non medico di farmaci da prescrizione (NMUPD) in Europa e nella regione del Mediterraneo. Le raccomandazioni per lo sviluppo delle politiche sono state le seguenti (Clark 2015):

- ▶ sviluppare politiche coerenti che affrontino l'uso e l'abuso di sostanze, con un'attenzione specifica alle differenze di genere;
- ▶ sviluppare studi sul consumo di sostanze che affrontino questioni specifiche, come l'iniziazione, l'escalation e le conseguenze fisiche e psicosociali per le donne come gruppo "a rischio";
- ▶ esplorare la relazione tra le esperienze di violenza fisica, sessuale e psicologica e l'uso di sostanze;
- ▶ studiare la relazione tra la violenza contro le donne e l'uso di sostanze.

Un altro progetto del Gruppo Pompidou, che ha valutato in che misura il genere e la violenza subita dalle donne sono presi in considerazione nei programmi di riduzione del danno e di trattamento, ha formulato raccomandazioni per una gestione efficace e completa della violenza subita dalle donne consumatrici di sostanze (Benoit e Jauffret-Roustide 2015: 58-63):

- ▶ mainstreaming di genere nelle strutture di riduzione del danno e di trattamento delle dipendenze;
- ▶ creare le condizioni per un'assistenza efficace e completa alle donne che fanno uso di droghe e sono vittime di violenza a livello istituzionale;
- ▶ azioni di supporto attraverso programmi di formazione;
- ▶ mainstreaming di genere nel sistema di monitoraggio sanitario.

In linea con queste raccomandazioni, l'obiettivo di questo capitolo è quello di fornire gli elementi essenziali che possono essere presi in considerazione dai legislatori per integrare efficacemente la prospettiva di genere nelle politiche sulle droghe e nella pianificazione e attuazione di piani e programmi, in modo che questa integrazione sia intesa come un processo piuttosto che come un obiettivo in sé.

Panoramica storica delle politiche sulle droghe e delle prospettive di genere

Il ventunesimo secolo è stato caratterizzato da un'attenzione al genere nella politica sulle droghe. Per fare solo un esempio, le convenzioni sulle droghe delle Nazioni Unite del 1961 e del 1971 non fanno alcun riferimento al "genere" o alle "donne". Negli anni '70, le donne dipendenti erano "nascoste alla vista": emarginate, stigmatizzate, messe a tacere e "bersaglio dell'ingiustizia sociale" (Ettorre 2007: 5). Di conseguenza, il trattamento delle dipendenze "si è sviluppato come un intervento unico basato sulle esigenze dei maschi con dipendenze" (Covington 2008). La prima pubblicazione sul tema donne e problemi di droga è apparsa nel 1980, sulla scia dell'Anno Internazionale della Donna del 1975, affermando che lo studio delle donne e del consumo di droga "era di fatto un non-campo sotto molti aspetti e la maggior parte dei testi in questo settore non includeva parole come uomo/donna, uomini/donne o differenze di genere nel loro indice dei soggetti" (Kalant 1980: 1-2).

Il primo riferimento alle donne nei documenti di alto livello delle Nazioni Unite sulle droghe risale al 1998, nella Dichiarazione politica adottata durante la seconda sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulle droghe, che invitava gli Stati membri a "garantire che le donne e gli uomini beneficino in egual misura, e senza discriminazioni, delle strategie per contrastare il problema mondiale della droga", coinvolgendoli in tutte le fasi di sviluppo dei programmi e delle politiche", e affermava la determinazione della comunità internazionale a fornire le risorse necessarie per il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento sociale, al fine di restituire dignità e speranza ai bambini, ai giovani, alle donne e agli uomini che sono diventati dipendenti da sostanze (Assemblea generale delle Nazioni Unite, 1998).

Nel 2008, il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha raccomandato agli Stati membri, "nel contesto della protezione dei diritti umani, di fare del genere una delle aree prioritarie di azione nel campo della salute, attraverso politiche e strategie che affrontino i bisogni sanitari specifici di uomini e donne e che integrino la dimensione di genere" (Consiglio d'Europa 2008). Nella 55a sessione della Commissione Stupefacenti, la risoluzione che promuove strategie e misure che affrontano i bisogni specifici delle donne nel contesto di programmi e strategie di riduzione della domanda di droga globali e integrati, promossa dall'Italia a livello europeo, ha affrontato la necessità di maggiori informazioni basate sull'evidenza su tutti gli aspetti del consumo di droga, in particolare per quanto riguarda gli aspetti specifici di genere e lo sviluppo e l'attuazione di programmi e strategie (Commissione Stupefacenti 2012b).

La risoluzione invitava inoltre l'Istituto Interregionale di Ricerca sul Crimine e la giustizia delle Nazioni Unite (UNICRI) a condividere con l'UNODC la propria esperienza in materia di programmi e misure che affrontano le esigenze specifiche delle donne. Successivamente, l'UNICRI ha lanciato il progetto DAWN - Drugs, Alcohol and Women Network: Promoting Gender-based Drug Use Prevention and Recovery (Droghe, alcol e donne: promuovere la prevenzione e il recupero dell'uso di droghe basate sul genere) per studiare le differenze di genere nell'uso di droghe e nelle dipendenze e promuovere politiche di prevenzione e recupero sensibili al genere (ibidem). Il risultato del progetto è stato un kit di strumenti incentrato principalmente sulle esigenze delle donne, pensato per migliorare le politiche e le pratiche con un approccio di mainstreaming

di genere all'uso di sostanze (Liquori O'Neil e Lucas 2015).

Un'altra risoluzione del 2016 richiedeva:

...all'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine a continuare ad assistere gli Stati membri, su loro richiesta, nell'integrazione di una prospettiva di genere nelle loro politiche e programmi relativi al problema globale delle droghe e invita le altre agenzie ONU competenti, nell'ambito dei loro mandati, a cooperare a questo proposito (Commissione sugli stupefacenti 2016).

Inoltre, il rapporto annuale dell'International Narcotics Control Board per il 2016 evidenzia che le donne ricevono un trattamento farmacologico adeguato solo in pochi Paesi e che è necessario espandere il trattamento sensibile al genere "praticamente in tutti i Paesi" (INCB 2016) per raggiungere il massimo livello di salute possibile per le donne. Il rapporto incoraggia inoltre la raccolta di dati disaggregati per genere, un migliore finanziamento per il trattamento delle donne e l'importanza di programmi di trattamento dell'uso di sostanze per sole donne, sensibili al genere e trauma-informed, nelle strutture di cura locali, citando le Regole delle Nazioni Unite per il trattamento delle donne detenute e le misure non detentive per le donne autrici di reato (Regole di Bangkok) (ibid.).

Nel 2019, la dichiarazione ministeriale della Commissione sugli stupefacenti ha riaffermato il suo impegno a favore di un approccio equilibrato e basato su dati concreti al problema globale delle droghe, basato sul principio della responsabilità condivisa e riconoscendo l'importanza di integrare correttamente le prospettive di genere e di età nelle politiche e nei programmi relativi alla droga, nonché di prestare attenzione agli individui, alle famiglie, alle comunità e alla società nel suo complesso, con particolare attenzione alle donne, ai bambini e ai giovani (Commissione sugli stupefacenti 2019).

Nel corso dei decenni, i documenti di alto livello hanno confermato una tendenza crescente verso l'integrazione della dimensione di genere. Tuttavia, il genere è ancora interpretato in modo binario. È ora prioritario considerare il genere in modo più ampio e garantire che i decisori e i responsabili delle politiche abbiano una comprensione più inclusiva di questa categoria. In questo documento, il genere è indicato come una categoria non binaria, quindi deve essere inteso in tale modo in tutti gli elementi citati di seguito.

Elementi chiave della politica sulle droghe

Monitorare e descrivere la situazione del consumo di droga da una prospettiva di genere

Il fattore più importante per il successo del mainstreaming di genere è senza dubbio l'affidabilità delle informazioni e delle analisi (UNODC 2021b: 23). Sebbene a livello globale e nelle regioni sviluppate le differenze di genere nel consumo di droga, nelle sue conseguenze e nell'accesso ai servizi siano state ampiamente descritte, c'è ancora molto da imparare sull'argomento. La mancanza di risorse per la raccolta di dati affidabili e la limitata consapevolezza del problema, così come gli atteggiamenti negativi nei confronti dell'uso di sostanze da parte delle donne, possono far sì che le donne e le persone non binarie siano sottorappresentate nei campioni epidemiologici o non rispondano adeguatamente alle indagini e alle interviste (Currie 2001).

La costruzione di politiche sulle droghe dovrebbe idealmente basarsi sulla situazione nazionale e considerare almeno una valutazione con indicatori disaggregati per genere. Tuttavia, al momento, solo 47 Paesi sui 201 che fanno capo all'UNODC dispongono di dati disaggregati per genere per gli ultimi cinque anni (UNODC 2018a). In questo senso, gli osservatori nazionali sulle droghe sono uno strumento fondamentale per formulare politiche in una prospettiva di genere.

Sulla base del consenso di Lisbona, l'OEDT identifica 13 aree di interesse politico per tutte le organizzazioni sovranazionali e internazionali, che sono particolarmente rilevanti nella costruzione una mappatura utile a comprendere il problema droga (OEDT e CICAD-OAS 2010). Tenendo conto di quelli relativi alla riduzione della domanda di droga, è possibile effettuare una disaggregazione per sesso per i seguenti indicatori:

- ▶ consumo di droga nella popolazione generale (prevalenza e incidenza);
- ▶ consumo di droga da parte dei giovani (prevalenza e incidenza);
- ▶ consumo di droghe ad alto rischio (ad es. per via parenterale, dipendenza);
- ▶ l'utilizzo dei servizi;
- ▶ morbilità legata all'uso di sostanze;
- ▶ mortalità legata alle sostanze ;
- ▶ esclusione e situazione di svantaggio sociale.

Queste aree principali e gli indicatori di interesse, disaggregati per sesso, possono fornire informazioni essenziali per descrivere la situazione nazionale del consumo di droga e le sue caratteristiche, che contribuiranno allo sviluppo di piani nazionali di controllo della droga adattati alla realtà di ciascun Paese e alle esigenze della popolazione. Tuttavia, questa descrizione dovrebbe includere anche dati sensibili al genere, che, oltre a essere disaggregati per sesso, riflettono le realtà sociali delle diverse identità di genere, secondo le seguenti linee guida (UNODC 2021b: 26):

- ▶ I dati sono raccolti e presentati disaggregati per genere come classificazione primaria e generale;
- ▶ i dati riflettono le realtà sociali dei diversi generi;
- ▶ I dati si basano su concetti e definizioni che riflettono adeguatamente la diversità e le esperienze dei diversi generi;
- ▶ I metodi di raccolta dei dati tengono conto degli stereotipi e dei fattori sociali e culturali che possono portare a pregiudizi di genere.

Sviluppo di strategie e piani d'azione da una prospettiva di genere

Una politica è una linea d'azione scelta tra altre ad essa alternative per guidare e determinare le decisioni presenti e future. In questo senso, il processo complessivo di sviluppo di una politica nazionale sulle droghe può essere visto come un "ombrello" sotto il quale si trovano i seguenti elementi strutturali comuni: una Strategia Nazionale sulle Droghe (NDS) e un piano d'azione di supporto che a sua volta comprende i programmi, i progetti e le attività che li implementano coerentemente (CICAD 2009).

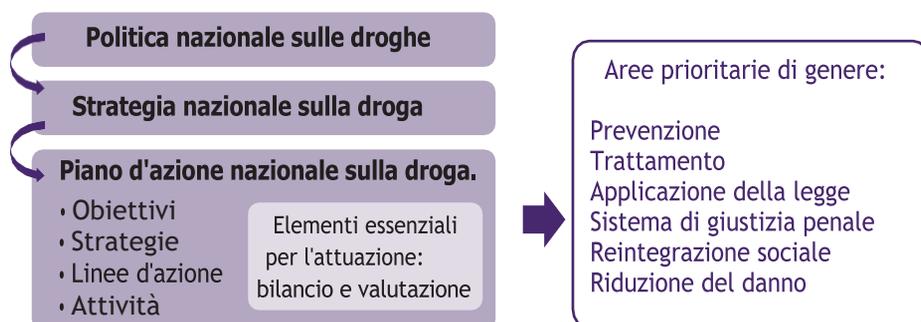
Poiché il genere è uno dei determinanti sociali del consumo di droga, deve essere considerato un elemento cruciale nella pianificazione di strategie, piani d'azione e loro componenti. Nell'incorporare la prospettiva di genere, la pianificazione strategica è un processo fondamentale, in quanto consente di chiarire la missione, la visione e la definizione degli obiettivi per stabilire strategie e piani d'azione che ne consentano la realizzazione. Nel processo generale di pianificazione strategica, forse la fase in cui la prospettiva di genere può essere più facilmente riflessa è la progettazione del piano d'azione. Un piano d'azione è una descrizione dettagliata delle strategie e delle fasi o linee d'azione utilizzate per raggiungere obiettivi specifici; sebbene il piano d'azione di ciascun Paese sia unico, ci sono aree di intervento comuni nella loro concettualizzazione, come la prevenzione, il trattamento, il reinserimento sociale, la riduzione del danno, la legislazione, la ricerca e la cooperazione subnazionale e sovranazionale, tra le altre. In questo contesto, la prospettiva di genere può essere introdotta come priorità nelle aree in cui già esiste un'offerta di servizi alla popolazione, come la prevenzione, il trattamento, il reinserimento sociale e la riduzione del danno.

Inoltre, è molto utile avere una tabella di marcia che aiuti a tradurre le politiche in azioni e a dare loro una direzione. Per integrare la prospettiva di genere nei piani d'azione e nelle loro componenti si possono adottare quattro misure:

- ▶ considerare gli obiettivi da raggiungere, ad esempio: un maggior numero di persone che fanno uso di droghe può accedere a trattamenti sensibili al genere;
- ▶ descrivere l'intervento in termini generali, ad esempio servizi di trattamento sensibili al genere;
- ▶ descrivere il percorso di cambiamento (o i presupposti) che collega l'intervento all'obiettivo, ad esempio un maggior numero di strutture di cura che implementino efficacemente programmi sensibili al genere;
- ▶ Identificare i collegamenti tra le fasi del "come" e del "perché" per far avanzare le ipotesi di cambiamento, ad esempio: (come?) attraverso la formazione, un maggior numero di professionisti saprà come implementare una prospettiva di genere nel trattamento; (perché?) avere più opzioni, strumenti o metodi di trattamento.

Per semplificare questa prospettiva, nella Figura 3 viene presentato un quadro concettuale per la progettazione di piani d'azione.

Figura 3: Quadro concettuale per la progettazione di un piano d'azione



Esempi di integrazione della dimensione di genere nei piani d'azione nazionali

L'integrazione della prospettiva di genere nella struttura dei Piani d'azione nazionali avviene in modo diverso da Paese a Paese (come elemento generale, specifico o trasversale).

- ▶ In Svizzera, la Strategia e il Piano d'azione nazionale sulle dipendenze concepiscono il genere a un livello più concettuale. Considera come obiettivo la creazione di condizioni favorevoli che tengano conto dell'interazione tra realtà sociali come il lavoro, l'ambiente, le condizioni di vita e il comportamento individuale con fattori come il genere. Inoltre, considera come obiettivo strategico la "messa in rete di coloro che si occupano di politiche delle dipendenze e il rafforzamento della cooperazione", che include la promozione degli scambi con le agenzie nazionali sul genere, come l'Ufficio federale per l'uguaglianza di genere (Consiglio federale 2017: 15).
- ▶ Nel Piano d'azione sulle dipendenze in Spagna, il genere è affrontato come elemento specifico incorporato in linee d'azione come "Incorporare la prospettiva di genere nei programmi di prevenzione in modo pratico" e "Includere la prospettiva di genere a tutti i livelli del processo di cura", oltre ad avere considerazioni specifiche di genere per quanto riguarda le barriere all'accesso al trattamento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2018: 11-14).
- ▶ Il Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones (Programma di Azione Specifico per la Salute Mentale e le Dipendenze) del Messico integra il genere come elemento trasversale, stabilendo che tutte le sue strategie e linee di azione devono considerare una prospettiva di genere che tenga conto della diversità dei sessi. Pertanto, tutte le linee d'azione, per quanto possibile, dovrebbero essere attuate in una prospettiva di genere (Secretaría de Salud 2021).

Valutazione dei piani d'azione da una prospettiva di genere

La valutazione è una componente essenziale dell'attuazione dei piani d'azione nazionali e merita di essere affrontata separatamente dalle altre componenti, soprattutto quando si considera l'integrazione di una prospettiva di genere. Sebbene la valutazione debba essere vista come un continuum che inizia nella fase di pianificazione e va oltre la fine del piano d'azione, può anche essere vista come un meccanismo per fornire un feedback sul raggiungimento degli obiettivi pianificati e per determinare il livello di avanzamento del piano d'azione.

Un piano d'azione con una prospettiva di genere richiede, già nella fase di pianificazione, che vengano progettati meccanismi specifici per valutare i risultati concreti ottenuti nell'incorporare una prospettiva di genere; per essere misurati, questi risultati concreti devono essere tradotti in obiettivi misurabili. Questi obiettivi di solito stabiliscono il risultato finale rispetto al quale verrà confrontato lo stato attuale o la linea di base e consentono di monitorare i progressi del piano e di identificare i

miglioramenti. Alcune delle caratteristiche essenziali di questi obiettivi sono la significatività, la misurabilità, la semplicità, la completezza e l'affidabilità.

Ad esempio, se torniamo al piano d'azione citato in precedenza, il nostro obiettivo per l'integrazione della dimensione di genere potrebbe essere quello di migliorare la disponibilità e l'accesso ai programmi terapeutici da una prospettiva di genere. L'obiettivo da raggiungere potrebbe quindi essere quello di aumentare il numero di centri che offrono trattamenti in una prospettiva di genere. Per valutare l'utilità di questo obiettivo, possiamo porci le seguenti domande.

- ▶ Ha senso? Sì, perché se più schemi integrano una prospettiva di genere nel trattamento, ci sarà una maggiore disponibilità di servizi.
- ▶ È misurabile? Sì, perché tiene conto del numero di opzioni di servizi con una prospettiva di genere.
- ▶ È semplice? Sì, perché in generale il monitoraggio e i dati sono facilmente accessibili.
- ▶ È completo? Sì, perché può essere direttamente collegato a una serie di servizi.
- ▶ È affidabile? Sì, perché di solito esistono registrazioni ufficiali del numero di opzioni di trattamento.

Inoltre, per semplificare e facilitare la progettazione degli obiettivi in una prospettiva di genere, si possono considerare alcune questioni pratiche.

- ▶ L'obiettivo riflette i risultati specifici desiderati nel mainstreaming di genere?
- ▶ I progressi verso il mainstreaming di genere possono essere misurati dal piano d'azione?
- ▶ L'obiettivo è ambizioso, ma realistico e raggiungibile con le risorse disponibili?
- ▶ L'obiettivo specifica un risultato di genere piuttosto che un'attività?
- ▶ L'organizzazione o l'attore responsabile del raggiungimento dell'obiettivo è identificabile?
- ▶ C'è almeno un sotto-obiettivo per ogni obiettivo stabilito (prevenzione, trattamento, ecc.)?

Il valore di avere obiettivi di uguaglianza di genere chiari, specifici e misurabili è che, attraverso la loro valutazione, si saprà con certezza se gli obiettivi sono stati raggiunti o se sono necessari aggiustamenti durante l'attuazione del piano d'azione. Inoltre, in futuro sarà possibile effettuare valutazioni dei risultati dei piani d'azione.

Bilancio di genere

Il budget è un aspetto fondamentale da tenere in considerazione nelle politiche sulle droghe. Nel 2005, il Comitato direttivo per l'uguaglianza tra donne e uomini del Consiglio d'Europa (CDEG) ha esaminato più da vicino i diversi metodi disponibili per attuare la strategia di mainstreaming di genere e ha concordato che il bilancio di genere dovrebbe essere una priorità, poiché i bilanci sono un importante strumento politico e di pianificazione per i governi (Consiglio d'Europa 2005). Un bilancio comprende tutte le risorse economiche necessarie per l'attuazione della strategia o del piano d'azione nazionale sulla droga; queste possono essere fonti di finanziamento dirette, come le istituzioni governative responsabili dell'attuazione del piano

d'azione, o indirette, come le risorse per l'integrazione della dimensione di genere assegnate alle istituzioni con responsabilità di genere e le risorse provenienti dalle organizzazioni della società civile (CSO) o dalle organizzazioni private. Per identificare e promuovere l'esistenza di un budget per l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche sulle droghe, si possono considerare tre situazioni e linee d'azione nazionali.

- ▶ Se le risorse sono disponibili nel Paese, le fonti di finanziamento e il budget disponibile per l'attuazione degli obiettivi strategici del mainstreaming di genere dovrebbero essere tracciati durante la progettazione del piano d'azione e dovrebbero essere decise le azioni prioritarie a cui destinare le risorse.
- ▶ In alcuni Paesi, possono essere stanziati risorse per il piano nazionale di controllo delle droghe, ma non sono state definite risorse per l'integrazione della dimensione di genere. In questo caso, sarà necessario fare in modo che il budget disponibile venga indirizzato anche verso azioni prioritarie di mainstreaming di genere. Un approccio graduale potrebbe essere includere le questioni di genere nelle azioni generali per le quali è stato stanziato un budget, ad esempio nelle campagne mediatiche, senza che la campagna sia necessariamente integrata nella prospettiva di genere.
- ▶ In altri Paesi, potrebbero non essere disponibili risorse per l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche sulle droghe. In questo caso, considerando le valutazioni, i bisogni e le problematiche relative alle droghe e al genere, è possibile elaborare una mappa delle parti coinvolte e dei soggetti politici che si occupano di bilancio per promuovere l'allocazione delle risorse attraverso strategie di advocacy.

Nella preparazione e nella promozione dei bilanci relativi a tematiche di genere, è molto importante diffondere le realtà vissute da donne, uomini e persone non binarie e rendere visibili le disuguaglianze esistenti, al fine di evidenziare gli impatti delle decisioni di spesa e di rivedere le decisioni di finanza pubblica per garantire che promuovano l'uguaglianza di genere piuttosto che rafforzare le disuguaglianze esistenti (EIGE 2020).

Spagna e Messico forniscono due esempi di azioni positive e progressive che stanziavano risorse per l'integrazione della dimensione di genere nei piani nazionali sulla droga.

- ▶ Il Piano d'azione sulle dipendenze in Spagna propone come linea d'azione di "Promuovere l'assistenza integrale e il coordinamento delle risorse per le donne vittime di violenza generica, nonché per le loro figlie e figli, al fine di evitare la vittimizzazione istituzionale", e stabilisce come attività di "Progettare e attuare un progetto pilota di risorse di supporto residenziale specifico per le donne con problemi di dipendenza e vittime di violenza generica". Oltre ad affrontare un problema specifico come la violenza contro le donne che fanno uso di sostanze e sono vittime di violenza, promuovono anche il coordinamento e l'uso efficace delle risorse per il trattamento in questo senso.
- ▶ In Messico, il bilancio di spesa federale stanziava risorse pubbliche per promuovere l'uguaglianza di genere in tutti i programmi governativi; nel

settore sanitario, queste risorse sono distribuite tra diverse azioni, tra cui la prevenzione e il trattamento della droga. Sebbene le risorse stanziare siano limitate, questa iniziativa ha portato a una maggiore considerazione del mainstreaming di genere nella pianificazione del bilancio del Piano d'azione nazionale sulla droga.

Poiché l'integrazione della dimensione di genere non è presente in un numero significativo di piani e strategie nazionali in materia di droga, si può prevedere che non ci saranno budget per essa. Pertanto, i responsabili politici dovrebbero considerare che lo sviluppo di politiche sulle droghe da una prospettiva di genere implica intrinsecamente la promozione di bilanci adeguati.

Guida alla valutazione dell'inclusione di una prospettiva di genere nelle politiche sulle droghe

Oltre agli elementi essenziali sopra menzionati, può essere utile per i decisori politici avere una guida (checklist) per identificare se le politiche nel loro Paese, regione o Stato hanno una prospettiva di genere, tenendo conto delle diverse fasi di sviluppo e attuazione del piano. Questi criteri sono stati stabiliti dall'UNODC per valutare l'attuazione degli elementi essenziali del mainstreaming di genere nella programmazione.

Tabella 1. Criteri di valutazione di piani e programmi (adattato da UNODC 2021b: 52)

Componente del piano	Criteri	Si	No*	Parzialmente*.
Analisi della situazione				
Valutazione del problema	L'analisi del background/contesto del piano prende in esame: (a) le diverse situazioni di donne e uomini, ragazzi e ragazze? (b) gli impatti del piano previsti sui diversi gruppi?			
Capacità della controparte	I gruppi di genere, le associazioni o le unità delle organizzazioni partner sono stati consultati nello sviluppo della politica/piano?			
Contesto strategico	E' stato considerato il diverso impatto dei piani, delle strategie regionali e nazionali su donne e uomini, ragazzi e ragazze?			
Sinergie con altri progetti/programmi	Le lezioni apprese e le migliori pratiche sull'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne sono state incorporate? Sono stati presi in considerazione i risultati e le raccomandazioni chiave provenienti da ricerche pertinenti, da altre agenzie delle Nazioni Unite e da valutazioni di politiche/piani?			

Gruppi target	Il piano include strategie per raggiungere/identificare il genere sottorappresentato che beneficerebbe del piano?			
Uguaglianza di genere ed empowerment femminile	La politica/il piano prevede azioni mirate per l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne? Gli aspetti di genere sono inclusi nelle azioni non mirate al target?			
Diritti umani	Sono state consultate politiche nazionali e/o internazionali sui diritti delle donne?			
Descrizione del piano				
Posizione e durata	Il piano garantisce l'accesso e la partecipazione di donne e uomini nelle attività del progetto/programma (obiettivo di almeno il 30% per ogni genere sottorappresentato)?			
Generazione della catena di risultati	I risultati, gli output e le attività sono progettati per soddisfare le diverse esigenze e priorità di donne e uomini, ragazzi e ragazze?			
Componente del piano	Criteri	Si	No*	Parzialmente*.
Guida per lo sviluppo di indicatori sensibili al genere	Il quadro dei risultati include indicatori che rispondono alle esigenze di genere, e una base di riferimento per monitorare parità di genere e l'empowerment delle donne?			
Gestione del piano				
Personale	C'è un equilibrio di genere nel reclutamento del personale operativo e nella rappresentatività nei comitati di revisione del piano?			
Bilancio	Sono state stanziare risorse finanziarie adeguate in relazione alle attività di genere proposte?			
Monitoraggio e valutazione	Il piano raccoglierà e utilizzerà dati disaggregati per genere e informazioni qualitative per analizzare, monitorare e valutare la sua attuazione in modo sensibile al genere?			

* In caso di risposta negativa o parziale, si raccomanda di analizzare quali azioni possono essere implementate per raggiungere il criterio.

Potenziamento delle capacità nell'integrazione della dimensione di genere

I responsabili politici possono promuovere l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche sulle droghe creando capacità di integrazione della dimensione di genere nelle organizzazioni e nei gruppi di lavoro responsabili dell'attuazione dei piani nazionali. L'OMS ha identificato i seguenti aspetti che possono essere implementati per rendere il personale più sensibile alla rilevanza del mainstreaming di genere (OMS 2011a, 2011b):

- ▶ promuovere una valutazione dei bisogni per comprendere meglio le lacune in termini di conoscenze e competenze relative al genere e al consumo di droga;
- ▶ aiutare il personale a comprendere meglio il consumo di droga e le sue implicazioni di genere;
- ▶ analizzare la misura in cui le competenze di analisi di genere vengono applicate da coloro che progettano e attuano i programmi;
- ▶ valutare il livello di supporto istituzionale per l'integrazione della dimensione di genere nel lavoro del personale;
- ▶ identificare i fattori che facilitano o ostacolano l'integrazione di una prospettiva di genere nel lavoro del personale;
- ▶ integrare la dimensione di genere negli obiettivi generali, nella pianificazione operativa e nell'intero ciclo di programmazione;
- ▶ incoraggiare i leader a includere sistematicamente riferimenti al genere e all'emancipazione femminile in tutti i loro discorsi pubblici e incoraggiare esplicitamente il loro personale a fare lo stesso nel loro lavoro tecnico;
- ▶ Stabilire partenariati con organizzazioni femminili e ministeri degli Affari femminili (o equivalenti);
- ▶ promuovere l'equilibrio di genere nel personale;
- ▶ stabilire le competenze di genere per le prestazioni del personale nelle descrizioni delle mansioni, nella gestione delle prestazioni e nello sviluppo;
- ▶ Rafforzare le capacità di leadership del personale femminile;
- ▶ promuovere risorse finanziarie e umane per l'attuazione della prospettiva di genere;
- ▶ stabilire meccanismi e linee guida per migliorare l'allocazione delle risorse al lavoro di genere;
- ▶ stabilire la responsabilità dell'integrazione della dimensione di genere nei piani e nei programmi attuali e futuri;
- ▶ sostenere lo sviluppo di prove e strumenti su genere e consumo di droga.

Esempi di politiche sensibili al genere a livello nazionale e locale

Alcuni Paesi, come Irlanda, Messico e Spagna, hanno integrato le considerazioni di genere nelle loro politiche sulle droghe a diversi livelli di pianificazione e attuazione. Il caso di Reykjavik, in Islanda, viene presentato come esempio locale.

Irlanda

In Irlanda, la politica sulle droghe è stata definita da successive strategie nazionali sulle droghe o sulle dipendenze, che dal 2012 includono anche l'alcol. L'attuale strategia, *Reducing harm, supporting recovery: A health-led response to drug and alcohol use in Ireland 2017-25*, (Department of Health 2017) è stata lanciata nel luglio 2017. Per quanto riguarda l'inclusione delle donne, la strategia riconosce che le donne possono incontrare delle barriere nell'impegnarsi nei servizi di cura e riabilitazione e nel mantenere vivo il coinvolgimento. In questo senso, l'azione strategica "Ampliare i servizi per le dipendenze per le donne in gravidanza e dopo il parto" mira a:

- a. Rafforzare i collegamenti tra i servizi per la maternità e le dipendenze;
 - b. quantificare il fabbisogno di ulteriori posti residenziali per le donne in gravidanza e dopo il parto che necessitano di un trattamento ospedaliero per la dipendenza da droga e/o alcol in tutto il Paese;
 - c. sviluppare servizi che rispondano a questa esigenza, assicurando che queste strutture sostengano lo sviluppo della relazione madre-neonato;
 - d. fornire un sostegno specifico alle donne in gravidanza con dipendenza da alcol, valutando anche la necessità di estendere il ruolo dell'ostetrica di collegamento con le droghe (DLM)⁶ a questo proposito - qualsiasi estensione richiederà probabilmente un ulteriore aumento del numero di ostetriche di questo tipo;
-
- e. Assegnazione di risorse al National Women's and Infants' Health Programme (NWIHP) per fornire DLM e operatori sanitari specializzati in gli ambiti della maternità;
 - f. supportare gli ospedali/unità di maternità nel rafforzare i loro mezzi per individuare l'abuso di alcol e aiutare le donne a ridurre il consumo; e
 - g. Coinvolgere la NWIHP nello sviluppo di un approccio coerente per informare le donne sui rischi del consumo di alcolici durante la gravidanza.

Inoltre, un'attività comprende le "donne svantaggiate" in relazione alle risposte all'esclusione sociale e alla povertà, e altre due riguardano i servizi di sostegno per le donne in generale e per le donne che escono dal trattamento, in particolare in relazione all'offerta di alloggi.

D'altra parte, l'attuale strategia antidroga non prevede azioni specifiche di genere sulla prevenzione, che nel contesto irlandese tende a concentrarsi sull'educazione e sulla consapevolezza dei danni derivanti dal consumo di sostanze. Le azioni di prevenzione si sono tradizionalmente concentrate sui giovani e sulle iniziative di sostegno ai giovani perché completino con successo l'istruzione secondaria. Inoltre, l'attuale strategia antidroga non prevede azioni specifiche per le donne e il sistema di giustizia penale.

6. Le ostetriche di collegamento accolgono le donne incinte dipendenti da oppioidi nei loro ambulatori e le assistono per tutta la gravidanza e per sei settimane dopo il parto.

Tuttavia, il Piano strategico 2018-20 del Servizio penitenziario irlandese e del Servizio di libertà vigilata (Dipartimento di giustizia e uguaglianza 2017) fa quattro riferimenti specifici alle donne, sottolineando l'importanza dell'uso di sanzioni alternative nella collettività laddove possibile e indicando azioni per aumentare l'accesso all'istruzione e al recupero, sostenere il reinsediamento e rispondere alla violenza domestica. Anche la Strategia nazionale per le donne e le ragazze 2017-20 (ibid.) è collegata alle azioni della NDS (Morton et al. 2020).

La NDS irlandese del 2017 è stata oggetto di una revisione intermedia (Dipartimento della Salute 2021), che ha incluso una riflessione su come rafforzare gli aspetti di genere della strategia, in linea con l'imminente Strategia per la salute delle donne. Durante le consultazioni, è stato generalmente concordato che l'attuale strategia tende a concentrarsi sulla gravidanza e sulla maternità, o a designare le donne o le persone non binarie come una "popolazione speciale" (Wincup 2019). C'è una crescente consapevolezza della necessità di una politica e di un intervento sulle droghe sensibile alle differenze di genere e addirittura trasformativo. Il raggiungimento di risultati migliori per le donne che fanno uso di droghe nel corso della loro vita sarà una priorità. Tuttavia, come nella maggior parte delle giurisdizioni, i responsabili politici devono affrontare una miriade di sfide tecniche e di risorse per tradurre questo requisito in un'azione strategica. Sono stati istituiti sei gruppi di implementazione strategica e i presidenti indipendenti sono entrati a far parte del comitato nazionale di supervisione incaricato di attuare la strategia (Ministero della Salute 2021). Uno degli sviluppi principali è l'identificazione e la definizione delle priorità delle azioni per affrontare le esigenze specifiche delle donne in base al genere in una serie di servizi, risposte e interventi.

Messico

Secondo la Legge generale per l'uguaglianza tra donne e uomini, promulgata in Messico nel 2006, devono essere garantite pari opportunità e trattamento a uomini e donne, al fine di promuovere l'empowerment femminile ed evitare discriminazioni in base al sesso. In questo contesto, la prospettiva di genere applicata alle politiche nazionali consiste nell'implementazione di meccanismi per identificare e valutare le discriminazioni, le disuguaglianze e l'esclusione delle donne, così come l'attuazione di una serie di misure di prevenzione, così come le azioni da intraprendere per affrontare le questioni di genere e creare le condizioni di cambiamento che consentano di progredire nella costruzione dell'uguaglianza.

Di conseguenza, si stabilisce che le politiche pubbliche devono essere trasversali, ovvero che nella loro elaborazione ed esecuzione è garantita l'incorporazione di una prospettiva di genere per valutare le implicazioni di qualsiasi azione pianificata per le donne e gli uomini, come la legislazione, le politiche pubbliche e le attività amministrative, economiche e culturali delle istituzioni pubbliche e private. L'attuazione di queste misure è responsabilità dei governi federali, statali e comunali.

Sebbene il consumo di droga in Messico sia stato a lungo un problema prevalentemente maschile, negli ultimi anni il consumo di droga è aumentato esponenzialmente tra le donne, soprattutto tra le adolescenti.

In questo contesto, il sistema sanitario ha iniziato a integrare una prospettiva di genere nelle politiche e nei programmi attraverso vari strumenti e agenzie. Ad esempio, il Programma del settore sanitario 2019-24 (Secretaría de Salud 2019) stabilisce tra le sue strategie nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze la garanzia di accesso ai servizi di salute mentale, al supporto psicologico e all'assistenza completa per i disturbi mentali e i problemi legati all'uso di sostanze. Si rivolge alle persone colpite da disastri naturali, emergenze umanitarie, violenza o migrazione. Come linea d'azione, il programma mira a facilitare l'accesso ai servizi di salute mentale, al sostegno psicologico e alle misure preventive al primo livello di assistenza, sulla base del principio di equità e la non discriminazione e con una sensibilità al contesto di vita e alle problematiche di genere.

Il Programma d'azione specifico sulla salute mentale e l'uso di sostanze 2020-24 (ibidem) ritiene che l'attenzione alla salute mentale e all'uso di sostanze debba essere integrata attraverso una prospettiva di genere, comprese azioni differenziate a beneficio delle donne: donne incinte, popolazioni indigene, migranti e persone non binarie. Inoltre, il Programma di controllo dell'abuso di droghe 2021-24 (CONADIC 2021) prevede un'assistenza completa con un approccio di genere che tenga conto della diversità dei sessi, rispondendo alle esigenze particolari delle donne e delle persone con diversità sessuale, senza stigmatizzare o imporre ruoli assegnati. Per quanto riguarda la prevenzione, si considera l'obiettivo di assicurare un approccio globale al consumo di sostanze psicoattive che includa la salute mentale e la prevenzione dell'uso e valuti i rischi associati, incorporando una prospettiva di genere non binaria, il multiculturalismo, il rispetto dei diritti umani e la sensibilità al contesto di vita. Per quanto riguarda il trattamento, un altro obiettivo è quello di garantire un accesso efficace e tempestivo a servizi completi di salute mentale e di cura delle dipendenze per le persone che fanno uso di sostanze psicoattive o presentano comportamenti di dipendenza, incorporando una prospettiva di genere non binaria e un approccio che rispetti i diritti umani, la non discriminazione e la qualità delle cure.

Inoltre, il governo messicano include nel programma di spesa della Federazione un bilancio di genere applicabile alla prevenzione e al trattamento delle dipendenze, e prevede indicatori di monitoraggio che riguardano la formazione del personale sanitario in una prospettiva di genere, le azioni di prevenzione in una prospettiva di genere, il trattamento delle donne che fanno uso di droghe e il sostegno psicologico alle donne sopravvissute alla violenza.

Spagna

La Strategia nazionale sulle dipendenze 2017-24 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2017) riconosce che la prospettiva di genere è essenziale e può funzionare come strumento analitico per tutti i programmi di ricerca, intervento e prevenzione. La strategia mira a sviluppare una maggiore consapevolezza della prospettiva di genere; a sensibilizzare la società nel suo complesso a promuovere gli aspetti che lavorano per migliorare la protezione delle donne e quindi incoraggiare anche gli uomini ad adottarli; a promuovere la prevenzione e l'individuazione precoce della violenza di genere contro le donne dipendenti da sostanze psicoattive e negli ambienti in cui queste sostanze vengono consumate; a far progredire i programmi che si concentrano sui

bisogni delle donne (ad esempio la loro dipendenza da sostanze); e a promuovere lo sviluppo di un approccio sensibile al genere nella prevenzione della violenza di genere. La strategia integra anche una prospettiva di genere nello sviluppo di programmi che si concentrano sui bisogni delle donne (ad esempio la loro dipendenza da sostanze psicoattive come ipno-sedativi e analgesici derivati dagli oppiacei), analizzando tutti gli aspetti del loro uso e sviluppando alternative terapeutiche non farmacologiche; e affrontando le differenze e le specificità di uomini e donne di fronte a sfide come i cambiamenti sociali, le nuove forme di dipendenza e i nuovi modelli e tendenze di utilizzo. La strategia include anche una prospettiva di genere tra i suoi principi guida attraverso la Legge Organica 3/2007 per l'effettiva parità tra donne e uomini, che prevede l'incorporazione di una prospettiva di genere come quadro di riferimento per l'analisi e lo sviluppo di strumenti che consentano di rendere visibili, di analizzare e di affrontare le dipendenze delle donne attraverso una serie di interventi e il loro impatto.

Da questo punto di vista, nell'ambito della prevenzione, la strategia identifica le donne come popolazione target (in particolare quelle in età fertile e le donne in gravidanza); nell'ambito dell'assistenza globale e multidisciplinare, afferma che la prospettiva di genere deve essere integrata a tutti i livelli del processo di cura, considerando i fattori che condizionano il consumo di droga tra le donne, promuovendo un trattamento incentrato sulla donna e tenendo conto di condizioni come la maternità o la violenza di genere. Nel campo della riduzione del danno, la strategia identifica anche le donne come popolazione target. Per quanto riguarda l'inclusione sociale, il documento pone l'accento sull'integrazione nel mercato del lavoro, oltre a includere le donne come popolazione target, e stabilisce che l'espansione e l'adattamento dei servizi e dei programmi devono tenere conto dell'impatto differenziale delle dipendenze sulle donne.

Reykjavik

Il consumo di droga in Islanda è insignificante rispetto ad altri Paesi europei e sono soprattutto i giovani a fare uso di droghe illecite (Gunnlaugsson 2013). Dal 2014 il Parlamento islandese sta discutendo l'adozione di politiche incentrate sulla riduzione del danno. In questo contesto, il termine "genere" non è menzionato nel documento sulla politica in materia di alcol e droga, ma le "donne" sono menzionate nel contesto della gravidanza e dei potenziali effetti negativi del consumo di droga (Thomas e Bull 2018). Ciononostante, l'Islanda si sta muovendo verso un sistema più sensibile alle questioni di genere e alla riduzione dei rischi. Forse i maggiori cambiamenti nelle politiche su alcol e droghe negli ultimi anni si sono verificati a livello locale, come nella capitale Reykjavik.

Nel 2014, la città di Reykjavik ha adottato una nuova politica sugli "stranieri" in risposta al rapido aumento della popolazione di senzatetto in città dopo la crisi finanziaria. Nel 2009, il 62% di queste persone si considerava senza fissa dimora a causa dell'uso problematico di sostanze. In questo senso, la politica presentata dalla città di Reykjavik nel 2019 aveva un chiaro focus sui diritti umani delle persone senza dimora,

incorporando una prospettiva di genere attraverso l'adozione di ETHOS7 - la tipologia europea sui senzatetto e l'esclusione abitativa - che si è rivelata uno strumento molto importante per eliminare l'invisibilità delle donne senza dimora, spesso vittime di violenza e marginalizzate nel sistema sanitario e di assistenza sociale (Città di Reykjavik 2019: 7). Di conseguenza, il numero di servizi per le donne è aumentato, così come la comprensione e la sensibilità alle esigenze delle donne che fanno uso di sostanze.

Conclusione

È complicato formulare raccomandazioni ai responsabili politici per integrare efficacemente una prospettiva di genere nelle politiche sulle droghe, poiché ci sono diversi elementi da tenere in considerazione, come la struttura delle organizzazioni responsabili delle politiche sulle droghe, il contesto politico, la situazione economica e sociale e l'agenda di genere nel Paese. Non c'è dubbio che un numero maggiore di governi sia ora aperto all'uguaglianza di genere e quindi all'integrazione della dimensione di genere nelle politiche pubbliche, comprese quelle sulle droghe. Tuttavia, l'integrazione della dimensione di genere è un esercizio a lungo termine che dovrebbe essere concepito come un processo (perché è di per sé trasformativo) e non come un fine (perché potrebbero passare decenni prima che vengano raggiunti i livelli minimi desiderati). Poiché le politiche sulle droghe sono un approccio generale e allo stesso tempo la base per affrontare il problema della droga nei Paesi, è molto utile che, dal linguaggio all'azione, i responsabili delle politiche adottino una visione inclusiva dell'integrazione di genere, in modo che le politiche sulle droghe abbiano principi chiave che possano essere tradotti in pratiche efficaci che contribuiscano a creare nuovi modi di fare politica e a colmare le lacune e le disuguaglianze basate sul genere nelle questioni legate alla droga.

Infine, va considerato che le politiche sulle droghe hanno due poli nella loro applicabilità ai Paesi. Da un lato, le politiche sulle droghe presentano analogie perché condividono elementi comuni. Ma allo stesso tempo sono unici come il Paese in cui vengono attuati. In questo senso, non esiste uno standard con cui descrivere la migliore politica sulle droghe. Tuttavia, una politica che integri una prospettiva di genere è senza dubbio vicina alla migliore, e una politica che adotti un approccio globale di trasformazione di genere è ancora migliore.

7. ETHOS classifica le persone senza dimora in base alla loro situazione abitativa o "casa". Queste categorie concettuali sono suddivise in 13 categorie operative che possono essere utilizzate per diversi scopi politici, come la mappatura del problema dei senza dimora e lo sviluppo, il monitoraggio e la valutazione delle politiche.

Capitolo 3

Consigli agli operatori del settore

Autori: Sarah Morton, Carine Mutatayi, Marie-Claire Van Hout
Collaboratori: Maria Sfikaki, Monica Barzanti, Liljana Ignjatova,
Mirjana Jovanovic, Cristiana Vale Pires

Nonostante ci sia un accordo unanime sulle necessità, i requisiti e i meccanismi per sviluppare e includere approcci sensibili e trasformativi di genere negli interventi e nelle risposte esistenti e in quelle nuove, l'attuazione di questi approcci non è sempre possibile. Il cambiamento positivo continua ad essere una sfida per gli operatori e i fornitori di servizi. In questo capitolo esploriamo le aree (1) della prevenzione, (2) dell'applicazione della legge e del sistema giudiziario e (3) dell'intervento, del supporto e del trattamento, per evidenziare le innovazioni nella teoria e nella pratica. Presentiamo esempi di come gli aspetti strutturali e complessi della disuguaglianza di genere vengono affrontati e risolti, così come le sfide che rimangono, con particolare attenzione alle esperienze e ai bisogni delle donne.

Prevenzione

Con l'obiettivo di ridurre l'incidenza del consumo di droga e la progressione verso la dipendenza, la prevenzione si rivolge alla maggior parte della popolazione che non ha sviluppato un problema o che ne mostra solo i primi segni, soprattutto i giovani. Si possono distinguere tre categorie principali di prevenzione delle droghe a seconda dei gruppi a cui si rivolge. La prevenzione universale si rivolge a tutti i membri di un gruppo target nella popolazione generale, indipendentemente dai rischi sottostanti e dal consumo di droga (OEDT 2019b). La prevenzione selettiva si rivolge alle persone vulnerabili che sono a rischio di comportamenti di dipendenza. La prevenzione indicata consiste in approcci preventivi individualizzati rivolti a persone con segni precoci di consumo problematico o che stanno per richiedere un trattamento, e comprende anche approcci educativi per un uso più sicuro. Gli interventi indicati aiutano i (giovani) tossicodipendenti ad affrontare i fattori di rischio individuali per l'aumento del consumo di sostanze, compresi i loro tratti di personalità.

Ad oggi, i programmi di prevenzione delle tossicodipendenze sono stati raramente progettati in modo da essere sensibili al genere o specifici per le ragazze o le donne. Questo approccio "gender-blind" suggerisce che i progettisti dei programmi non considerano che le norme di genere iniziano a avere influenza sui rischi, sull'uso e sulle conseguenze dell'uso di droghe fin dalle prime fasi dello sviluppo nell'infanzia e nell'adolescenza. Tuttavia, le norme di genere svolgono un ruolo centrale nel definire i comportamenti accettabili e inaccettabili per uomini e donne (Hunt e Antin 2019).

Attraverso la lente delle norme di genere, l'uso sociale di alcol, tabacco o droghe è tollerato o addirittura incoraggiato tra i ragazzi e gli uomini, ma viene condannato quando riguarda le ragazze e le donne, che tradizionalmente sono state relegate in contesti privati (nascosti) per l'uso di sostanze. L'uso di queste sostanze può essere un modo per conformarsi ai ruoli di genere tradizionali o, al contrario, un modo per allontanarsi dalle norme e sperimentare nuove possibilità per l'affermazione di sé e la costruzione dell'identità (Measham 2002; Van Havard).

Il divario di genere nel consumo sociale di droghe si sta riducendo, soprattutto tra i giovani, per alcuni prodotti e modelli di consumo in molti Paesi (vedi Capitolo 1). Questo contesto e la persistenza di disuguaglianze strutturali di genere richiedono risposte di prevenzione più adeguate e raffinate, soprattutto per i giovani. Le forme di prevenzione sensibili al genere devono essere sviluppate nell'ambito di una prevenzione universale, selettiva e indicata, sulla base di conoscenze basate sull'evidenza circa gli interventi efficaci, i fattori protettivi e i fattori di rischio. Tuttavia, mentre la letteratura scientifica e gli esperti sostengono la necessità di sviluppare approcci basati sull'evidenza per i programmi di prevenzione (UNODC 2018b), ci sono poche indicazioni su come integrare le considerazioni di genere nella progettazione (ad esempio, mediatori, meccanismi) e nell'attuazione dei progetti. Saranno necessarie ulteriori ricerche su cosa funziona per quale genere (UNODC 2017a).

Prevenzione delle droghe e genere: cosa dice la letteratura?

Prevenzione basata sull'evidenza

I programmi di prevenzione dovrebbero basarsi su prove di efficacia nella prevenzione delle dipendenze tra le ragazze, i ragazzi e i giovani non binari, tenendo conto dei loro bisogni specifici e senza (ri)produrre modelli discriminatori. La letteratura scientifica indica che i meccanismi psicosociali e le abilità cognitive sono più efficaci nel prevenire, ridurre o aiutare a controllare il consumo di alcol, tabacco e altre droghe tra i giovani (cfr. Box 2). Il rafforzamento di questi meccanismi psicosociali e delle abilità cognitive consente ai giovani di resistere alle pressioni sociali e agli incentivi al consumo di droga. Il più delle volte vengono testati in programmi scolastici, poiché la scuola è il principale ambiente sociale in cui i giovani, indipendentemente dal sesso, sperimentano le interazioni tra pari.

Box 2. Buone pratiche di prevenzione delle droghe

Nel campo della prevenzione universale o selettiva delle droghe, alcuni approcci psicosociali si sono dimostrati efficaci nel ridurre il consumo di sostanze. In generale, questi approcci preventivi lavorano sui meccanismi di influenza sociale, attraverso la modifica di alcuni meccanismi di pressione sociale o, al contrario, facendo leva su altri fattori psicologici e su abilità cognitive come l'autoaffermazione, le capacità comunicative e le abilità di problem solving. (OEDT 2019b; UNODC 2013b, 2017a, 2018b). I programmi di prevenzione basati sull'influenza sociale si rivolgono innanzitutto alle credenze, alle idee sbagliate e alle dinamiche che possono portare gli individui a fare uso di droghe. Consentono ai partecipanti di sviluppare capacità di resilienza e resistenza e di esercitarle attraverso metodi interattivi. L'intervento mirato su più comportamenti a rischio nell'ambito di interventi universali a scuola può essere efficace per prevenire il fumo, l'uso di alcol, l'uso di droghe illecite e i comportamenti antisociali. Ci sono prove limitate sui benefici di tale approccio a livello familiare o individuale (MacArthur et al. 2018). È stato dimostrato che i programmi di prevenzione rivolti ai giovani ad alto rischio, vulnerabili e svantaggiati sono più efficaci nel prevenire, ritardare o ridurre l'uso di sostanze quando vengono attuati in contesti sia comunitari che scolastici (Jones et al. 2006). Negli ambienti in cui si beve, la prevenzione ha maggiori probabilità di ridurre il consumo di alcol da parte dei minorenni, le aggressioni, gli incidenti stradali e il consumo di alcol quando combina la formazione, compresa quella per l'educazione ad un consumo responsabile, e l'applicazione delle licenze e dei limiti di età per l'acquisto di alcol (Jones et al. 2011).

Per le persone nelle prime fasi del consumo di droga, il colloquio motivazionale (MI) è riconosciuto come un metodo promettente per prevenire l'uso di sostanze, in quanto vi sono ora prove consistenti del suo ruolo nella costruzione della resilienza (Foxcroft et al. 2014; Lindson et al. 2019; Smedslund et al. 2011). Allo stesso modo, è stato dimostrato che il tutoraggio (vedi Glossario) è più efficace di qualsiasi intervento (Thomas, Lorenzetti e Spragins 2011). Per ulteriori informazioni, consultare il portale delle migliori pratiche dell'OEDT (disponibile all'indirizzo www.emcdda.europa.eu/best-practice, consultato il 31 gennaio 2022).

Le valutazioni dei programmi di prevenzione evidenziano in genere differenze nei risultati tra ragazzi e ragazze. Tuttavia, la procedura dell'intervento di solito non è abbastanza dettagliata da mostrare quali componenti o dimensioni implementate hanno generato risultati positivi in quali gruppi di genere (cioè, cosa funziona per chi?). Alla luce di ciò, si raccomanda di integrare una prospettiva di genere nei programmi di prevenzione scolastica fin dall'inizio, in modo da poter valutare in un secondo tempo i risultati di queste "misure sensibili al genere".

Fattori protettivi e di rischio

I dati sui fattori protettivi e di rischio e sulle motivazioni di genere per il consumo di droga forniscono spunti per concettualizzare programmi sensibili al genere nella prevenzione universale delle droghe (UNODC 2017a, 2018b). Aiutano a capire perché certi approcci sono probabilmente più efficaci per un determinato genere e come rendere i programmi più sensibili al genere.

Va notato che le ragazze e i ragazzi condividono molti fattori di rischio e di protezione per il consumo di droga. I fattori legati ai legami familiari, all'educazione dei figli e alle relazioni pro-sociali con i coetanei sono protettivi sia per le ragazze che per i ragazzi. Una bassa autostima, un ambiente familiare o scolastico difficile o permissivo e la presenza di coetanei (amici) antisociali o trasgressivi sono fattori di rischio per il consumo di alcol e cannabis tra tutti gli adolescenti (Bränström, Sjöström e Andréasson 2008). Tuttavia, le differenze di genere si evidenziano anche nei fattori che spingono o ostacolano il consumo di droga. Il Box 3 riassume i risultati relativi ai principali fattori protettivi nei confronti del consumo di droga identificati per le ragazze. I fattori familiari sono particolarmente importanti.

Le esperienze negative nell'infanzia sono fattori di rischio molto significativi che prefigurano problemi di salute in età adulta e aumentano il rischio di consumo di tabacco e di sostanze negli studenti, e possono riguardare un numero significativamente maggiore di ragazzi rispetto alle ragazze (Raleva e Ignjatova 2016). D'altra parte, una cattiva gestione dello stress e i disturbi alimentari sono correlati anche al consumo problematico di droga tra le ragazze. L'esperienza traumatica, soprattutto quando è correlata all'abuso sessuale o alla violenza domestica, è altamente predittiva di dipendenze tra le donne e le ragazze, come abbiamo sostenuto nel Capitolo 1 (OEDT 2015; Evans-Lacko et al. 2018; Harrop e Marlatt 2010; Tirado-Muñoz et al. 2018).

In un approccio di parità di genere, la prevenzione delle dipendenze non deve basarsi su fattori che favoriscono una situazione di oppressione o di discriminazione di qualsiasi genere, in particolare delle ragazze, delle donne e delle persone non binarie.

Box 3. Principali fattori protettivi contro il consumo di droga identificati per le ragazze a livello individuale, familiare e sociale

Livello individuale :

- ▶ un'immagine positiva di sé e del proprio corpo (Elliot et al. 2008);
- ▶ assertività, capacità di risolvere i problemi e resilienza (Norman 1997; Turner, Norman e Zunz 1995);
- ▶ impegno a scuola e un solido curriculum accademico (Griffin et al.

2000; Hawkins, Catalano e Miller 1992);

- ▶ un atteggiamento positivo verso le regole e le restrizioni sull'uso di sostanze (Bränström, Sjöström e Andréasson 2008).

Livello familiare :

- ▶ un attaccamento o una forte relazione con i genitori (Bonevski, Ignjatova e Naumovska 2016; Griffin et al. 2000; Hawkins, Catalano e Miller 1992) e un attaccamento ad almeno un adulto fidato a cui fare riferimento;
- ▶ conoscenza da parte delle madri degli spostamenti, delle attività e delle amicizie delle figlie (Schinke, Fang e Cole 2008);
- ▶ la capacità di ascolto e la disponibilità delle madri ad essere interpellate (ibidem);
- ▶ le madri lavorano, i padri hanno un alto livello di istruzione, hanno responsabilità all'interno della famiglia (Norman 1997; Turner, Norman e Zunz 1995);
- ▶ il controllo dei genitori sugli orari e sulle relazioni del figlio (ad esempio il coprifuoco) (Bränström, Sjöström e Andréasson 2008);
- ▶ regole familiari contro l'uso di alcol e altre droghe

Livello sociale :

- ▶ crescere tra coetanei che non fanno uso di sostanze psicoattive (ibid.);
- ▶ avere coetanei pro-sociali che sostengono il rispetto delle regole e delle raccomandazioni sulla salute (ibidem);
- ▶ avere rapporti con adulti che si occupano di loro al di fuori della famiglia (Norman 1997; Turner, Norman e Zunz 1995);
- ▶ popolarità con i coetanei, esperienze positive nella scuola superiore e partecipazione ad attività sportive (Norman 1997; Turner, Norman e Zunz 1995).

Alcuni studi hanno presentato come protettive le forme tradizionali di educazione basate su una visione restrittiva dei ruoli e degli atteggiamenti delle donne (Rohrbach e Milam 2006) e la partecipazione ad attività religiose (Griffin et al. 2000; Hawkins, Catalano e Miller 1992). In una certa misura, questi fattori possono essere piuttosto oppressivi e gli operatori della prevenzione possono prendere in considerazione la promozione di altri fattori di regolazione familiare o sociale.

Fonte: Liquori O'Neil e Lucas 2015; UNODC 2017a.

Modelli normativi di utilizzo

Esistono molti punti in comune tra ragazze e ragazzi per quanto riguarda le motivazioni che li spingono a fare uso o a iniziare a fare uso di droghe. Per tutti loro, la pressione sociale è un fattore determinante. La socialità e gli aspetti relazionali sono le variabili che dominano le narrazioni delle "prime volte": innescano l'iniziazione alle droghe e fungono da catalizzatori. (Obradovic 2017, 2019). Tuttavia, generi diversi possono esprimere motivazioni specifiche nei confronti di sostanze lecite o illecite. Ad esempio, uno studio condotto su adolescenti francesi ha rilevato che le ragazze sono più propense a privilegiare dinamiche intime di accettazione e convalida reciproca con i loro "migliori amici", per consolidare un'alleanza, soprattutto per la prima sigaretta; i ragazzi sembrano più propensi a sperimentare sensazioni di gruppo, spesso con anziani e mentori, aspirando al riconoscimento sociale (ibid.).

Negli spazi ricreativi e sociali, alle donne viene chiesto di fare uso di alcol e droghe come ci si aspetta in questi contesti, ma al contempo si richiede loro che si assumano la responsabilità della loro sicurezza personale, ad esempio mostrando più cura di sé, autoregolazione e comportamenti protettivi (Balasch et al. 2018; Pires et al. 2018). Devono inoltre far fronte a prescrizioni sociali per mantenere un'immagine tradizionale di temperanza (per mantenere la loro "reputazione") in tutte le cose, compresa la sessualità (Sell et al. 2018). Gli uomini sperimentano più episodi di intossicazione grave, overdose, incidenti e violenza interpersonale, mentre le donne riportano più esperienze di violenza sessuale (Balasch et al. 2018; Palamar e Griffin 2020), oltre che di violenza domestica, fisica ed emotiva. Studi recenti dimostrano che le persone non binarie sono ad alto rischio di fare uso di droghe e di subire effetti negativi, oltre ad avere un rischio maggiore di subire violenza (vedi cap. 1).

Raccomandazioni di buone pratiche sensibili al genere per la prevenzione delle dipendenze

È possibile proporre una serie ragionevole di raccomandazioni, basandosi su elementi efficaci o comunque promettenti, per lo più evidenziati nei programmi gender-blind, e combinandoli con componenti congruenti con i fattori protettivi o di rischio identificati nelle ragazze e nei giovani non-binari.

La sensibilità di genere non consiste semplicemente nel rivolgersi a un particolare sesso, stato biologico o ruolo (come la gravidanza o la maternità), ad esempio rivolgendosi separatamente ai ragazzi/uomini e alle ragazze/donne o rispettando le quote di genere nella realizzazione dei programmi. I programmi di prevenzione sensibili alle differenze di genere dovrebbero considerare la vulnerabilità specifiche e l'impatto della socializzazione in relazione al genere nell'aumento di tali vulnerabilità fin dall'infanzia e dalla prima adolescenza. Dovrebbero quindi esaminare: (1) le norme sociali relative al genere e al consumo di droga in un determinato contesto culturale; (2) le interazioni sociali tra i sessi. Dovrebbero esplorare come queste dimensioni psicosociali possano influenzare il consumo di droga, al fine di costruire la resilienza. Sono necessari ulteriori sforzi per comprendere la particolare vulnerabilità e le esigenze delle persone transgender, indipendentemente dal loro genere, per quanto riguarda i problemi di droga.

La natura neutrale degli attuali programmi di prevenzione delle dipendenze può riflettere barriere pratiche e punti di vista teorici, ed è essenziale valutare le prime. Ad esempio, l'inclusione di contenuti adattati al genere o la separazione delle sessioni in base al genere nei programmi di prevenzione può comportare tempi e costi aggiuntivi trascurabili rispetto ai programmi senza visione di genere. Tuttavia, queste condizioni organizzative, di bilancio o di tempo possono rappresentare dei vincoli molto forti per alcuni contesti di erogazione, come le scuole. La logica di contenuti o sessioni separate per adattare la prevenzione alle considerazioni di genere può sembrare in contraddizione con le raccomandazioni basate sull'evidenza che richiedono situazioni sociali realistiche che spesso coinvolgono membri di sesso diverso. Lo sviluppo di competenze personali e psicosociali, la costruzione di rappresentazioni sociali, la confutazione di idee acquisite (educazione alla normalità) e il potenziamento delle capacità di gestione (contro le offerte di droga e la pressione dei pari) dipendono dall'influenza di entrambi i generi. Inoltre, le questioni di genere alimentano un dibattito controverso che rischia di creare un clima sfavorevole allo sviluppo di un'azione di prevenzione delle droghe (UNODC 2018b).

Prevenzione universale: prevenire il consumo, incoraggiare i valori di genere.

La prevenzione universale si rivolge principalmente ai giovani che sono cittadini in via di formazione. Oggi, il riconoscimento della diversità di genere fa parte della lotta dei giovani per difendere i propri diritti nei contesti educativi, professionali, sociali e sanitari. È importante renderli consapevoli delle norme di genere che sono alla base della disuguaglianza sociale e, nel caso delle sostanze psicoattive, che possono essere state interiorizzate durante la loro educazione. È importante adottare un approccio calibrato per non stigmatizzare alcun genere, né provocare un rifiuto a causa di norme e disuguaglianze generate principalmente dalle generazioni adulte precedenti.

I programmi di prevenzione della tossicodipendenza traggono vantaggio dall'integrazione di uno o più dei seguenti approcci psicosociali o cognitivi, in particolare per le ragazze (Liquori O'Neil e Lucas 2015):

- ▶ sfatare le idee sbagliate su ciò che costituisce il consumo "normale" di droga, ad esempio sfatare la convinzione diffusa, soprattutto tra i giovani, che "tutti si drogano" o che "l'uso di sostanze è un affare da ragazzi", fornendo una stima accurata della prevalenza del consumo di droga tra tutti i generi. Questo lavoro sulle "credenze normative" mira a ridurre l'accettabilità delle droghe (Blake et al. 2001; Kumpfer, Smith e Summerhays 2008). Offre l'opportunità di discutere e comprendere il ruolo di alcol, tabacco e droghe nel plasmare la socializzazione e le relazioni;

- ▶ aiutare a resistere alla pressione dei coetanei e a eludere l'influenza dei coetanei "antisociali" i cui atteggiamenti sono incompatibili con le scelte salutari (ibid.; ibid.). I programmi sensibili alle questioni di genere devono affrontare le situazioni che coinvolgono le dinamiche e le relazioni di potere basate sul genere e la loro influenza sull'insorgenza o sull'escalation del consumo di sostanze;

- ▶ rafforzare l'assertività (la capacità di esprimersi e difendere le proprie scelte e i propri diritti senza danneggiare gli altri) e le capacità di comunicazione;

► incoraggiare l'autostima. Alcune ragazze subiscono un calo di autostima e una parziale perdita della loro "voce al tavolo" a causa di una condizione sociale che tende a limitare la loro libera espressione per preservare le relazioni sociali (McLean Taylor, Gilligan e Sullivan 1997; Spira, Grossman e Wolff-Bensdorf 2002);

► consentire ai giovani di identificare le situazioni a rischio e sviluppare capacità di coping, ossia aiutarli a ridurre le tensioni interpersonali, a gestire i conflitti e ad affrontare lo stress;

► includere componenti della famiglia e della comunità. I programmi con componenti familiari e comunitarie sono particolarmente promettenti se sottolineano l'importanza dell'ascolto, dei legami familiari e dei rituali di protezione e chiariscono l'influenza dei coetanei e dei gruppi sociali. Chiariscono inoltre l'importanza di regole chiare su "ciò che non è permesso" e di comportamenti e atteggiamenti esemplari dei genitori nei confronti delle sostanze psicoattive (Liquori O'Neil e Lucas 2015). Informano i genitori sui fattori di rischio del consumo di droga e cercano di rafforzare le capacità di comunicazione, di gestione dei conflitti e di autoefficacia dei ragazzi, tra le altre cose.

Diverse componenti sensibili al genere meritano di essere sviluppate attraverso i metodi psicosociali e di rafforzamento delle competenze sopra menzionati:

► discutere riguardo alle norme di mascolinità e femminilità e alla loro fluidità e permeabilità (cosa significa essere un uomo, una donna, nessuno dei due o entrambi nelle società occidentali?) al fine di affrontare il modo in cui queste norme di genere possono portare o mantenere i modelli di consumo di droga, l'assunzione di rischi associati e la perpetrazione di violenza, compresa la violenza domestica e sessuale (Martínez-Redondo e Luján-Acevedo 2020);

► discutere di come le norme di genere possano dissuadere una persona dal cercare l'aiuto di cui ha bisogno per i problemi di droga e considerare i modi per prevenire tali barriere e insidie;

► Promuovere la solidarietà tra le generazioni e rendere i giovani consapevoli della loro corresponsabilità e del loro ruolo chiave nel mantenere i loro coetanei al sicuro, nel rispetto dell'uguaglianza di genere: i problemi di gravidanza e violenza non riguardano solo le ragazze;

► consentire ai partecipanti di discutere di droga e questioni di genere in piccoli gruppi che facilitino l'espressione e lo scambio informale;

► consentire ai partecipanti di discutere di temi delicati - ad esempio le

"Tutor per l'orientamento e la prevenzione" (TOP, Italia) aiuta i ragazzi e le ragazze a discutere le dinamiche di genere e la loro interazione con l'uso di droghe, in uno spazio dove possono esprimersi liberamente, con l'aiuto di facilitatori.

Gli spazi sicuri e non giudicanti creati dai facilitatori promuovono l'assertività, soprattutto tra coloro che sono socialmente più condizionati all'espressione di sé, ovvero le ragazze.

Il programma TOP propone programmi di orientamento capaci di lavorare con i giovani senza esprimere giudizi relativi al genere. Vengono discusse le difficoltà che le ragazze o i ragazzi possono avere nel parlare dei loro problemi di droga.

Può essere prevista una sessione in tre fasi. In primo luogo, ragazze e ragazzi discutono separatamente il ruolo dell'uso di sostanze nelle

droghe e l'immagine del corpo, la pubertà, la sessualità, la gravidanza e il rischio di abusi sessuali - senza la presenza di persone di sesso opposto. Le ragazze preferiscono che il facilitatore (operatore della prevenzione) sia di sesso femminile e che condivida le proprie esperienze personali (Sumnall et al. 2006). Se si organizzano sessioni specifiche per genere, è importante combinarle con sessioni miste che riflettano meglio le condizioni di vita reale.

interazioni tra i sessi; in secondo luogo, si riuniscono e discutono le conclusioni di ciascun gruppo; in terzo luogo, tutti cercano di raggiungere un consenso su regole protettive collettive e inclusive riguardanti l'uso di sostanze.

Prevenzione selettiva: rivolgersi ai soggetti a rischio, affrontando le specificità di genere.

Le strategie di prevenzione selettiva si rivolgono a sottoinsiemi della popolazione totale ritenuti a rischio di consumo di sostanze (tabacco, alcol, droghe illecite e NMUPD). Per quanto riguarda i bambini (compresi gli adolescenti), la prevenzione selettiva può essere rivolta ai bambini che vivono in situazioni di emarginazione e povertà, ai bambini con genitori con problemi di dipendenza, ai bambini senza istruzione o fuori dalla scuola, ai bambini maltrattati o trascurati, ai bambini che vivono in aree di conflitto o post-conflitto, ai bambini che hanno subito traumi, bambini con problemi di salute mentale o fisica, bambini nel sistema di protezione dell'infanzia in orfanotrofi pubblici o privati, bambini che vivono e lavorano per strada, bambini coinvolti nei servizi della giustizia minorile e tutti i bambini che non hanno le reti di supporto necessarie per astenersi dall'uso di sostanze.

Nonostante la mancanza di evidenze solide, si può ipotizzare che gli approcci psicosociali che si sono dimostrati efficaci per la prevenzione universale abbiano un potenziale anche per i gruppi a maggior rischio di consumo di sostanze. Pertanto, nel contesto della prevenzione selettiva (rivolta ai gruppi a rischio), è interessante basarsi su questi approcci psicosociali convalidati e affrontare aspetti in linea con le rappresentazioni e l'assunzione di rischi dei gruppi target, comprese le questioni di genere. È quindi importante che gli interventi di prevenzione selettiva affrontino più direttamente i rischi e i danni sociali e sanitari associati all'uso di sostanze e, in particolare, come questi siano influenzati dalle norme e dalle considerazioni di genere.

Su questa base, i seguenti elementi potrebbero essere presi in considerazione per una prevenzione dell'uso di sostanze sensibile al genere

- ▶ affrontare le norme di mascolinità e il loro ruolo nei comportamenti di consumo di sostanze, nell'assunzione di rischi e nei comportamenti antisociali, come la violenza, compresa quella di genere, perché il conformarsi alle norme di mascolinità è dimostrato come predittivo del forte consumo di alcolici tra gli uomini (Iwamoto et al. 2011) e della perpetrazione di violenza di genere (Martínez-Redondo e Luján-Acevedo 2020);
- ▶ affrontare i modi in cui l'uso di sostanze può stimolare

Il programma Ponto Lilás (Portogallo) svolge attività di sensibilizzazione nei principali festival per prevenire e combattere la violenza sessuale e di genere, in particolare in relazione a droghe e alcol.

amplificare i comportamenti di dominio egemonico in alcuni uomini, al fine di denormalizzare quegli atteggiamenti che promuovono lo stupro, e per confutare i miti ad esso collegati, come le convinzioni che spostano la responsabilità dal perpetratore dello stupro alla vittima - e tendono

Il progetto sensibilizza sulla violenza di genere, sull'uso sicuro di alcol e droghe e sulla riduzione dei rischi. Il programma incoraggia gli spettatori a reagire alle situazioni di crisi legate alla violenza di genere e affronta i rischi associati all'uso di droghe e alcol e alla maggiore vulnerabilità sociale.

- ▶ a colpevolizzare la vittima per le aggressioni sessuali facilitate dall'uso di droga (si veda anche il glossario), poiché l'adesione ai miti dello stupro e le convinzioni che lo stupro sia pervasivo, a causa degli atteggiamenti della società sul genere e sulla sessualità (cultura dello stupro, vedi glossario) possono essere predittivi della violenza sessuale negli ambiti della vita notturna (Hayes, Abbott e Cook 2016); LeMaire, Oswald e Russell 2016; Tinkler, Becker e Clayton 2018; Wegner et al. 2015);
- ▶ Organizzare un lavoro di prossimità (squadre mobili) per "raggiungere" le persone nel loro ambiente sociale abituale o nei luoghi di svago;
- ▶ Coinvolgere gli astanti nello sviluppo di programmi di prevenzione selettiva tra pari, soprattutto per i programmi attuati in contesti ricreativi. Gli astanti possono avere un ruolo attivo nell'individuare, prevenire e interrompere la violenza, in particolare quella sessuale nei contesti di consumo di sostanze (Ham et al. 2019; Jouriles et al. 2018; Leone et al. 2018). Gli astanti possono provenire dalla società civile o essere membri delle comunità destinatarie degli interventi di prevenzione. La loro partecipazione a questi programmi di prevenzione richiede una solida formazione.

Prevenzione indicata: lavoro precoce sui punti di forza e di debolezza personali.

Gli interventi indicati si rivolgono alle persone che manifestano i primi segni di consumo di droga e mirano a prevenirne l'escalation affrontando i fattori di rischio individuali e rafforzando le loro risorse personali. Le ricerche evidenziano che, tra le persone affette da disturbi da uso di sostanze, le donne sono particolarmente colpite dalle conseguenze negative. Nella loro storia di vita, le circostanze determinanti e i fattori di rischio intimi sono spesso identificabili fin dall'adolescenza, come l'aver subito violenza da parte di membri della famiglia o di partner affettivi o sessuali. Le risposte individuali sono le più appropriate per affrontare questi fattori di rischio per il consumo problematico di droga.

Nel contesto della prevenzione indicata, queste risposte sono sviluppate per le persone, soprattutto i giovani, che mostrano i primi preoccupanti segni di consumo di droga, ma che possono aver già avuto esperienze negative o traumi. Si tratta principalmente di risposte psicologiche, counseling, mentoring e colloquio motivazionale (MI), e talvolta di psicoterapia borderline (vedi glossario). Per alcuni aspetti, l'adattamento degli interventi di prevenzione indicati per essere più sensibili al genere si ispira ad alcuni degli approcci raccomandati alle équipes di trattamento delle dipendenze, quando si tratta di:

- ▶ adottare un approccio trauma-informed;
- ▶ costruire la resilienza ;
- ▶ utilizzare il lavoro di prossimità (squadre mobili) e/o un approccio a bassa soglia per "raggiungere" le persone a bassa mobilità o che accedono ai servizi di supporto in modo limitato a causa del timore dello stigma.

In generale, gli interventi utilizzano la MI, un approccio centrato sulla persona che consente al cliente di identificare e potenziare le risorse personali per ottenere un cambiamento positivo e salutare (vedi glossario). L'approccio trauma-informed e quello basato sul costruire la resilienza sono compatibili con la MI, ma per le persone che hanno dovuto affrontare esperienze traumatiche può essere preso in considerazione il ricorso a servizi psicologici.

È necessario sviluppare servizi e interventi più appropriati per le persone transgender di tutti i generi che fanno uso di droghe, soprattutto per i giovani, in grado di rispondere alle loro particolari esigenze in relazione al consumo di sostanze e all'identità di genere. Questi servizi dovrebbero affrontare sia le barriere psicologiche incontrate dalle persone trans (paura della stigmatizzazione) sia i potenziali problemi relativi a

barriere pratiche (distanza geografica dai servizi di supporto). Alla luce di queste considerazioni, le raccomandazioni per gli operatori della prevenzione indicati sono le seguenti:

- ▶ promuovere programmi di prevenzione specifici per le persone trans che fanno uso di sostanze psicoattive;
- ▶ includere personale con una formazione specifica sui problemi particolari delle persone transgender;
- ▶ creare un ambiente rispettoso e capace di dare supporto in cui le persone trans possano parlare apertamente del loro consumo di droga e della loro relazione con problemi specifici legati alla loro identità di genere (ad esempio, ansia sociale, difficoltà nell'intimità romantica e sessuale, salute mentale, disforia di genere) (Valentine e Maund 2016);
- ▶ offrire la possibilità di un teleconsulto per le persone geograficamente distanti, con mezzi di trasporto limitati o che sarebbero più rassicurate da questo tipo di supporto, almeno finché non si stabilisce un rapporto di fiducia.

Il programma "I want to know" (Macedonia del Nord) consiste in servizi di prevenzione e consulenza per i giovani che rischiano di fare uso di droghe o che ne fanno attualmente uso. È sensibile al genere e non binario.

Il programma lavora sulla motivazione al cambiamento, sull'assertività, sulla gestione dello stress e sul processo decisionale. Le ragazze che iniziano a fare uso di droghe dopo un'aggressione vengono seguite individualmente. In caso di auto-abuso, viene organizzato il rinvio alle istituzioni sanitarie pubbliche. Gli psichiatri che offrono servizi di prevenzione delle tossicodipendenze online e offline alle persone non binarie hanno una formazione specifica e consultano costantemente una ONG di persone non binarie.

Sono necessarie ulteriori ricerche sulla prevenzione delle droghe

Non sono ancora stati sviluppati programmi universali di prevenzione delle droghe sensibili alle differenze di genere. La dimensione di genere deve essere integrata nella progettazione e nell'attuazione di tali programmi, in modo da poter documentare adeguatamente l'efficacia delle loro componenti e i risultati specifici di genere. È necessaria una valutazione di tutti i programmi sperimentali sviluppati a questo proposito, per garantire che siano efficaci e rispettosi dei diritti delle persone. Ulteriori ricerche e valutazioni sono tanto più necessarie in quanto la mancanza di consapevolezza della rilevanza e del potenziale della prevenzione delle dipendenze sensibile al genere costituisce un ostacolo sostanziale (OEDT 2019b).

La maggior parte dei primi studi sulla vulnerabilità specifica delle ragazze sono stati condotti negli anni 2000, e dopo questo periodo pochi ricercatori hanno affrontato l'argomento e la necessità di adattare la prevenzione alle esigenze e alla sensibilità delle ragazze. Sebbene i risultati in quest'ambito siano ormai un po' datati, offrono un comunque un valido spunto di riflessione data la mancanza di valutazioni di altre esperienze sensibili al genere nella prevenzione delle droghe. Considerato lo stato attuale delle conoscenze, l'integrazione di moduli specifici per le ragazze nei programmi di prevenzione e la loro valutazione sono una questione di buon senso. In generale, ci sono pochi dati sulle persone transgender e ancora meno sulla necessità di adattare il lavoro di prevenzione alle loro esigenze specifiche.

Sono necessarie ulteriori ricerche per aggiornare e confermare le raccomandazioni razionali qui formulate. È necessario un miglior collegamento tra l'azione e la ricerca per valutare le esigenze e le motivazioni specifiche delle ragazze e dei giovani trans di tutti i generi, e per evidenziare gli approcci di prevenzione delle droghe più efficaci per loro. È inoltre necessario prendere in considerazione i nuovi problemi di sociabilità emersi con la rivoluzione culturale di Internet e dei social network (Facebook è stato creato nel 2004, WhatsApp nel 2009, Instagram nel 2010 e Snapchat nel 2011).

La partecipazione dei cittadini alla ricerca è una delle aree di collaborazione in cui si può sviluppare un partenariato vantaggioso e reciproco. Questa collaborazione potrebbe incoraggiare i cittadini a comprendere meglio le questioni scientifiche e aiutare i ricercatori a far progredire la scienza. A sua volta, potrebbe anche motivare i ricercatori ad ascoltare e valorizzare le opinioni dei cittadini, ma anche a coinvolgerli nelle ricerche future (Gjoneska et al. 2021).

Integrare la sensibilità di genere nella ricerca sulle droghe e nella valutazione delle politiche è essenziale per rafforzare risposte pertinenti e basate su dati concreti, nonché per promuovere il benessere di tutti i cittadini e difendere i loro diritti inalienabili all'equità. Se l'analisi del consumo delle droghe e del trattamento di cura riuscirà a integrare le considerazioni di genere e la loro dimensione sociale, contribuirà a migliorare le risposte per tutti coloro che ne hanno bisogno, in particolare le donne e le persone transgender, indipendentemente dal loro sesso, che incontrano maggiori difficoltà nell'accedere a un'assistenza adeguata e inclusiva.

Sistema di giustizia penale

In tutto il mondo, quasi 11 milioni di persone sono detenute in carceri o altre strutture chiuse (Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b). La popolazione femminile globale è stata stimata in 741.000 unità nel 2020 ed è in crescita (ibid.). In

Europa, a gennaio 2019, 41.114 donne erano detenute in 27 Stati membri dell'UE, Norvegia, Turchia e Regno Unito, il che rappresenta circa il 5% della popolazione carceraria europea totale (OEDT 2021b).

Donne che fanno uso di droghe e sistema penale: cosa dice la letteratura?

Le donne detenute sono una parte minoritaria della popolazione carceraria, con vulnerabilità uniche e percorsi distinti verso il crimine e le modalità di contatto con il sistema di giustizia penale (Van Hout et al. 2021). Molte sono colpite in modo sproporzionato da un basso status socio-economico, traumi, violenza interpersonale e malattie mentali, e appartengono a minoranze razziali o etniche (Ervin et al. 2020; Jones 2020; Karlsson e Zielinski 2020; Lenihan 2020; Lynch, Fritch e Heath 2012; Penal Reform International 2021; Penal Reform International e Human Rights Education Associates 2017; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b; Tripodi e Pettus-Davis 2013; UNODC 2008; Wolff, Blitz e Shi 2007). Le donne sono generalmente detenute per reati meno gravi e non violenti, spesso fortemente sospinti dalla povertà ("reati di sopravvivenza") e da reati legati alla droga (non tutte fanno necessariamente uso di droga) (Penal Reform International 2021; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b; van den Bergh, Plugge e Aguirre 2014; Wattanaporn e Holtfreter 2014).

Sebbene rappresentino solo una minoranza dei detenuti nel mondo, la percentuale di donne imprigionate per reati legati alla droga supera di gran lunga quella degli uomini. I fattori chiave alla base di questo dato, il fatto che il diritto penale prenda di mira i comportamenti sessuali e disponga risposte punitive nei confronti delle donne con disturbi da uso di sostanze o coinvolte in reati minori di droga. L'intersezione tra genere, povertà, consumo di droga e lavoro sessuale è ben documentata nella letteratura mondiale, con diversi gruppi di donne particolarmente vulnerabili arrestati o detenuti per reati legati alla droga. Tra queste, le madri single o incinte che vivono in povertà e/o senza fissa dimora, le vittime di coercizione e violenza di genere, le sex workers, le donne vittime di tratta o migranti, prive di documenti o di nazionalità, le minoranze sessuali e le donne transgender, nonché le donne con disturbi psichiatrici o di apprendimento complessi in co-morbilità (Bronson et al. 2017; Meyer et al. 2017; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b; Tripodi e Pettus-Davis 2013; UNODC 2008; Van Hout et al. 2021).

In Europa, la prevalenza del consumo di droga prima dell'incarcerazione e i modelli di consumo di droga sono significativi tra le donne incarcerate (Fazel, Yoon e Hayes 2017; van de Baan et al. 2021). I modelli di consumo di droghe tra le donne nelle carceri europee sono simili a quelli riportati dagli uomini, con la maggioranza che riferisce di aver fatto uso nel corso della vita di cannabinoidi e di eroina (dal 19% in Spagna al 49% in Lettonia), cocaina (dal 21% in Lituania e Repubblica Ceca al 41% in Lettonia) e anfetamine (dal 17% in

"La Regola 61 di Bangkok prevede che i tribunali considerino i fattori attenuanti quando giudicano le donne venute in contatto con la legge, notando in particolare l'assenza di precedenti penali, la relativa non gravità e la natura del reato, le responsabilità familiari e il background tipico.

Portogallo al 64% in Slovenia) (dati del Questionario europeo sul consumo di droga tra i detenuti del 2019 (OEDT 2021b)). Rispetto agli uomini detenuti, tra le donne si riscontrano tassi più elevati di malattie trasmissibili come l'HIV/AIDS, l'epatite B, l'epatite C e la sifilide, direttamente correlate ai comportamenti a rischio legati alle droghe e al sesso (ad esempio, uso di droghe per via parenterale, lavoro sessuale) (ibidem). Le donne hanno anche molte più probabilità di andare in overdose entro una settimana dal rilascio dal carcere (Crowley e Van Hout 2016).

Quadri giuridici neutrali dal punto di vista del genere

Le Regole di Bangkok (Segretariato ONU 2010) sono principi di soft law che pongono le basi per un maggiore impegno a sostegno delle donne detenute (Barbarett, Jackson e Jay 2017; Huber 2016; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b). Sono state sviluppate per supportare e integrare, ove appropriato, le Regole minime standard per il

trattamento dei detenuti del 1955 (Nazioni Unite 1955), i Principi fondamentali per il trattamento dei detenuti del 1991 (Assemblea generale delle Nazioni Unite 1991a), le Regole minime standard per le misure non detentive delle Nazioni Unite (Regole di Tokyo) (Assemblea generale delle Nazioni Unite 1991b) e le Regole minime standard per il trattamento dei detenuti delle Nazioni Unite aggiornate nel 2016 (Regole Nelson Mandela) (Assemblea generale delle Nazioni Unite 2016). Studi recenti hanno evidenziato che, nonostante l'aumento globale del numero di donne in carcere, il sistema di giustizia penale e le sue istituzioni rimangono in gran parte concepiti per la popolazione maschile dominante e le Regole di Bangkok sono attuate in modo frammentario (Lenihan 2020; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b; Van Hout et al. 2021).

Sebbene siano essenzialmente motivate dalle tensioni intrinseche ai diritti umani delle donne, "protezione contro protezionismo" (Barzano 2013), le Regole di Bangkok non sono sufficientemente ampie per quanto riguarda la diversità di genere nella loro adozione di una posizione cis-normativa (OHCHR 2016; Van Hout e Crowley 2021).

I pareri espressi dalle istituzioni internazionali sulle risposte di genere alle particolari esigenze delle donne in carcere continuano a sottolineare l'urgente necessità di dare priorità alle misure non detentive per le donne in contatto con la legge (UNODC e OMS 2020). Molti Paesi, tuttavia, mantengono un quadro giuridico completo, punitivo e non sensibile al genere per l'arresto, il perseguimento e la condanna degli autori di una serie di reati legati alla droga (Penal Reform International, Linklaters LLP e International

L'articolo 62 richiede la "creazione di programmi di trattamento delle dipendenze sensibili al genere, trauma-informed e dedicati alle sole donne" per il deferimento e la condanna alternativa per reati legati alla droga. La regola 64 incoraggia specificamente l'uso di pene non detentive per le donne incinte e per le donne con figli a carico.

Le Regole minime standard delle Nazioni Unite per le misure non detentive (Regole di Tokyo) impegnano i governi a ridurre l'uso non necessario della detenzione attraverso misure non detentive e prevedono che la detenzione preventiva sia una misura di ultima istanza.

L'articolo 3 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo prevede che l'interesse superiore del bambino sia una considerazione primaria in tutte le azioni o decisioni che lo riguardano, comprese quelle relative alla detenzione della madre.

Fonte: Penal Reform International et al. 2020.

Drug Policy Consortium 2020). Le Regole di Bangkok stabiliscono che:

[Le donne che commettono reati non dovrebbero essere separate dalle loro famiglie e comunità senza tenere in debito conto il loro background e i loro legami familiari. Metodi alternativi di trattamento delle donne che commettono reati, come misure di diversione e alternative pre-processuali e alla condanna, devono essere attuati ogni volta che sia appropriato e possibile.

Le convenzioni internazionali sul controllo delle droghe consentono esplicitamente misure non detentive, come il trattamento e gli interventi educativi, in alternativa alla detenzione o alla pena per i reati legati al consumo personale di droga e per tutti gli altri reati pertinenti in "casi appropriati di natura minore" (UNODC 2013a:135). Gli standard internazionali esortano i governi a consentire ai tribunali di prendere in considerazione, durante i procedimenti giudiziari e le condanne, le richieste di autodifesa delle donne sopravvissute alla violenza e il loro ruolo generalmente minoritario così come essere oggetto di sfruttamento per quello che riguarda il traffico di droga.

Il piano in 10 punti di Penal Reform International: politiche sulle droghe sensibili al genere per le donne

1. Depenalizzare l'uso e il possesso di droghe per uso personale.
2. Usare la custodia cautelare solo come ultima risorsa.
3. Eliminare le pene minime obbligatorie per i reati di droga.
4. Abolire la pena di morte per i reati legati alla droga.
5. Stabilire e applicare circostanze attenuanti sensibili al genere nella legislazione che regola l'azione penale e la condanna delle donne per reati legati alla droga.
6. Aumentare l'uso di alternative al carcere per le donne condannate per reati legati alla droga.
7. Adottare un approccio al consumo e alla dipendenza basato sulla salute e sulla sensibilità di genere.
8. Garantire che le leggi e le politiche sulle droghe tengano conto delle esigenze specifiche delle donne incinte e delle madri.
9. Affrontare l'impatto sproporzionato delle leggi sulla droga sulle donne straniere.
10. Sviluppare una formazione e un dialogo sensibili al genere sulle donne e la politica sulle droghe.

Fonte: Penal Reform International 2016.

Recenti contributi sottolineano che la complessità e l'intersezionalità tra povertà, violenza di genere e responsabilità di cura delle donne che entrano in contatto con la giustizia penale per reati legati alla droga, si riflettono in modo non adeguato nella legislazione o negli orientamenti esistenti in materia di sentenze, e nelle pratiche di condanna inappropriate da parte dei magistrati. (Nougier e Cots Fernández 2021; Penal Reform International, Linklaters LLP e International Drug Policy Consortium 2020). Tra le considerazioni che possono attenuare la colpa o determinare una riduzione della pena per queste donne vi sono la gravidanza, la violenza sessuale e la coercizione a commettere un reato, nonché l'essere un genitore single o una vittima della tratta. A livello globale e in Europa, le donne continuano a essere colpite in modo sproporzionato dalla detenzione preventiva e dalle pene minime obbligatorie, e per coloro che fanno uso di droghe o ne sono dipendenti, mancano una riduzione dei danni e un trattamento basati su prove e sensibili al genere in ambienti ristretti.

In base al principio dell'uguaglianza delle cure, i detenuti hanno lo stesso diritto alla salute di coloro che vivono nella comunità, compreso l'accesso al trattamento delle dipendenze basato sull'evidenza, all'assistenza sanitaria sensibile al genere e alle misure di riduzione del rischio (Regole di Mandela 24-35) (Penal Reform International 2016; UNODC et al. 2012). Il Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne (CEDAW) ha stabilito che la discriminazione contro le donne in detenzione comprende i maltrattamenti che colpiscono in modo sproporzionato le donne, comprese le condizioni di detenzione che non soddisfano le esigenze specifiche delle donne. All'interno del sistema di giustizia penale, dominato dagli uomini, le esigenze sanitarie specifiche delle donne sono spesso trascurate e sottoutilizzate, in particolare per quanto riguarda la salute sessuale e riproduttiva, la salute mentale e il trattamento delle dipendenze (Gadama et al. 2020; Nakitanda et al. 2020; Penal Reform International e Thailand Institute of Justice 2020b; UNODC 2008). Il trattamento delle droghe e i relativi servizi di assistenza (ad esempio per l'HIV e l'epatite C) nelle carceri necessitano di essere rafforzati in molti Paesi europei (OEDT 2021b). Le Regole di Bangkok specificano diversi standard chiave per l'assistenza alle donne in carcere e sono particolarmente rilevanti per quelle detenute per reati legati alla droga.

- ▶ L'incarcerazione delle donne dovrebbe essere sempre l'ultima risorsa. Ogni volta che è possibile, devono essere rese disponibili adeguate alternative non detentive.
- ▶ La visita medica all'ingresso deve comprendere un esame completo per determinare le esigenze di assistenza sanitaria primaria. Dovrebbe inoltre identificare: malattie sessualmente trasmesse o a trasmissione ematica, tra cui l'HIV; bisogni di salute mentale; bisogni di salute riproduttiva; bisogni di salute sessuale e riproduttiva.

L'anamnesi e i relativi problemi di salute; l'esistenza di dipendenze e di abusi sessuali o di altro tipo prima dell'ammissione:

- alle donne detenute devono essere forniti servizi di assistenza sanitaria specifici per genere almeno equivalenti a quelli disponibili nella comunità;

- Alle donne detenute devono essere offerti programmi completi di assistenza e riabilitazione per la salute mentale;
- I programmi di prevenzione e trattamento dell'HIV/AIDS devono essere adattati alle esigenze specifiche delle donne, compresa la prevenzione della trasmissione da madre a figlio;
- Per le donne tossicodipendenti devono essere previsti programmi di trattamento specializzati e sensibili al genere;
- Le strategie e il supporto per prevenire il suicidio e l'autolesionismo tra le donne detenute dovrebbero far parte di una politica globale di assistenza alla salute mentale per le donne detenute;
- le donne detenute devono essere informate e istruite su tutte le misure sanitarie preventive pertinenti.

Nel 2015, la Sottocommissione delle Nazioni Unite per la prevenzione della tortura e di altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti (SPT) ha delineato una serie di preoccupazioni riguardo alla situazione delle donne detenute. Molte di queste sono particolarmente rilevanti per le donne che fanno uso di droghe, tra cui la detenzione delle donne nei centri di trattamento obbligatorio, il rifiuto punitivo della terapia sostitutiva degli oppioidi (OST) che induce l'astinenza durante la detenzione (compresa la detenzione preventiva), l'eccessiva prescrizione di psicofarmaci come misura di controllo da parte delle autorità e la mancanza di altre forme di sostegno alla salute fisica e mentale sensibili al genere per le donne (Giacomello 2020); Hopkins 2017; SANPUD, Metzineres e Harm Reduction International 2019; Šimonović 2019; Van Hout, Fleißner e Stöver 2021).

Raccomandazioni pratiche per gli operatori della giustizia penale

Condanne proporzionate e alternative per i reati di droga

Molti Paesi continuano ad adottare regimi detentivi e non neutri dal punto di vista del genere in diverse fasi del sistema di giustizia penale, con quadri giuridici, politici e amministrativi non orientati ad affrontare in modo appropriato le esperienze particolari, spesso incentrate sulle vittime, delle donne arrestate e detenute per reati di droga. Questi approcci neutrali rispetto al genere possono essere adattati dai responsabili politici e dagli operatori della giustizia penale per prestare maggiore attenzione alle dimensioni vissute specificamente dalle donne, come la violenza di genere, il ruolo di cura e l'intersezione tra ruolo di cura e consumo di droga per le donne. In molti Paesi, è necessario riformare la legislazione e/o le linee guida per le sentenze per garantire che la storia di abuso sia presa in considerazione nei casi rilevanti (UNDAW e UNODC 2008).

In America Latina Le riforme per affrontare il problema dell'eccessivo incarceramento delle donne per reati di droga hanno incluso la tendenza a preferire pene non detentive, l'offerta di riduzioni di pena per i reati di droga di basso livello, l'amnistia e l'applicazione di misure di genere.

Le riforme delle linee guida per le sentenze nel Regno Unito hanno portato a sentenze più proporzionate per i reati di droga, in particolare per le donne vulnerabili impegnate come corrieri della droga. I giudici valutano se la persona accusata del reato di droga ha svolto un ruolo "primario", "significativo" o "minore" nel traffico di droga, e tengono conto delle circostanze di vulnerabilità e delle quantità di droga coinvolte (UNODC 2020a).

HOW TO IMPLEMENT?



From the justice perspective, treatment can be implemented as an alternative to conviction or punishment throughout the criminal justice system from pretrial to trial to the post-sentencing stage.

ADMINISTRATIVE RESPONSE	CRIMINAL JUSTICE RESPONSE		
Pre-arrest Police	Pretrial Police, prosecutor, defence, examining magistrate	Trial/sentencing Judge, probation officers	Post-sentencing Prison director, parole board, minister of justice
Administrative response with information/referral to treatment	Caution with a diversion to education/treatment	Postponement of the sentence with a treatment element	Early release/parole/pardon with a treatment element
	Conditional dismissal/conditional suspension of the prosecution	Deferring the execution of the sentence with a treatment element	
	Conditional bail (alternative to pretrial detention)	Probation/judicial supervision	
		Special courts/docks (e.g., the Drug Treatment Court)	

Fonte: Busse et al. 2018.

Il toolkit dell'UNODC sulle misure non detentive sensibili al genere (UNODC 2020a) fornisce una panoramica degli standard internazionali e regionali e raccomanda ai responsabili politici di integrare le disposizioni delle Regole di Bangkok e delle Regole di Tokyo nelle leggi e nelle prassi nazionali. Il toolkit fornisce una base di orientamento sull'applicazione di misure non detentive per le donne in conflitto con la legge, nonché sull'implementazione sensibile al genere di leggi, politiche e procedure penali. È destinato a giudici e pubblici ministeri, nonché ad altri professionisti della giustizia penale che lavorano con le donne in contatto con il sistema giudiziario penale, come avvocati difensori, funzionari di libertà vigilata e CSO (UNODC 2020a).

LBH Masyarakat in Indonesia fornisce servizi legali gratuiti alle persone che fanno uso di droghe (PWUD), mettendole in grado di diventare para-legali formati e di fornire assistenza legale alla comunità, e per preparare documenti di difesa legale e di supporto come valutazioni psichiatriche o mediche. Action for Justice Indonesia fornisce anche consulenza legale gratuita alle donne in contatto con la legge per reati legati alla droga e le assiste nell'ottenere opzioni di trattamento come alternativa al procedimento penale (UNODC 2020a).

Sostegno nella comunità e in carcere

Date le esigenze particolari e le vulnerabilità uniche delle donne dipendenti, sia che siano in contatto con il sistema di giustizia penale che in carcere, è opportuno migliorare l'offerta e l'accessibilità degli interventi specifici legati alla droga per le donne (sostegno psicologico, formazione all'autostima, terapie sostitutive, scambio di siringhe, prevenzione della overdose) durante l'intero processo giudiziario (Bui e Morash 2010; Sacks, McKendrick e Hamilton 2012; Valencia et al. 2020; van den Bergh, Plugge e Aguirre 2014; Van Hout, Fleißner e Stöver 2021; Zurhold et al. 2011).

Tuttavia, una recente revisione Cochrane ha evidenziato che una serie di interventi (case management collaborativo, terapia dell'accettazione e dell'impegno, trattamento con buprenorfina, sviluppo delle abilità cognitive combinato con un intervento di comunità terapeutica, sviluppo delle abilità cognitive combinato con una terapia standard, sessioni singole di un intervento computerizzato, terapia dialettica comportamentale, programmi di comunità terapeutica con gestione del caso e pianificazione intensiva della dimissione al momento del rilascio) fanno poca o nessuna differenza nel ridurre il consumo di droga, la recidiva e la re-incarcerazione rispetto al trattamento abituale (evidenza di bassa certezza). (Perry et al. 2019). Detto questo, gli sforzi per fornire tali servizi su misura dovrebbero essere sostenuti da una formazione in materia di diritti umani e di genere per le OSC e gli operatori della giustizia penale, al fine di garantire una sufficiente continuità di assistenza tra le carceri e le comunità (Van Hout, Fleißner e Stöver 2021).

Il Programma Healthy Options (Opzioni Sane) di Skopje (HOPS), della Macedonia del Nord, nell'ambito dei progetti "Accesso alla giustizia per i più emarginati" e "Promozione dei diritti umani dei sex workers e delle persone che fanno uso di droghe", progetti che si rivolgono alle sex workers o transgender, alle persone con disordini da uso di sostanze e alle loro famiglie, offre l'assistenza legale gratuita nei settori dei diritti umani, del diritto penale, del diritto civile ed economico, del sostegno alla famiglia, degli illeciti, del diritto amministrativo, della discriminazione e altro ancora, compresa la tutela delle vittime della violenza di genere e della violenza domestica.

I servizi sono forniti sotto forma di consulenza, preparazione di documenti e assistenza nel comparire davanti alle istituzioni; attraverso procedimenti e forme di assistenza e tutela giuridica davanti ai tribunali competenti per casi strategici in cui si verificano discriminazioni e gravi violazioni dei diritti umani.

Nell'ambito di questi progetti HOPS offre anche un supporto di tipo burocratico a persone difficili da raggiungere di queste popolazioni, documentando i casi di violazione dei diritti umani e creando argomenti di difesa per migliorare la loro situazione.

Quando la donna soffre di disordini da uso di sostanze, dovrebbero essere sempre privilegiati programmi di trattamento specifici per le donne e trauma-informed. L'accesso a trattamenti per l'uso di sostanze basati su evidenze riguardo alla efficacia presenti e disponibili sul territorio è importante nelle sentenze non detentive. I programmi di trattamento delle droghe e di riduzione del danno devono essere attuati in modo efficace e offerti a uomini e donne su base paritaria e non solo nelle carceri maschili. Il trattamento o la riabilitazione dalla droga durante la detenzione non dovrebbero mai essere obbligatori (UNODC e OMS 2020).

Gli Standard di genere per il miglioramento della salute e del benessere delle donne in carcere in Inghilterra forniscono una serie di standard basilari relativi all'uso di sostanze per le donne in carcere (3.1-3.4) (Public Health England 2018). In sostanza:

- ▶ I programmi per i disordini da uso di sostanze per le donne in carcere devono tenere conto delle esigenze specifiche delle donne in carcere in tutti gli aspetti della progettazione e dell'attuazione, tra cui l'accessibilità e la disponibilità, il personale, lo sviluppo del programma, i contenuti e i materiali, e la considerazione e presa in carico di traumi e dei disturbi concomitanti;

- ▶ I servizi di trattamento delle dipendenze devono essere trauma-informed e dare risposte per l'elaborazione dei traumi;

- ▶ I programmi di trattamento delle dipendenze nelle carceri dovrebbero includere un elemento di supporto tra pari e di mutuo aiuto;

- ▶ Le donne detenute in trattamento per l'uso di sostanze stupefacenti devono avere accesso ad attività significative (ad esempio tempo trascorso al lavoro, istruzione, formazione, attività fisica, visite alla famiglia e programmi contro il crimine), programmate come parte del loro recupero, incluso nel percorso di trattamento e cura.

L'Irlanda ha creato un approccio multidisciplinare "one-stop shop" in cui le donne possono accedere a una serie di servizi o a un operatore chiave con conoscenze specialistiche. Nel Regno Unito esistono altri sportelli unici (218 Service a Glasgow, Anawim women's centre a Birmingham, Platform 51 a Cardiff, Willow Service a Edimburgo e Inspire Women's Project a Belfast).

In Inghilterra, un centro per donne fornisce una serie di servizi per la salute mentale e fisica, l'istruzione, la finanza, le relazioni, l'occupazione e il sostegno alla formazione per costruire la resilienza, e cerca di ridurre la recidiva affrontando le cause profonde e l'impatto dannoso delle pene detentive brevi (Irish Penal Reform Trust 2013; UNODC 2020a).

Nelle carceri di Svezia, Turchia e Regno Unito, la consulenza di gruppo comprende la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo, il programma SAMBA (Substance Abuse Treatment Board) e la discussione sulle nuove sostanze psicoattive nei gruppi di detenuti. Gli interventi peer-to-peer nelle carceri sono attuati in Belgio, Regno Unito (User Voice) e Irlanda (Ana Liffey Drug Project, Irish Red Cross) e servono a sostenere lo scambio di conoscenze e l'auto-aiuto (OEDT 2021b).

Nella Federazione Russa, nel 2007 è stato istituito un centro di reinserimento sociale per donne e ragazze per sostenere le donne dopo il carcere e anche per coloro che hanno beneficiato di misure non detentive (ad esempio, consulenza legale, counselling, formazione professionale, sostegno all'occupazione) (UNODC 2020a).

Per maggiori informazioni, il progetto Throughcare, finanziato dall'UE, ha sviluppato un kit di strumenti per aiutare i Paesi a progettare e attuare interventi per un impegno efficace e un'azione concertata tra le autorità carcerarie, i servizi della comunità e la società civile per garantire la continuità dell'assistenza durante la transizione dal carcere alla comunità. (OEDT 2021b).

Monitoraggio e ricerca

È necessario un approccio basato sulla ricerca che sostenga la pratica e che dia forma concreta agli interventi basati sulle evidenze, per comprendere l'impatto della violenza di genere, dello sfruttamento, del trauma, dell'uso di droghe, dei disturbi da uso di droghe e dei reati penali legati alla droga sulla salute e sui diritti umani di queste donne vulnerabili (UN Women 2014).

In Italia, la rete ROSE raccoglie informazioni sui bisogni di assistenza sanitaria delle donne e delle transessuali detenute, per aiutare le autorità a fornire un'assistenza sanitaria adeguata (OEDT 2021b).

In Europa, questo approccio include il quadro metodologico dell'OEDT per il monitoraggio delle droghe in questo contesto, compresi anche strumenti come il questionario europeo sul consumo di droga tra le persone che vivono in carcere (OEDT 2021b).

Intervento, supporto e trattamento

Per "intervento, supporto e trattamento" si intendono sia le forme più tradizionali di interventi in merito all'uso problematico di sostanze, che mirano a raggiungere e mantenere l'astinenza, sia le iniziative di stabilizzazione e riduzione del danno che cercano di ridurre gli impatti e/o i danni dell'uso (Bates et al. 2017). Oltre a queste risposte specifiche sull'uso di sostanze, includiamo anche interventi più ampi sulla famiglia o sulla salute e risposte che prestano attenzione all'impatto dell'uso problematico, come gli interventi contro la violenza domestica, i servizi per i senzatetto o le cliniche per la salute in ambito sessuale. Ciò diventa particolarmente rilevante se consideriamo il modo in cui le donne possono presentarsi ai servizi disponibili o accedervi e la gamma di risposte a loro disposizione. Nella maggior parte delle giurisdizioni, le donne avranno accesso a servizi di disintossicazione e di trattamento delle dipendenze, oltre che eventualmente a servizi di riduzione del danno o a servizi sanitari più generali che si concentrano anche sull'uso problematico di sostanze. Sebbene vi sia un considerevole dibattito sulle basi ideologiche e sull'efficacia della gamma di risposte di intervento, supporto e trattamento per l'uso di sostanze, compreso l'impatto dei diversi approcci e modelli, tali questioni sono

note agli autori, ma non sono al centro di questa sezione, che mira invece a esaminare le questioni specifiche di genere, le barriere e le raccomandazioni per l'intervento, il

supporto e il trattamento, evidenziando al contempo esempi rilevanti di buone pratiche.

Sono state mosse critiche al modo in cui l'intervento, il supporto e il trattamento per l'uso di sostanze sono costruiti e resi prioritari in base al genere. Ad esempio, è stato sostenuto che le risposte all'uso di sostanze da parte delle donne sono state contestualizzate all'interno di un discorso neoliberale, con il risultato di una maggiore sorveglianza sociale di alcuni aspetti e una scarsa considerazione dei fattori che consentono alle donne di accedere ai servizi sanitari e sociali (Benoit et al. 2014). È stato anche sostenuto che gli interventi sanitari si basano su un costrutto morale del corpo gravido e della maternità che può servire a rafforzare lo stigma e la vergogna delle donne, dando priorità agli interventi relativi a questi ruoli o circostanze specifiche delle donne. Questi programmi di intervento sanitario moralistici, che danno priorità ai diritti del feto e del bambino, perdono di vista i bisogni di cura delle donne (Salmon 2011). Inoltre, Martin e Aston (2014) sostengono che occorre prestare particolare attenzione a come vengono definite le donne e i loro bisogni. Sostengono che nella letteratura c'è una tendenza dominante a considerare le donne come una "popolazione speciale" con "esigenze terapeutiche uniche" (p. 335). Definire le donne che fanno uso di sostanze e le loro esigenze di intervento in questo modo può limitare la gamma di opzioni di intervento sensibili al genere disponibili per le donne, comprese le donne transgender. Dati i potenziali effetti negativi di questi costrutti teorici sulla pratica del trattamento e dell'intervento e sull'erogazione dei servizi, la complessità dei problemi presentati dalle donne, che è stata esplorata in dettaglio da MacDonald, Christophers e Morton (2020), è riassunta di seguito.

Esigenze complesse e salute generale

È stato sostenuto che le donne spesso si presentano ai servizi in un momento di crisi, con esigenze complesse che coincidono con il deterioramento della salute fisica e mentale (MacAfee et al. 2020; National Women's Council of Ireland 2018). I problemi possono includere uso di sostanze, violenza domestica e problemi di salute mentale (Holly e Horvath 2012). Un'altra sfida per il personale e i servizi è quella di soddisfare le esigenze degli utenti con disabilità fisiche e intellettive. In Irlanda, ad esempio, i dati mostrano che le persone con disabilità costituiscono il 27,1% della popolazione senza fissa dimora - il doppio della popolazione generale (Central Statistics Office 2016). Questi bisogni possono essere ulteriormente aggravati da competenze emotive, di coping e di vita compromesse o deboli (Babineau e Harris 2015). La cattiva salute auto-riferita è una lamentela comune tra le donne con bisogni complessi e l'impatto sulla salute della malattia cronica può essere aggravato dalla mancanza di servizi specifici per le donne, dalla difficoltà di trovare un'assistenza all'infanzia e da precedenti esperienze negative di interazione con i fornitori di servizi (MacDonald, Christophers e Morton 2020; Mayock, Parker e Sheridan 2015).

Reddito, povertà e sex work

Le donne che si rivolgono ai servizi possono trovarsi in difficoltà a causa del basso reddito o di altre questioni più complesse come l'abuso finanziario (Mayock, Parker e Sheridan 2013); possono anche avere problemi con il pagamento dell'affitto, le spese per la cura dei figli e le entrate fluttuanti. Le donne che fanno uso di sostanze

possono anche dedicarsi al sex work, per necessità economiche o a seguito di coercizione, traffico o sfruttamento. Gerassi (2018) sottolinea che oltre il 50% delle donne che accedono al trattamento per uso di sostanze negli Stati Uniti riferisce di aver praticato sesso transazionale e che l'accesso al trattamento e al supporto è irto di difficoltà. Ciò si riflette in altre giurisdizioni, come l'Irlanda, dove Ruhama (2018) ha riscontrato che tra le sex workers contattate attraverso le loro attività di sensibilizzazione, il 34% era senza fissa dimora o a rischio di esserlo e il 50% riferiva di avere problemi di droga o alcol.

Gruppi meno rappresentati

Le donne migranti possono presentarsi ai servizi con ulteriori difficoltà, tra cui problemi linguistici o preoccupazioni relative al loro status giuridico, che possono impedire loro di parlare apertamente delle loro difficoltà o di orientarsi nei servizi sanitari, per i senzatetto e per l'uso di sostanze (Fitzpatrick e Stephens 2014; Mayock e Sheridan 2012). Lo stigma sociale e l'emarginazione delle donne che trasgrediscono le norme sociali in alcune specifiche comunità di migranti possono anche aggravare le sfide sperimentate (ANEW Support Services 2019; Rozeet al. 2020). La comunità LGBTQI+ è sottorappresentata nella letteratura, sebbene possa sperimentare la condizione di senza dimora a causa di specifiche questioni di genere/sexualità (Focus Irlanda 2019) rispetto alle quali i fornitori di servizi potrebbero non essere necessariamente preparati. I servizi e gli alloggi tradizionali possono non essere adeguati o sicuri per le persone LGBTQI+. Anche le donne anziane non erano ben rappresentate e possono correre rischi aggiuntivi a causa di problemi di salute cronici o di fragilità (Stöckl, Watts e Penhale 2012).

Uso ciclico dei servizi

La mancanza di sostegno dopo il trattamento iniziale della dipendenza può portare a ricadute e al rientro nel sistema (Babineau e Harris 2015). Le donne che escono da un trattamento residenziale, dal sistema di assistenza, da un ospedale psichiatrico o da un carcere, e quelle che sono entrate in un alloggio privato stabile ma poi non sono in grado di pagare l'affitto o di sostenere le spese per la cura dei figli, sono tutte a rischio di passare attraverso più servizi. Anche la violenza domestica può essere un fattore, in quanto le donne lasciano i rifugi senza un adeguato supporto e finiscono per tornare a casa dei loro partner violenti, per poi dover cercare nuovamente un rifugio (Morton e O'Reilly 2016; Yamawaki et al. 2012).

Modelli e traiettorie di consumo di sostanze

Possono esserci anche differenze di genere nei modelli di consumo di sostanze e il termine "traiettoria" è spesso usato per identificare eventi e fattori critici che contribuiscono alla persistenza del consumo di sostanze o ai cambiamenti nei modelli di consumo di sostanze nel corso della vita (Hser et al. 1997). Ad esempio, Greenfield et al. (2010) hanno evidenziato il rischio che le donne sperimentino una progressione accelerata dall'inizio dell'uso di sostanze, alla dipendenza e al primo episodio di trattamento (Anglin, Hser e Booth 1987) rispetto agli uomini (Grella e Joshi 1999). Conosciuta come telescopia, questa progressione accelerata è legata agli oppioidi, alla

cannabis e all'alcol e può portare le donne a presentare problemi medici, psicologici e sociali più complessi (Greenfield et al. 2010). Il consumo di sostanze tra le donne può intersecarsi con fattori sociali più ampi, tra cui le relazioni intime con gli uomini, e le donne che fanno uso di sostanze hanno anche maggiori probabilità degli uomini di aver subito abusi fisici o sessuali. Oltre ai fattori descritti in precedenza, tra cui la violenza del partner nelle relazioni di intimità, la violenza fisica e l'abuso sessuale, è stato riscontrato che altri problemi dell'infanzia sono elementi chiave delle traiettorie di consumo di sostanze delle donne (DeHart e Moran 2015).

Data la complessità del modo in cui le donne si presentano al trattamento, analizziamo le evidenze esistenti su intervento, supporto e trattamento.

Intervento, supporto, trattamento e genere: cosa dice la letteratura?

Trattamento

A livello europeo, l'OEDT ha riferito che nel 2017 un quinto di tutti gli ingressi in terapia farmacologica in Europa sono donne. Tuttavia, è ampiamente dimostrato che le donne che fanno uso di sostanze hanno meno probabilità dei loro colleghi maschi di entrare in terapia (Greenfield et al. 2007). Questo ha portato a raccomandazioni per approcci specifici di genere al trattamento dell'uso di sostanze per soddisfare le esigenze delle donne (OEDT 2017). Dati gli alti livelli di stigma (Ignjatova et al. 2018) e i traumi subiti dalle donne che fanno uso di sostanze (Cockroft et al. 2019), è stato proposto un approccio trauma-informed, anche se Martin e Aston (2014) sono cauti nel ritenere che gli impatti dell'uso di sostanze da parte delle donne siano meglio affrontati in questo modo.

In letteratura sono stati individuati alcuni prerequisiti per l'accesso delle donne al trattamento. Green et al. (2016) hanno rilevato che le donne hanno maggiori probabilità di accedere alle cure attraverso le strutture di assistenza primaria o di salute mentale. Ciò suggerisce che avere un collegamento con un servizio di assistenza sanitaria facilita sia la decisione di accedere al trattamento sia il successo dell'accesso al trattamento. Il ruolo di caregiver, la gravidanza e la maternità possono essere importanti fattori motivanti per l'accesso al trattamento. Pertanto, le esigenze di cura dei figli delle donne sono una considerazione importante quando si tratta di trattamento (OEDT 2017; Otiashvili et al. 2013). Greenfield et al. (2007) hanno rilevato che i tassi di ingresso, mantenimento e completamento del trattamento sono significativamente più bassi per le donne che per gli uomini. In uno studio di Zankowski (1987), la ragione più comune adottata dalle donne per l'abbandono precoce del trattamento era legata alla cura dei figli, un fattore che è già stato evidenziato come una barriera all'accesso al trattamento. I tassi più bassi di ingresso, mantenimento e completamento del trattamento riflettono il fatto che gli approcci terapeutici sono stati tradizionalmente concepiti per gli uomini. Gli approcci terapeutici esistenti possono ancora adottare uno stile punitivo e conflittuale piuttosto che uno stile esplorativo, in cui i problemi legati all'uso di sostanze sono visti nel contesto ambientale. Altre barriere al proseguimento del trattamento includono il coinvolgimento della famiglia allargata o del partner senza consenso (in particolare in presenza di figli), nonché la mancanza di strategie per sostenere efficacemente le donne in caso di ricaduta (Ignjatova et al. 2016).

È stata inoltre sottolineata l'importanza di modelli di trattamento specifici per genere che riconoscano e rispondano agli abusi fisici, psicologici ed emotivi subiti dalle donne in

trattamento (Hanes 2017; Zand et al. 2017) ed è stato evidenziato il ruolo dell'uso di sostanze come mezzo per far fronte a esperienze di abuso, oppressione e sofferenza (George, Boulay e Galvani 2011). È stato inoltre definito con chiarezza che la risoluzione delle complesse problematiche psicosociali che hanno un impatto sulle traiettorie di consumo di sostanze da parte delle donne si ottiene meglio all'interno di gruppi e interventi specifici di genere (Evans et al. 2013; Ignjatova et al. 2016), e che la mancanza di competenze di genere, di risposte specifiche di genere e di supporto alla maternità sono barriere al proseguimento del trattamento. È fondamentale riconoscere le esperienze e le dinamiche di oppressione e abuso, e come queste possano essere collegate ai modelli di consumo di sostanze, e utilizzare le esperienze di vita come strumenti di apprendimento piuttosto che usarle per denigrare e umiliare le donne (Bailey, Trevillion e Gilchrist 2019; Evans et al. 2013). Per alcune donne, l'accesso alle cure ginecologiche e la risoluzione di problemi di salute sessuale e riproduttiva sono fondamentali (Ignjatova et al. 2016).

Sono state identificate diverse barriere al trattamento.

- ▶ Uomini e donne differiscono nel modo in cui percepiscono le barriere al trattamento per l'uso di alcol e i fattori che lo favoriscono. Le donne sono state bloccate dal cercare un trattamento per la dipendenza da una serie di problemi che possono essere classificati come questioni legate allo stigma sociale, alla paura di perdere i propri figli e al pregiudizio dei servizi di assistenza sanitaria e del trattamento per le dipendenze (Small, Curran e Booth 2010).
- ▶ È stato riscontrato che lo stigma sociale è associato negativamente al trattamento delle tossicodipendenze e costituisce un ostacolo importante alla ricerca e all'accesso al trattamento e al suo completamento. Lo stigma è particolarmente diffuso riguardo le donne e le madri in gravidanza (Wolfson et al. 2021)
- ▶ La mancanza di servizi di assistenza per l'infanzia e le responsabilità familiari sono state identificate come ostacoli all'accesso delle donne al trattamento. Jackson e Shannon (2012) sostengono che la mancanza di assistenza all'infanzia può essere una preoccupazione maggiore rispetto al trattamento e che, sulla base di questa preoccupazione, le donne potrebbero non cercare e/o accedere al trattamento. Otiashvili et al. (2013) hanno riscontrato che le donne si negano l'accesso alle cure a causa delle loro responsabilità domestiche come madri, mogli o partner. Le donne hanno raccontato della sensazione di non sentirsi in grado di far fronte a quello che è richiesto dal trattamento.
- ▶ Il timore che uno o più bambini vengano dati in affidamento è una ulteriore barriera che ha un grande peso nell'impedire alle donne di rivelare il loro consumo di droga nei contatti con le strutture sanitarie; esse temono che la ricerca di aiuto e l'accesso al trattamento rendano visibile il loro consumo di sostanze, rischiando così di coinvolgere i servizi sociali (Niccols et al. 2021).

- ▶ Anche la disponibilità di luoghi e opzioni di trattamento è un problema, in particolare per quel che riguarda le liste d'attesa e i criteri d'ingresso, i problemi di salute fisica e mentale e il trasporto (Jackson e Shannon 2012).
- ▶ Il finanziamento di trattamenti specifici per genere è una sfida, poiché i programmi completi possono essere considerati troppo costosi da finanziare.
- ▶ Il consumo di sostanze tende a essere affrontato attraverso modelli di cura moralizzanti piuttosto che responsabilizzanti (Benoit et al. 2014).

Nonostante il fatto che la disintossicazione e il trattamento basato sull'astinenza rimangano la lente dominante attraverso la quale si esaminano le risposte politiche e gli interventi, negli ultimi decenni si è assistito a uno sviluppo sostanziale della riduzione del danno da uso di sostanze, della stabilizzazione e delle risposte familiari e sanitarie che possono avere anche una prospettiva di genere (Wincup 2016). È stata sottolineata l'importanza di un'ampia gamma di possibili risposte, supporti e interventi, data l'intersezione dei problemi nella vita quotidiana delle donne (Bailey, Trevillion e Gilchrist 2019; Neale et al. 2018; Newcomb et al. 2020). Lo sviluppo di interventi specifici per il genere all'interno di questi approcci più ampi è per ora limitato, ma esistono delle innovazioni, tra cui i servizi diurni di trasformazione di genere che mirano ad aiutare le donne a considerare o affrontare il loro uso di sostanze. Tra questi, i servizi diurni di stabilizzazione delle dipendenze incentrati sul genere, che offrono opzioni di assistenza all'infanzia e di istruzione (si veda il servizio per le donne sulle dipendenze "Walk Tall, Dream Big", del progetto SAOL, nella contea di Dublino, disponibile all'indirizzo saolproject.ie, visitato il 4 febbraio 2022); servizi per la violenza domestica che sostengono e/o accolgono donne che fanno uso attivo di sostanze (Morton e O'Reilly 2016); servizi di riduzione del danno incentrati sul genere nei servizi per i senzatetto o negli ostelli (Merchants Quay Ireland 2019); e servizi a bassa soglia incentrati sul genere che forniscono scambio di siringhe, servizi sanitari (come ad es. all'interno dei servizi di salute sessuale) o interventi brevi (ibid.). Questo elenco non è esaustivo, ma mette in evidenza i siti di innovazione e cambiamento positivo.

Oltre a queste innovazioni nella pratica, è stata prestata particolare attenzione alle esigenze e alle risposte specifiche di genere in relazione a come le questioni interagiscono con la vita delle donne. Ciò include la considerazione della storia del trauma e la necessità di risposte trauma-informed (Roze et al. 2020). Un trauma-informed approccio alla cura si basa su quello che è stato descritto come il semplice passaggio da "Cosa c'è di sbagliato in te?" a "Cosa ti è successo?". (Gilliver 2018; Menschner e Maul 2016). Cercare di convalidare l'esperienza di un individuo è essenziale, sia per identificare l'intervento e il supporto più appropriati, sia per mitigare gli impatti negativi delle esperienze traumatiche (McGee 2015). Il legame tra la storia del trauma e l'uso problematico di sostanze ha ricevuto una notevole attenzione (Torchalla et al. 2012), ma è solo più recentemente che gli aspetti di genere, come l'abuso sessuale infantile, la violenza sessuale e la violenza domestica, sono stati considerati in relazione alle traiettorie, ai danni e agli impatti dell'uso di sostanze da parte delle donne (Newcomb et al. 2020).

Barriere pratiche che limitano l'accesso ai servizi sensibili al genere

Morton et al. 2020 hanno esplorato le barriere all'accesso al supporto e come queste possano essere messe in atto in contesti pratici, in particolare quando le donne cercano di far fronte a problemi diversi dal consumo di sostanze, come le difficoltà abitative, la povertà o la violenza domestica. I risultati sono riassunti di seguito, insieme ai contributi del gruppo di esperti che hanno partecipato a questo progetto.

Conoscenza dei servizi

Alcune donne possono avere difficoltà a conoscere adeguatamente i servizi a loro disposizione e spesso desiderano maggiori informazioni prima di iniziare il trattamento. Possono anche avere idee sbagliate sui servizi, come aver paura di iniziare il trattamento con metadone (Merchants Quay Ireland 2019). Alcune agenzie possono essere presentate dai media come "un servizio antidroga" con una connotazione negativa, e gli altri loro servizi possono non essere segnalati o pubblicizzati con lo stesso risalto, che significa che vengono ignorati dai potenziali utenti del servizio (idib.)

Sicurezza

La costrizione, l'abuso e la violenza domestica, sessuale e di genere sono problemi che toccano la sicurezza delle donne che cercano di accedere ai servizi. La paura di subire violenza fisica da parte di un partner violento può impedire alle donne di accedere ai servizi per i senzatetto o per l'abuso di sostanze, o di allontanarsi da una relazione (Mayock, Sheridan e Parker 2012; Morton et al. 2020). Allo stesso modo, la percezione di una reputazione negativa degli ostelli o dei rifugi può dissuadere le donne dal cercarli perché preoccupate per la sicurezza, propria e dei propri figli (Mayock, Sheridan e Parker 2012; O'Carroll e Wainwright 2019). La mancanza di considerazioni specifiche di genere nelle risposte sociali più ampie può anche portare a problemi di sicurezza e protezione, poiché molti servizi sono fortemente orientati sugli uomini o ciechi rispetto al genere.

(Morton et al. 2020)

Il programma Family Associate si svolge in quattro città della Serbia: Belgrado, Kragujevac, Novi Sad e Nis.

Anche se il programma mira a lavorare con le famiglie, questo viene fatto con una chiara comprensione dell'impatto di genere, con interventi e supporti concentrati sulle madri che sono vittime di violenza domestica, povertà e problemi di uso di sostanze. Oltre al riconoscimento dell'impatto di genere sulle madri, il progetto le assiste nel garantire un sostegno sociale e pratico, le supporta nell'accesso al trattamento per l'uso di sostanze psicoattive.

Configurazione e fornitura di servizi

Le limitazioni del servizio possono avere un impatto sull'accesso degli utenti del servizio, compresi quelli con esigenze complesse.

Queste restrizioni possono includere l'esclusione di donne con alle spalle una storia di comportamenti antisociali, di tossicodipendenti attivi e di donne migranti che non soddisfano il requisito della residenza abituale (Roze et al. 2020). La necessità di soddisfare i criteri per l'accesso ai servizi - come l'appartenenza a un bacino d'utenza, l'assenza di droghe e la disponibilità a sottoporsi a una consulenza obbligatoria come condizione d'ingresso - può rappresentare una barriera importante all'impegno nei confronti dei servizi (Neale et al. 2018; Taylor 2010).

I servizi sovraffollati e le lunghe liste d'attesa tra i servizi spesso portano gli utenti a essere respinti di routine (Canavan et al. 2012). Il sovraffollamento dei servizi può anche aumentare l'insensibilità nei confronti dei bisogni individuali: ad esempio, le donne in fase di recupero possono essere collocate accanto a tossicodipendenti attivi. Le donne tossicodipendenti hanno bisogno di accedere ai programmi di trattamento delle tossicodipendenze e di creare programmi incentrati sulle donne (Mayock, Parker e Sheridan 2015). Durante la navigazione nei servizi, l'utente si trova ad affrontare le difficoltà legate alle procedure per la richiesta di accesso, a problemi di interpretazione e lettura delle stesse, e ad aspetti che influiscono sulle attitudini nei confronti dei servizi stessi causati da esperienze negative vissute in passato con i fornitori di servizi, sentimenti di disperazione o paura delle figure autoritarie, che possono limitare l'impegno delle donne nei servizi (O'Carroll e Wainwright 2019). Esiste anche una serie di problemi specifici in relazione ai figli che influiscono sulla possibilità delle donne di impegnarsi nei confronti dei servizi. Esiste una precisa necessità di sostegno per le donne incinte/donne con bambini nell'accesso ai servizi (ANEW Support Services 2019; Mayock, Parker e Sheridan 2015).

Anche la paura di diventare "visibili" e di vedersi private della custodia dei figli che possono essere dati in affido può costituire un ostacolo alla ricerca di aiuto (Merchants Quay Ireland 2019; O'Carroll e Wainwright 2019). La necessità di accogliere le donne con figli si estende anche alla necessità di spazi a misura di bambino nei servizi, in modo che i bambini possano essere occupati mentre le loro madri accedono al sostegno o alla consulenza (Babineau e Harris 2015), e di spazi di visita per le donne i cui figli sono stati affidati (Greenwood 2016).

18ANO (Atene, Grecia) è trattamento interdisciplinare per sole donne fondato nel 1987. Questo programma sensibile al genere si propone di fornire un ambiente sicuro per le donne, in modo da sviluppare la fiducia nel rapporto con le donne residenti. L'intervento terapeutico prevede l'individuazione e la risposta ai traumi e l'impatto del genere sulla vita delle donne è l'oggetto di un gruppo psicoeducativo settimanale.

Ashleigh House, Coolmine Therapeutic Community (Dublino, Irlanda) è un centro di trattamento residenziale per sole donne che fornisce un servizio completo di assistenza all'infanzia fino all'età prescolare, in modo che le donne possano completare il programma di sette mesi assicurando al contempo che vengano soddisfatte tutte le esigenze dei loro figli piccoli. Il programma prevede fasi di trattamento e di integrazione, e alle madri viene offerto anche il programma Parents Under Pressure (PuP).

Stigma

Lo stigma può essere amplificato da fattori specifici di genere, ad esempio la stigmatizzazione delle donne che fanno uso di sostanze come "cattive madri" (Savage 2016) e lo stigma dell'uso di sostanze e della salute mentale può anche essere una barriera all'impegno nei servizi sanitari (Agterberg et al. 2020). Le donne che svolgono il sex work e si trovano a dover affrontare una dipendenza possono sentire il bisogno di nascondere sia l'uso di droghe sia il loro legame con il sesso transazionale, aumentando i rischi per la loro salute e il loro benessere, non rivolgendosi ai servizi sanitari (Whitaker, Ryan e Cox 2011). Anche il deterioramento delle funzioni primarie, come una scarsa igiene personale, può essere fonte di imbarazzo per le donne che si rivolgono ai servizi sanitari (O'Carroll e Wainwright 2019).

CAARUD L'Echange e CAARUD RLR sono due ONG francesi che offrono servizi a bassa soglia, come iniziative specifiche per costruire la fiducia con le donne e aiutarle ad accedere ad altri tipi di sostegno e interventi. Offrendo alle donne solo sessioni di drop-in, cercano di aiutarle ad affrontare i problemi di salute immediati e le esigenze di autocura, fornendo al contempo una base relazionale per ulteriori interventi senza giudizi o risposte stigmatizzanti.

Sfide per le donne straniere

Le donne migranti che fanno uso di sostanze possono trovarsi di fronte a sfide specifiche, che possono essere sociali, culturali, legali e linguistiche. L'isolamento sociale e le aspettative culturali possono rappresentare ulteriori barriere all'accesso alle informazioni sui servizi e sui diritti (National Women's Council of Ireland 2018; Roze et al. 2020). Le donne possono anche incontrare difficoltà nell'accesso all'assistenza sociale o al lavoro, a seconda del loro status di immigrate.

Raccomandazioni pratiche per gli operatori del trattamento e i progettisti di programmi

Sulla base delle evidenze della letteratura, degli esempi di buone pratiche e delle competenze fornite dal Gruppo consultivo, vengono formulate le seguenti raccomandazioni per l'intervento, il supporto e il trattamento.

Riconoscere e affrontare le disuguaglianze strutturali

Le disuguaglianze strutturali minano il lavoro svolto dai servizi per le donne, creando difficoltà in tutte le fasi di accesso, mantenimento e avanzamento degli interventi di cura e assistenza. Le disuguaglianze possono sorgere all'interno dei servizi di cura stessi. Può esserci un certo grado di cecità di genere nelle strutture miste, una mancanza di assistenza incentrata sulle donne o semplicemente una disparità di genere dominata dagli uomini tra gli utenti dei servizi (Mayock, Parker e Sheridan 2013). Per affrontare questo problema, gli approcci potrebbero includere l'introduzione di giorni specifici in cui vengono forniti servizi per sole donne, oltre all'espansione di aree per sole donne o alla creazione di strutture più incentrate sulle donne. In alcuni casi, è stato adottato un approccio inclusivo di genere in base al quale, pur consentendo la possibilità di

interazione tra i generi, le aree e gli spazi sicuri sono previsti solo per le donne, pur consentendo la possibilità di sviluppare relazioni rispettose tra i gruppi di genere.

Tuttavia, la riconfigurazione dei servizi per soddisfare le esigenze delle donne, guidata da politiche sensibili al genere e dalla formazione del personale, contribuirà ad affrontare le sfide poste dalla cecità di genere. Strumenti come la lista di controllo per la progettazione dei servizi Nobody Left Outside possono essere utili anche nelle fasi di pianificazione della creazione o dell'adattamento dei servizi per renderli più inclusivi e accessibili (Lazarus et al. 2020).

Le disuguaglianze strutturali possono anche aumentare il rischio di ricaduta nel consumo di droga. Condizioni come la povertà e la disoccupazione, ad esempio, possono essere affrontate attraverso un sostegno differito, in particolare una formazione finanziaria o sulle competenze di vita che, oltre a migliorare la capacità di far fronte alla situazione e l'occupabilità, può avere il vantaggio di migliorare l'autostima e l'auto-efficacia delle donne (Nelson et al. 2012). La co-localizzazione di servizi che coprono la salute fisica, la salute mentale e il supporto sociale in un modello di assistenza integrata può offrire il potenziale per affrontare questo problema (Jego et al. 2018).

Costruire la fiducia

La "fiducia" è stata in generale identificata come un elemento chiave nella gestione dei servizi a bassa soglia⁽⁸⁾ per il consumo di sostanze e tipicamente coinvolge la fiducia tra l'utente e l'operatore e tra l'utente e l'agenzia (Edland-Gryt e Skatvedt 2013). Il modo in cui si costruisce la fiducia è una questione fondamentale. Le interazioni positive tra cliente e operatore possono essere fondamentali per costruire la fiducia (McNeil, Guirguis-Younger e Dilley 2012; Morton e O'Reilly 2019).

8. Il concetto di "bassa soglia" si riferisce ai servizi per le tossicodipendenze che non richiedono l'astinenza e cercano di ridurre al minimo le barriere di accesso. Gli interventi sono generalmente volti a garantire il soddisfacimento dei bisogni di base (ad esempio, alloggio, cibo, cure mediche) e viene utilizzato uno stile collaborativo per implementare le strategie di riduzione del danno (Fernandez et al. 2006).

La Comunità San Patrignano Società Cooperativa Sociale (Rimini, Italia) è un centro misto di trattamento e recupero. Il centro ha creato alloggi per donne, e donne con bambini, oltre a strutture per l'infanzia e il doposcuola. Vengono offerte opportunità di formazione professionale e il supporto psicoterapeutico è incentrato sul trauma. Il sostegno all'esplorazione dell'identità di genere e della storia del trauma comporta una pratica terapeutica in evoluzione. Per le donne che lasciano la comunità, è essenziale garantire la stabilità economica, un alloggio sicuro e adeguato e una rete di sostegno, anche per i bambini, se presenti.

Metzineres (Barcellona, Spagna) è stata fondata per affrontare le barriere specifiche che le donne che fanno uso di droghe possono incontrare, tra cui stigma, violenza strutturale, violenza di genere, criminalizzazione e mancanza di accesso ai servizi. Un'équipe interdisciplinare tutta al femminile fornisce servizi di riduzione del danno e di sostegno alla persona. Gli utenti sono coinvolti nella progettazione, nell'attuazione e nella valutazione dei programmi. Inoltre, il servizio è basato sulla comunità per combattere lo stigma: cerca di creare e mantenere un ambiente comunitario sicuro per gli utenti del servizio e di sviluppare un sostegno impegnato da parte della comunità geografica. Garantire l'accesso alla sicurezza fisica ed emotiva all'interno del servizio è un obiettivo fondamentale.

Anche i valori degli operatori possono alla base della costruzione della fiducia, per cui, laddove questi valori sono incentrati sulla lotta incondizionata alle disuguaglianze e la cura relazionale (Wright 2004), si possono creare le condizioni per la fiducia. Attenzione al linguaggio delle donne con bisogni complessi (ad esempio, l'uso comune del termine "caotico") in relazione al comportamento delle donne) può essere fondamentale.

Considerazioni sulla sicurezza

La sicurezza tende a essere intesa in relazione agli operatori e all'organizzazione ed è legata all'intossicazione, alla violenza e al traffico di droga nei servizi a bassa soglia o in quelli che si occupano di bisogni complessi (Morton e O'Reilly 2019). Si considera anche la sicurezza personale degli utenti in relazione alla violenza domestica o sessuale, al lavoro sessuale o ai rischi di acquisizione di droghe. Per affrontare il problema della sicurezza può essere necessario che l'operatore rimanga vigile e al tempo stesso focalizzato sulla relazione; la chiarezza sulle responsabilità del personale all'interno delle organizzazioni è importante per garantire un contesto e un impegno sicuri quando gli utenti dei servizi hanno esigenze complesse (ibidem).

Il Cuan Saor Women's Shelter (Tipperary, Irlanda) è un servizio per affrontare le situazioni di violenza domestica che sostiene e ospita le donne che hanno subito violenza domestica, anche se fanno uso attivo di sostanze. Inoltre, viene offerta una serie di interventi incentrati sul trauma, tra cui indagini di routine sulle esperienze infantili avverse (ACE), arteterapia, terapia del gioco e consulenza. Per sostenere efficacemente gli utenti del servizio sono essenziali stretti legami con i servizi sociali locali e i servizi per l'abuso di sostanze, nonché il sostegno per l'accesso ai servizi di stabilizzazione e trattamento delle droghe.

Considerare l'immediatezza e le vie di accesso

L'immediatezza è la chiave per una transizione di successo dal trattamento della droga a condizioni di vita stabili e dotate di risorse. I fornitori di servizi devono anche essere consapevoli della vulnerabilità delle donne con bisogni complessi che escono dal sistema di assistenza e rischiano di rimanere intrappolate in relazioni malsane, nell'uso di sostanze, nella criminalità e nella violenza (Morton et al. 2020). Le seguenti azioni snellirebbero i percorsi e risponderebbero a esigenze immediate:

- ▶ accesso rapido ad alloggi a prezzi accessibili e a servizi adeguati per garantire percorsi sicuri di uscita dal trattamento e dalle cure;

- ▶ considerazione delle liste d'attesa per i servizi di disintossicazione e per il trattamento dei servizi specifici di genere;

HOPS offre servizi in un programma specifico per le sex worker (donne e persone trans di tutti i generi), per le donne tossicodipendenti e per le loro famiglie, con consulenze di gruppo o individuali. Questo programma comprende la prevenzione della violenza sessuale e domestica e la prevenzione della tratta di esseri umani. Nello stesso ambiente, offre servizi di prevenzione per l'HIV/AIDS, l'epatite B e C e altre infezioni trasmissibili per via ematica e le IST; informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva; scambio di aghi e siringhe; distribuzione di preservativi e materiale informativo; motivazione degli utenti al trattamento attraverso i modelli di trattamento delle tossicodipendenze esistenti nella Macedonia del Nord.

► E' difficile ottenere un invio ai servizi senza intoppi, ma i case manager sono considerati essenziali per migliorare i meccanismi di connessione tra i servizi e per consentire agli utenti di navigare nel complesso panorama dell'erogazione dei servizi.

► Spesso le donne pensano di non poter usufruire di determinati servizi di assistenza perché non soddisfano alcuni criteri, ad esempio quelli relativi alla "violenza domestica" o all'"abuso di sostanze". Gli operatori notano che spesso le donne non si rivolgono ai servizi per l'abuso di sostanze. Mantenere la terminologia e i criteri dei servizi tradizionali può promuovere l'inclusione.

Conclusioni e raccomandazioni: verso il mainstreaming delle tematiche di genere nelle risposte alle droghe

Questo manuale mira a promuovere l'inclusione del genere nelle risposte alle droghe come leva fondamentale per ridurre le disuguaglianze nella salute e rispettare i diritti umani, in particolare il diritto alla diversità e alla dignità di donne, uomini e persone non binarie. L'attuazione di cambiamenti positivi su questioni sociali complesse può essere un processo difficile e lungo, che spesso richiede il sostegno, la competenza, l'impegno e le risorse di una serie di individui, organizzazioni e strutture statali. In questo manuale abbiamo descritto i contesti politici internazionali in materia di genere e uso di sostanze, nonché le innovazioni e i progressi in materia di prevenzione, giustizia penale, trattamento e intervento. Il modo in cui definiamo e comprendiamo il genere e gli impatti delle tematiche di genere nella società è in continua evoluzione, così come la nostra comprensione dell'iniziazione all'uso di sostanze, delle traiettorie e delle risposte degli individui e delle comunità. In un contesto internazionale in cui le politiche e le risposte in materia di droga sono principalmente orientate verso la prospettiva maschile, l'integrazione della dimensione di genere consiste principalmente nell'affrontare meglio i bisogni, i diritti e le aspettative delle donne e delle persone non binarie. In questo contesto, è importante evidenziare i principi chiave della politica e della pratica per sostenere i responsabili politici e gli operatori nei loro sforzi per apportare cambiamenti positivi sul campo. Sulla base delle evidenze emerse, queste conclusioni metteranno in luce i punti chiave e le raccomandazioni per l'azione politica e professionale.

Politica

Data la sovranità degli Stati e le specificità nazionali, non esiste uno standard supremo per qualificare le migliori politiche sulle droghe. Ma il mainstreaming di genere è fondamentalmente allineato con i valori umanistici sostenuti dalle società occidentali ed europee. L'integrazione della dimensione di genere può essere un processo a lungo termine piuttosto che un risultato in sé, e l'incorporazione di una prospettiva di genere nella politica sulla droga richiede la considerazione delle strutture organizzative, della volontà politica e del contesto economico e sociale. Anche la reazione generale al mainstreaming di genere nella politica di una determinata giurisdizione influenzerà le azioni e le motivazioni per un cambiamento positivo. In questo manuale abbiamo presentato una serie di esempi dei meccanismi e delle sfide dell'integrazione della dimensione di genere nella politica sulle droghe, e i seguenti punti chiave sono importanti da sottolineare.

- La check list dell'UNODC per valutare l'implementazione del mainstreaming di genere nella programmazione è un utile strumento per valutare e pianificare i progressi e per rivedere i documenti strategici o politici esistenti (UNODC 2021b).

► Il rafforzamento delle capacità operative all'interno delle organizzazioni e dei gruppi di lavoro è essenziale per sostenere l'integrazione della dimensione di genere nelle politiche sulle droghe e ci sono azioni pratiche che possono essere attuate in linea con le linee guida dell'OMS (OMS 2011a). Queste azioni includono elementi quali l'allocazione delle risorse, lo sviluppo di dati concreti e la produzione di materiale informativo sugli aspetti di genere.

► Le donne e le persone non binarie sono spesso considerate una "popolazione speciale" (Wincup 2019) all'interno delle politiche sulle droghe, il che può essere limitante in termini di implementazione di risposte sensibili e trasformative di genere; ciò può limitare le azioni a elementi ristretti o molto specifici piuttosto che affrontare le dimensioni più ampie dell'impatto di genere sul consumo di droga.

► Una politica sulle droghe inclusiva e sensibile al genere dovrebbe rispondere alle esigenze particolari delle donne e delle persone non binarie, combattendo al contempo lo stigma e affrontando tutte le aree che possono essere interessate nella vita di una persona e durante l'intero ciclo di vita. Questi approcci potrebbero dover essere allineati con un approccio più ampio all'integrazione della dimensione di genere nei sistemi sanitari e di giustizia penale.

► Quando si cerca di adottare un approccio politico globale e multidisciplinare alla trasformazione di genere, si dovrebbero affrontare direttamente anche l'integrazione nel mercato del lavoro, l'accesso all'istruzione e il rischio povertà.

► Il cambiamento delle politiche può essere incrementale e può essere attuato per affrontare questioni urgenti o specifiche, come le donne senza fissa dimora e che fanno uso problematico di sostanze, ma le iniziative mirate dovrebbero poi sostenere un cambiamento politico e uno sviluppo più ampi.

Professionisti

Le organizzazioni e gli operatori sono spesso in prima linea nel riconoscere e affrontare gli aspetti di genere del consumo di droga e possono quindi svolgere un ruolo non solo nello sviluppo di interventi che rispondano alle esigenze delle donne e delle persone non binarie, ma anche nell'avviare un cambiamento positivo e trasformativo di genere. Riconoscendo che la gamma di risposte preventive può intersecarsi con il sistema di giustizia penale, il trattamento e l'intervento, è utile considerare i seguenti punti.

► Gli approcci sensibili al genere dovrebbero essere considerati in tutte le strategie e i programmi di prevenzione universali, selettivi e indicati, e dovrebbero includere la considerazione della dimensione di genere delle norme sociali e delle interazioni sociali.

► Esistono forti evidenze a favore di componenti sensibili al genere nella prevenzione universale, come la discussione delle norme di genere nei modelli di consumo e di ricerca di aiuto, la promozione della solidarietà di genere e la discussione degli aspetti sensibili al genere e specifici del consumo di droga in condizioni che facilitino l'espressione di persone di tutti i generi.

► All'interno dei programmi di prevenzione selettiva, le evidenze suggeriscono che è importante includere aspetti chiave, come affrontare le norme

di genere relative all'uso di sostanze e il modo in cui possono contribuire ai danni e ai rischi, rivolgersi alle persone nel loro ambiente sociale o ricreativo e incoraggiare l'intervento degli astanti per affrontare i rischi legati al genere nei contesti di consumo di sostanze.

► Nell'ambito degli interventi di prevenzione indicata, gli approcci incentrati sulla persona che si basano e sviluppano la resilienza e le risorse personali sono una leva fondamentale per promuovere un cambiamento salutare. È importante anche un approccio trauma-informed, in quanto i giovani o i consumatori di droga in fase iniziale possono essere già stati colpiti da esperienze negative come la violenza di genere.

► Sono necessari programmi di prevenzione specifica per le persone transgender di tutti i generi e per le persone non binarie. La creazione di ambienti favorevoli e rispettosi e la formazione del personale sono essenziali per incoraggiare la discussione e la condivisione, in particolare in relazione alle questioni relative all'identità di genere.

► La natura neutra rispetto al genere dei quadri giuridici e del sistema giudiziario penale si combina con istituzioni progettate per la popolazione maschile dominante, con conseguenti rischi e vulnerabilità molto particolari per le donne e le persone non binarie.

► La complessità e l'intersezione tra povertà, violenza di genere e responsabilità di cura devono essere adeguatamente riflesse nella legislazione o nelle linee guida esistenti in materia di sentenze, sebbene esistano forti linee guida per una riforma dei sistemi penali che risponda alle esigenze di genere nell'ambito della politica sulle droghe (Penal Reform International 2016).

► I tassi di accesso e di completamento del trattamento delle tossicodipendenze da parte delle donne sono relativamente più bassi rispetto a quelli degli uomini; è necessario esaminare più ampiamente i fattori che promuovono il trattamento e l'accesso. Nonostante l'esistenza di casi pratici e di innovazioni politiche, mancano ricerche sull'efficacia degli interventi progettati specificamente per le donne (Tuchmann 2010).

► Oltre alla necessità di cure e trattamenti sensibili al genere e addirittura trasformativi, è necessario valutare e ricercare l'impatto di queste risposte. Questo vale anche per i programmi e gli interventi di prevenzione.

► Data l'intersezione tra disuguaglianze di genere e strutturali, le valutazioni dei risultati dei programmi di trattamento e intervento potrebbero doversi concentrare su sottili cambiamenti positivi (Timpson et al. 2016), come il miglioramento del funzionamento psicosociale e l'aumento del benessere e della stabilità per le persone che si presentano ai servizi con bisogni complessi (Tompkins e Neale 2018). L'attenzione al benessere, alla stabilità e al funzionamento psicosociale può essere un indicatore chiave di successo (ibidem), così come l'impegno continuo nei confronti dei servizi, la fiducia negli operatori e il miglioramento della sicurezza (Morton e O'Reilly 2019).

Le iniziative e i progetti evidenziati in questo manuale dimostrano il crescente interesse e l'impegno per una politica sulle droghe sensibile e trasformativa dal punto di vista del genere, nonché la capacità dei governi, dei responsabili politici e degli operatori di attuare risposte innovative ed efficaci. Coloro che avviano, coordinano, guidano e valutano l'innovazione e il cambiamento positivo sono essenziali per lo sviluppo di una politica sulle droghe che risponda alle esigenze di genere, e si spera che questo manuale sostenga un'ulteriore trasformazione fornendo quadri, prove ed esempi utili.

Glossario

Autore: Cristiana Vale Pires

EIGE - Istituto europeo per l'uguaglianza di genere

PWUD - Persone che fanno uso di droghe

UNDCP - Programma internazionale di controllo delle droghe delle Nazioni Unite

WHO – Organizzazione Mondiale della Sanità

WWID – Donne che usano droghe per via iniettiva

WWUD – Donne che usano droghe

Il glossario

Durante le varie fasi di stesura del manuale, è apparso subito evidente che sarebbe stato necessario un glossario per i ricercatori coinvolti nel processo. Cristiana Vale Pires si è quindi offerta di intraprendere questo lavoro. Il glossario che segue è il risultato della sua ricerca e copre la terminologia utilizzata nella pubblicazione e le definizioni più recenti trovate nella letteratura corrente.

Riconosciamo che il linguaggio non è neutro e può essere usato come strumento per normalizzare la diversità di genere e creare norme sociali e culturali rispettose, inclusive ed egualitarie. In questo manuale, utilizziamo intenzionalmente un linguaggio e concetti inclusivi di genere per riconoscere e rendere visibili le esperienze specifiche delle donne e delle persone con diversità di genere. Questo glossario non è esaustivo e si basa sulla terminologia già utilizzata da altre organizzazioni internazionali. La definizione di alcuni concetti fa riferimento a squilibri strutturali tra uomini e donne. In questa pubblicazione riconosciamo la diversità di genere al di là del modello binario maschio-femmina, e pertanto utilizzeremo gli stessi concetti in tutti i capitoli per riferirci alle esperienze di donne, transgender e persone non binarie.

Aggressioni sessuali facilitate da droghe - "tutte le forme di attività sessuale penetrativa non consensuale, che comportano la somministrazione forzata o occulta di una sostanza inabilitante o disinibente da parte di un aggressore, ai fini di una grave aggressione sessuale; così come l'attività sessuale da parte di un aggressore con una vittima che è profondamente intossicata dalle sue stesse azioni al punto da perdere quasi o effettivamente i sensi" (CMDA 2007 in Gruppo Pompidou 2017)

Anni di vita corretti per disabilità o DALY - la misura DALY stima il numero di anni di vita in buona salute persi a causa di disabilità o morte prematura.

Approcci specifici di genere - "tenere conto di come i fattori sociali come le relazioni, i ruoli, le norme, l'identità di genere e le politiche di genere influenzino le esperienze individuali di uso di sostanze, l'efficacia del trattamento e la capacità di una persona di accedere alle cure e al trattamento" (Schmidt et al. 2018).

Assistenza all'infanzia - "Fornitura di servizi pubblici, privati, individuali o collettivi per soddisfare le esigenze di genitori e bambini" (EIGE 2021).

Bassa soglia - "Strutture facilmente accessibili per i tossicodipendenti, con servizi di facile utilizzo che si concentrano più sulla riduzione dei danni che sull'astinenza". I visitatori possono mangiare e bere, spesso viene fornito l'accesso a servizi igienici, di solito si possono scambiare aghi e a volte viene distribuito metadone" (OEDT 1999, p. 176).

Bilancio di genere - "Il bilancio di genere è un'applicazione del mainstreaming di genere nel processo di bilancio. Comporta una valutazione dei bilanci basata sul genere, l'integrazione di una prospettiva di genere a tutti i livelli del processo di bilancio e la ristrutturazione di entrate e spese per promuovere l'uguaglianza di genere" (EIGE 2021). Si veda anche il **mainstreaming di genere**.

Binarismo di genere - "L'idea dominante nella società occidentale che esistano solo due generi, che tutte le persone siano uno di questi due generi e che i due siano opposti" (Equality Network 2017).

Bisessualità - "Quando una persona è emotivamente e/o sessualmente attratta da persone di più di un genere" (ILGA-Europe 2019).

Caratteristiche sessuali - Un termine che si riferisce ai cromosomi, all'anatomia, alla struttura ormonale e agli organi riproduttivi di una persona: "Questo termine è considerato più inclusivo di "status intersex" da molti attivisti intersex, in quanto si riferisce a uno spettro di possibili caratteristiche piuttosto che a un singolo status o esperienza omogenea di essere intersex" (ILGA-Europe 2019).

Cisgender/Cis - "Una persona che si identifica con il genere che le è stato assegnato alla nascita. Il termine cisgender si riferisce a chiunque non sia transgender" (Equality Network 2017).

Colloquio motivazionale - "uno stile di consulenza direttiva e centrata sul cliente, che mira a produrre un cambiamento comportamentale aiutando gli utenti a esplorare e risolvere la loro ambivalenza" (Rollnick e Miller 1995).

Colpevolizzazione della vittima - La "colpevolizzazione della vittima" esiste in qualche misura per tutte le forme di violenza. Per non interrogarci sulla sicurezza del mondo che ci circonda quando sentiamo parlare di un episodio di violenza, possiamo invece prendere in esame il comportamento della vittima e assicurarci che se evitiamo tali rischi e comportamenti (ad esempio, uscire tardi e da soli, avventurarsi in certi quartieri, lasciare la porta aperta, vestirsi in modo "provocante"), eviteremo la violenza. Questo atto naturale di autodifesa psicologica, tuttavia, focalizza la nostra attenzione sulla percezione della responsabilità della vittima e può impedirci di condannare pienamente la condotta dell'autore del reato. Nel contesto della violenza di genere, il biasimo si concentra sulla vittima, spesso una donna, e sul suo comportamento, piuttosto che sulle cause strutturali e sulle disuguaglianze che sono alla base della violenza perpetrata contro di lei" (UN Women 2021).

Cultura dello stupro - "Un complesso di credenze che incoraggia l'aggressione sessuale maschile e sostiene la violenza contro le donne" (EIGE 2021).

Discriminazione - "Trattamento diseguale o ingiusto che può basarsi su una serie di motivi, come età, origine etnica, disabilità, orientamento sessuale, identità di genere, espressione di genere e/o caratteristiche sessuali". Può essere suddivisa in quattro diversi tipi di discriminazione, che possono tutti portare a vittimizzazione e molestie: discriminazione diretta, discriminazione indiretta, discriminazione multipla e discriminazione vissuta" (ILGA-Europe 2019).

Discriminazione multipla - "Alcuni gruppi di donne, a causa della combinazione del loro sesso con altri fattori, quali la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o di altro tipo, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la proprietà, la nascita o altri status, si trovano in una posizione particolarmente vulnerabile. Oltre alla discriminazione di genere, queste donne subiscono spesso uno o più altri tipi di discriminazione contemporaneamente" (Commissione per l'uguaglianza di genere 2015).

Disturbo da uso di sostanze - "è un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano che la persona continua a usare la sostanza nonostante i significativi problemi correlati alla sostanza stessa" (APA 2013, p. 483).

Diversità - "Differenze nei valori, negli atteggiamenti, nelle prospettive culturali, nelle credenze, nell'etnia, nell'orientamento sessuale, nell'identità di genere, nelle competenze, nelle conoscenze e nelle esperienze di vita di ciascun individuo in qualsiasi gruppo di persone" (EIGE 2021).

Donna trans - "Una persona a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita ma che ha un'identità di genere femminile e sta quindi effettuando una transizione per vivere pienamente come donna" (Equality Network 2017).

Doppio standard - "Definizione del contenuto delle culture comportamentali formali e informali, il che significa che i criteri o gli standard utilizzati per valutare e regolamentare le donne spesso differiscono da quelli degli uomini, a vantaggio degli uomini" (EIGE 2021).

Droga - "Qualsiasi sostanza psicoattiva, cioè una sostanza che, se assunta in dosi sufficienti, può alterare i processi mentali e fisiologici" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011).

Educazione tra pari - "I coetanei educano i consumatori di droghe comunicando messaggi preventivi, in particolare sull'uso di droghe e sul sesso sicuro, ai loro coetanei nella loro lingua all'interno di una sottocultura comune" (OEDT 1999, p. 177).

Empowerment - "Aiutare le persone ad acquisire il potere di agire per controllare e migliorare la propria vita, e i processi che permettono loro di farlo" (OEDT 1999, p. 174).

Espressione di genere - "Si riferisce alla manifestazione da parte degli individui della propria identità di genere agli altri, ad esempio attraverso l'abbigliamento, il linguaggio e i modi di fare". L'espressione di genere delle persone può corrispondere o meno alla loro identità di genere o al genere che è stato loro assegnato alla nascita" (ILGA-Europe 2019).

Eteronormatività - "Si riferisce all'insieme di credenze e pratiche che considerano il genere come binario, assoluto e indiscutibile, e quindi descrivono e rafforzano l'eterosessualità come norma". Implica che il genere, il sesso e le caratteristiche sessuali delle persone siano per natura e debbano sempre essere allineati, e quindi che l'eterosessualità sia l'unica sessualità concepibile e l'unico modo per essere 'normali'" (ILGA-Europe 2019).

Fattori di rischio - "Nel contesto della prevenzione delle droghe, un fattore che aumenta la probabilità di fare uso per la prima volta di droghe o di passare a forme di consumo più dannose". I fattori di rischio possono essere a diversi livelli, come quello individuale (ad esempio, comportamento antisociale, bassa autostima, scarso rendimento scolastico), familiare (ad esempio, uso di droghe da parte dei genitori, mancanza di sostegno), mancanza di supervisione da parte dei genitori), coetanei/comunità (ad esempio, consumo di droga tra i pari), contesto (ad esempio, basso status socio-economico, elevata disponibilità di droga)" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011, pag. 271).

Fattori protettivi - "Nel contesto della prevenzione delle droghe, un fattore che riduce la probabilità di fare uso di droghe per la prima volta o di passare a forme di consumo più dannose". I fattori protettivi possono essere riscontrati a diversi livelli, come l'individuo (ad esempio, competenza sociale, controllo degli impulsi, alto livello di istruzione), la famiglia (ad esempio, unità familiare coesa, cura e sostegno, supervisione dei genitori), i pari/comunità (ad esempio, norme contro l'uso di droghe), il contesto (ad esempio, elevato status socio-economico)" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011, pag. 268).

Femminile - "Riferimento biologicamente basato al sesso di una donna" (EIGE 2021).

Femminilità - "Diverse nozioni di ciò che significa essere una donna, compresi i modelli di comportamento relativi al posto che le donne assumono in un determinato insieme di ruoli e relazioni di genere" (EIGE 2021).

Femminismo(i) - "Una posizione politica e un impegno per cambiare la posizione politica delle donne e per promuovere l'uguaglianza di genere, basata sulla tesi che le donne sono sottopresse a causa del loro corpo di genere, cioè del loro sesso" (EIGE 2021).

Gender Gap - "Il divario in qualsiasi ambito tra donne e uomini in termini di livelli di partecipazione, accesso, diritti, retribuzione o benefici" (EIGE 2021).

Genere - "ruoli, comportamenti, attività e attributi socialmente costruiti che una data società considera appropriati per le donne e gli uomini" (articolo 3c della Convenzione di Istanbul) (Consiglio d'Europa 2011).

Identità di genere - "si riferisce all'esperienza interna e individuale profondamente sentita da ogni persona del proprio genere, che può corrispondere o meno al sesso assegnato alla nascita, compreso il senso personale del corpo (che può comportare, se liberamente scelto, l'alterazione dell'aspetto o della funzione corporea con mezzi medici, chirurgici o di altro tipo) e altre espressioni del genere, compresi l'abbigliamento, il linguaggio e i modi di fare" (Commissione per gli affari legali e i diritti umani 2009, p. 7).

Intersex - "Un termine che si riferisce a una serie di tratti fisici o variazioni che si collocano tra gli ideali stereotipati di maschio e femmina". Le persone intersessuali nascono con caratteristiche fisiche, ormonali o genetiche che non sono né completamente femminili né completamente maschili, o una combinazione di femminili e maschili, o né femminili né maschili. Esistono molte forme di intersessualità; si tratta di uno spettro o di un termine ombrello, piuttosto che di una singola categoria. Per questo motivo gli attivisti intersessuali spesso preferiscono usare il termine "caratteristiche sessuali" (ad esempio, quando si parla di motivi che possono essere protetti dalla discriminazione). "Non esiste uno stato statico chiamato 'status intersessuale', e l'uso del termine 'caratteristiche sessuali' riflette il fatto che essere intersessuali è un'esperienza corporea e solo una parte dell'identità di una persona" (ILGA-Europe 2019).

Intersezionalità - "Uno strumento analitico per studiare, comprendere e rispondere ai modi in cui il sesso e il genere si intersecano con altre caratteristiche personali" relative all'identità, e come queste intersezioni contribuiscono a esperienze uniche di discriminazioni" (EIGE 2021).

Intossicazione - "si riferisce all'uso di droghe legali o illegali per alterare il proprio stato di coscienza, che sia visibile o meno agli altri, al fine di cambiare il modo in cui la persona interagisce con il mondo". La nozione di intossicazione ha quindi uno scopo, sia che si tratti di alleviare il dolore o il trauma, di divertirsi, di socializzare, di ribellarsi, di esprimere rabbia, di adattarsi, di lavorare a lungo, di rilassarsi o semplicemente di prendersi una pausa da una routine banale, come nel caso delle micro-intossicazioni legate al fumo di tabacco o al bere tè o caffè" (Hutton 2020).

Lavoro di prossimità - "Il lavoro di prossimità legato alla droga è un metodo proattivo utilizzato da professionisti e volontari formati o da pari per raggiungere i consumatori di droga. I suoi obiettivi sono informarli sui rischi associati al consumo di droga, sostenerli nel ridurre o eliminare tali rischi e/o aiutarli a migliorare la loro situazione fisica e psicosociale con mezzi individuali o collettivi" (OEDT 1999: 164).

Lesbica - "Una donna che è sessualmente e/o emotivamente attratta dalle donne" (ILGA- Europe 2019).

LGBTQI+ - Acronimo di lesbiche, gay, bisessuali, transgender, queer, intersessuali e altre persone di genere e sesso diverso.

Mainstreaming di genere - "Considerazione sistematica delle differenze tra le condizioni, le situazioni e i bisogni delle donne e degli uomini in tutte le politiche e le azioni" (EIGE 2021). In questo manuale consideriamo il mainstreaming di genere anche come una questione di condizioni, situazioni e bisogni specifici delle persone non binarie.

Mascolinità - "Una prospettiva di genere, o un modo di analizzare l'impatto del genere sulle opportunità, i ruoli sociali e le interazioni delle persone, ci permette di vedere che c'è una pressione su uomini e ragazzi per conformarsi a ruoli specifici. Pertanto, il termine mascholinità si riferisce al significato sociale della virilità, che è costruito e definito socialmente, storicamente e politicamente, piuttosto che biologicamente. Esistono molte definizioni socialmente costruite di virilità, che possono cambiare nel tempo e da luogo a luogo. Il termine si riferisce alle nozioni e agli ideali percepiti di come gli uomini dovrebbero o ci si aspetta che si

comportino in un determinato contesto. Le mascolinità non riguardano solo gli uomini; anche le donne interpretano e producono il significato e le pratiche del maschile" (UN Women 2021).

Mascolinità egemonica - "Una norma culturale che associa continuamente gli uomini al potere e alla realizzazione economica" (EIGE 2021).

Miti dello stupro - "atteggiamenti e credenze generalmente falsi ma diffusi e persistenti che servono a negare e giustificare la violenza sessuale" (Lonsway e Fitzgerald 1994).

Molestie - "comportamento indesiderato legato al genere di una persona, che si verifica con lo scopo o l'effetto di violarne la dignità e di creare un ambiente intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo" (EIGE 2021).

Molestie sessuali - "Qualsiasi forma di comportamento indesiderato verbale, non verbale o fisico con connotazioni sessuali, che abbia lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona, in particolare quando crea un ambiente intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo" (articolo 40 della Convenzione di Istanbul) (Consiglio d'Europa 2011).

Morte droga correlata o overdose - morte che è "direttamente dovuta all'uso di sostanze illecite" (OEDT 2021c).

Neutrale rispetto al genere - "Una politica, un programma o una situazione che non ha un impatto differenziale positivo o negativo in termini di relazioni di genere o di uguaglianza tra donne e uomini" (GIE 2021).

Norme di genere - "Norme e aspettative a cui le donne e gli uomini generalmente si conformano, all'interno di una gamma che definisce una particolare società, cultura e comunità in un determinato momento" (GIE 2021).

Omofobia - "Paura, rabbia irragionevole, intolleranza e/o odio verso l'omosessualità" (ILGA-Europe 2019).

Omosessuale - "Le persone sono classificate come omosessuali sulla base del loro sesso e del sesso del loro partner sessuale. Se il sesso del partner è uguale a quello dell'individuo, la persona viene classificata come omosessuale. Il termine si concentra sulla sessualità piuttosto che sull'identità e può, in alcuni contesti, avere una connotazione negativa e patologizzante" (ILGA-Europe 2019).

Orientamento sessuale - "si riferisce alla capacità di ogni persona di provare una profonda attrazione emotiva, affettiva e sessuale verso, e di avere relazioni intime e sessuali con, individui di sesso diverso, dello stesso sesso o di più di un sesso". L'orientamento sessuale è una parte profonda dell'identità di ogni essere umano e comprende l'eterosessualità, la bisessualità e l'omosessualità" (Commissione per gli affari legali e i diritti umani 2009, p. 7).

Patriarcato - "Sistema sociale di dominio maschile sulle donne" (EIGE 2021) (cfr. **Sistema di genere**).

Persona eterosessuale/persona etero - "Una persona che è emotivamente e/o sessualmente attratta solo da persone di sesso diverso" (Equality Network 2017).

Persona non binaria - "Una persona che si identifica come avente un genere compreso tra le due categorie 'maschile' e 'femminile' o oltre, come oscillante tra 'maschile' e 'femminile', o come non avente alcun genere, in modo permanente o occasionale" (Gender Equality Commission 2015).

Politiche e programmi che rispondono alle esigenze di genere - "riconoscono e tengono conto delle differenze nei ruoli, nelle responsabilità e nell'accesso alle risorse di uomini e donne quando si progettano gli interventi; e/o non cercano di cambiare le cause sottostanti di queste differenze" (OMS 2021a).

Politiche e programmi ciechi rispetto al genere - "Ignorano le norme di genere; sono ciechi rispetto alle differenze nell'assegnazione di ruoli e risorse; non sono intenzionalmente discriminatori ma rafforzano la discriminazione di genere; e/o spesso ignorano la mancanza di opportunità, la discriminazione che sono alla base di ciò che sembra essere una pratica equa" (OMS 2021a).

Politiche e programmi di disuguaglianza di genere "privilegiano gli uomini rispetto alle donne o viceversa; presentano disuguaglianze chiare e non nascoste; e/o negano i diritti delle donne o danno agli uomini diritti e opportunità che le donne non hanno (o viceversa)" (OMS 2021a). In questo manuale, consideriamo politiche e programmi diseguali dal punto di vista del genere quelli che non tengono conto della diversità di genere.

Politiche e programmi sensibili al genere - "prendono in considerazione e riconoscono le norme, i ruoli e le disuguaglianze di genere, ma non intraprendono alcuna azione per affrontarle; e/o equivalgono a una sensibilizzazione di genere (consapevolezza del problema), che non significa necessariamente che poi si faccia qualcosa al riguardo" (OMS 2021b).

Pratica informata sui traumi - "La pratica informata sui traumi consiste nell'integrare la comprensione delle esperienze passate e presenti di violenza e di trauma in tutti gli aspetti della fornitura di servizi. L'obiettivo dei servizi e dei sistemi informati sul trauma è evitare di ri-traumatizzare gli individui e sostenerne la sicurezza, favorire la scelta e il controllo per promuovere la guarigione" (Schmidt et al. 2018, p. 37).

Prevenzione delle droghe - "Qualsiasi attività volta (almeno in parte) a prevenire o ridurre il consumo di droga e/o le sue conseguenze negative nella popolazione generale" o sottopopolazioni, tra cui prevenire o ritardare l'inizio del consumo di droga, promuovere la cessazione del consumo, ridurre la frequenza e/o la quantità del consumo, prevenire la progressione verso modelli di consumo dannosi o pericolosi, e/o prevenire o ridurre le conseguenze negative del consumo" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011, p. 252).

Prevenzione indicata - "Nel contesto della prevenzione delle droghe, le attività che si rivolgono alle persone a maggior rischio individuale di consumo (dannoso) di droga" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011: 259).

Prevenzione selettiva - "Nel contesto della prevenzione delle dipendenze, attività che si rivolgono a individui a rischio più elevato della media di consumo di droga a causa della loro appartenenza a un particolare gruppo di popolazione (adattato da Springer e Phillips 2007, ad esempio abbandoni scolastici, giovani delinquenti, figli di

tossicodipendenti e frequentatori di discoteche, vedi **Fattori di rischio**). Questi gruppi sono anche definiti "popolazioni vulnerabili" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011, p. 271).

Prevenzione universale - "La prevenzione universale mira generalmente a prevenire o ritardare l'inizio del consumo di droga. Gli individui o i gruppi con un rischio di consumo di droga superiore alla media non vengono individuati in modo mirato" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011, pag. 276).

Prospettiva di genere - "Una prospettiva che tiene conto delle differenze di genere nell'esaminare qualsiasi fenomeno sociale, politica o processo" (EIGE 2021).

Queer - "Precedentemente usato come termine peggiorativo per le persone LGBTI nella lingua inglese, il termine queer è stato recuperato dalle persone che si identificano al di là delle tradizionali categorie di genere e delle norme sociali eteronormative. Tuttavia, a seconda del contesto, alcune persone potrebbero comunque trovarlo offensivo. Si riferisce anche alla teoria queer, un campo accademico che sfida le norme sociali eteronormative su genere e sessualità" (ILGA-Europe 2019).

Reati in materia di stupefacenti - "reati quali la produzione, il traffico e la vendita di stupefacenti, nonché il consumo e la detenzione di stupefacenti a scopo di consumo" (OEDT 2021c).

Riduzione del danno - "La riduzione del danno si riferisce a politiche, programmi e pratiche che mirano a minimizzare gli impatti negativi sulla salute, sociali e legali associati al consumo di droga, alle politiche e alle leggi" (Harm Reduction International 2021).

Ruoli di genere - "Norme sociali e comportamentali che, in una specifica cultura, sono ampiamente considerate socialmente appropriate per gli individui di un determinato sesso" (EIGE 2021).

Sessismo - "Azioni o atteggiamenti che discriminano le persone esclusivamente sulla base del loro sesso" (EIGE 2021).

Sesso - "Caratteristiche biologiche e fisiologiche che definiscono gli esseri umani come femmine o maschi" (EIGE 2021).

Sistema di genere - "Un sistema di strutture economiche, sociali, culturali e politiche che mantengono e riproducono ruoli e attributi di genere distinti tra donne e uomini" (GIE 2021).

Sistema di giustizia penale - "affronta le conseguenze del comportamento criminale nella società e mira a proteggere il diritto delle persone alla sicurezza e al godimento dei diritti umani". Più specificamente, comprende il lavoro della polizia, della procura e della magistratura in materia penale, nonché l'accesso all'assistenza legale, alle carceri e alle alternative alla detenzione, alla giustizia riparativa, alla protezione delle vittime e alla riparazione. Include anche questioni trasversali come il genere, i diritti umani, i diritti delle donne e i diritti dei bambini, e considerazioni per le vittime e i minori all'interno del sistema di giustizia penale" (UNODC 2021a).

Socializzazione di genere - "Il processo attraverso il quale gli individui apprendono i comportamenti culturali associati ai concetti di femminilità o mascolinità" (EIGE 2021).

Stress delle minoranze, fattori di stress delle minoranze - Il modello di stress delle minoranze si riferisce specificamente alla divergenza e al conflitto che si crea tra i valori del gruppo minoritario e la cultura o la società dominante ed è stato ampiamente concettualizzato e utilizzato nel campo della salute delle minoranze sessuali (Meyer 2003).

Transfobia - "Si riferisce a credenze, opinioni, atteggiamenti e comportamenti culturali e personali negativi basati sul pregiudizio, il disgusto, la paura e/o l'odio nei confronti delle persone trans o delle variazioni dell'identità di genere e dell'espressione di genere" (ILGA-Europe 2019).

Transgender/Trans - "un termine comprensivo che si riferisce a persone la cui identità di genere e/o espressione di genere differisce dal sesso/genere assegnato loro alla nascita". Questo può includere, ma non è limitato a: persone che si identificano come transessuali, transgender, travestiti, androgini, poligender, genderqueer, agender, gender variant, gender non-conforming, o con qualsiasi altra identità e/o espressione di genere che non soddisfa le aspettative sociali e culturali poste sull'identità di genere" (ILGA-Europe 2019).

Trasformativo di genere - "riconoscere le differenze nei ruoli, nelle norme e nell'accesso alle risorse di uomini e donne; e/o cercare attivamente di cambiarle, per promuovere l'uguaglianza di genere" (OMS 2021a).

Trattamento delle tossicodipendenze - "un'attività che si rivolge direttamente alle persone con problemi legati al consumo di droga e mira a raggiungere obiettivi definiti per alleviare e/o eliminare tali problemi, erogata da professionisti esperti o accreditati, nell'ambito di una pratica di assistenza medica, psicologica o sociale riconosciuta". Questa attività si svolge spesso in strutture specializzate per i tossicodipendenti, ma può anche avvenire in servizi generali che offrono supporto medico/psicologico a persone con problemi di droga" (OEDT 2017).

Trauma - "descrive gli effetti di esperienze che vanno oltre la capacità di una persona di farvi fronte". Queste esperienze possono essere costituite da eventi della prima infanzia, come abusi, negligenza e violenza a cui si è assistito, o da eventi successivi, come violenza sessuale, violenza del partner, disastri naturali, guerre, incidenti, perdite improvvise e inaspettate, distacco forzato dalla casa o dalla cultura, ecc. " (Schmidt et al. 2018, pag. 36).

Uguaglianza di genere - pari diritti, responsabilità e opportunità per uomini, donne e persone non binarie.

Uomo trans - "Una persona a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita, ma ha un'identità di genere maschile e sta quindi effettuando una transizione per vivere pienamente come uomo" (Equality Network 2017).

Uso di droghe o abuso di droghe/sostanze - "L'uso di una droga per scopi diversi dal trattamento medico prescritto o dalla ricerca scientifica". Il consumo di droghe può essere astinente, infrequente (sperimentazione), occasionale (ad esempio, meno di una volta alla settimana) o regolare (ad esempio, almeno una volta alla settimana)" (OEDT, Brotherhood e Sumnall 2011, p. 252).

Uso problematico di droghe - "uso di droghe per via parenterale o uso regolare o a lungo termine di oppioidi, cocaina e/o anfetamine" (OEDT 2021c).

Violenza contro le donne - "Qualsiasi atto di violenza di genere che provochi, o possa provocare, danni o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche alle donne, comprese le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, che si verifichi in pubblico o nella vita privata" (UN Women 2021).

Violenza di genere (GBV) - "Violenza diretta contro una persona a causa del suo sesso, della sua identità di genere o della sua espressione di genere, o che colpisce in modo sproporzionato le persone di un determinato sesso" (EIGE 2021).

Violenza domestica/abuso domestico/violenza del partner intimo (IPV) - "può essere definita come un modello di comportamento in qualsiasi relazione che viene utilizzato per ottenere o mantenere il potere e il controllo su un partner intimo". L'abuso è un'azione o una minaccia di azione fisica, sessuale, emotiva, economica o psicologica che influenza un'altra persona...

Chiunque può essere vittima di violenza domestica, indipendentemente da età, razza, sesso, orientamento sessuale, fede o classe sociale...

Le vittime di violenza domestica possono essere anche i bambini, altri membri della famiglia o qualsiasi altro membro del nucleo familiare. La violenza domestica comporta solitamente un comportamento abusivo nei confronti di un partner intimo in una relazione romantica o familiare, in cui il maltrattante esercita potere e controllo sulla vittima. La violenza domestica può essere di natura mentale, fisica, economica o sessuale. Gli incidenti sono raramente isolati e di solito aumentano in frequenza e gravità. La violenza domestica può provocare gravi lesioni fisiche o la morte" (Nazioni Unite, 2021).

Violenza sessuale - "qualsiasi atto sessuale compiuto sulla vittima senza il suo consenso" (EIGE 2021).

Violenza sessuale, compreso lo stupro: "a) penetrazione sessuale non consensuale, vaginale, anale o orale, del corpo di un'altra persona con qualsiasi parte del corpo o oggetto; b) compimento di altri atti sessuali non consensuali con una persona; c) induzione di un'altra persona a compiere atti sessuali non consensuali con una terza persona". Il consenso deve essere dato volontariamente come risultato della libera volontà della persona valutata nel contesto delle circostanze ambientali" (Consiglio d'Europa 2011; Commissione per la parità di genere 2015).

Vittimizzazione - "l'esperienza di una persona che subisce una violazione dei propri diritti attraverso un reato penale; i reati contro la persona sono intesi come una violazione dei diritti degli individui protetti dal diritto penale" (EIGE 2021).

Riferimenti

Abrams M. (2019), 64 terms that describe gender identity and expression. Why does it matter? Healthline, available at www.healthline.com/health/different-genders#1 , accessed 4 February 2022.

Aebi M. F. and Tiago M. M. (2020), "Council of Europe annual penal statistics - SPACE I: prison populations survey 2019", Council of Europe, Strasbourg.

Agterberg S. et al. (2020), "Treatment barriers among individuals with co-occurring substance use and mental health problems: examining gender differences", Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 112, pp. 29-35.

Alexander M. (2011), The new Jim Crow: mass incarceration in the age of colorblindness, The New Press, New York.

Anderson T. L. (2005), "Dimensions of women's power in the illicit drug economy", Theoretical Criminology Vol. 9, No. 4, pp. 371-400.

ANew Support Services (2019), "Annual report 2018", Dublin.

Anglin M. D., Hser Y. I. and Booth M. W. (1987), "Sex differences in addict careers. 4. Treatment", American Journal of Drug and Alcohol Abuse Vol. 13, No. 3, pp. 253-80.

APA (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5th edn), American Psychiatric Association, Washington, DC.

Ayon S. et al. (2017), "Barriers and facilitators of access to HIV, harm reduction and sexual and reproductive health services by women who inject drugs: role of community-based outreach and drop-in centers", AIDS Care Vol. 30, No. 4, pp. 480-7.

Babineau K. and Harris A. (2015), "Pathways through treatment: a mixed-methods longitudinal outcomes study of Coolmine Therapeutic Community", Coolmine Therapeutic Community, Dublin.

Bailey K., Trevillion K. and Gilchrist G. (2019), "What works for whom and why: a narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence", Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 99, pp. 88-103.

Balasz M. et al. (2018), "Sex-related differences in heavy episodic drinking among young adults living in Porto, Bologna and Tarragona: patterns, protective behaviors and negative consequences", Journal of Alcohol and Drug Education Vol.

62, No. 3, pp. 72-93.

Barbarett R., Jackson C. and Jay J. (2017), "UN rules for the treatment of women prisoners and non-custodial sanctions for women offenders (the Bangkok Rules): a gendered critique", *Papers: Revista de sociologia* Vol. 102, No. 2, pp. 215-30.

Barbier K. (2016), "Accessoires. L'invisibilisation des femmes dans les procédures pénales en matière de stupéfiants", Thèse de sociologie, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP), Université Paris-Saclay.

Barzano P. (2013), "The Bangkok Rules: an international response to the needs of women offenders", in *Visiting Experts' Papers, Work Product of the 153rd International Senior Seminar, UNAFEI, Tokyo*, available at www.unafei.or.jp/english/publications/Resource_Material_90.html , accessed 4 February 2022.

Bates G. et al. (2017), "The effectiveness of interventions related to the use of illicit drugs: prevention, harm reduction, treatment and recovery. A 'review of reviews'", *HRB Drug and Alcohol Evidence Review* 5, Dublin.

Becker J. B. and Koob G. F. (2016), "Sex differences in animal models: focus on addiction", *Pharmacological Reviews* Vol. 68, No. 2, pp. 242-63.

Becker J. B., McClellan M. L. and Glover Reed B. (2017), "Sex differences, gender and addiction", *Journal of Neuroscience Research* Vol. 95, Nos. 1-2, pp. 136-47.

Belknap J. (2015), *The invisible woman: gender, crime, and justice* (4th edn), Cengage Learning, Stamford, CT.

Benoit C. et al. (2014), "Providers' constructions of pregnant and early parenting women who use substances", *Sociology of Health & Illness* Vol. 36, No. 2, pp. 252-63.

Benoit T., Dambelle S. and Jauffret-Roustide M. (2015), "Violences, subies ou produites, et usage de substances psychoactives chez les femmes en Europe et dans la région méditerranéenne. Revue de littérature et élaboration de pistes de recherches" [Violence experienced or perpetrated, and psychoactive substance use among women in Europe and in the Mediterranean region. Literature review and identification of lines of research], Pomicidou Group, Council of Europe, Strasbourg.

Benoit T. and Jauffret-Roustide M. (2015), "Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances. Consultation of professionals in September and October 2015 in four European cities: Paris, Rome, Madrid and Lisbon", Pomicidou Group, Council of Europe, Strasbourg.

Bès F. (2020), *Prisons pour femmes: la double peine*, Observatoire international

des prisons (OPI), available at <https://oip.org/analyse/prisons-pour-femmes-la-doublepeine>, accessed 4 February 2022.

Blake S. M. et al. (2001), “A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls”, *Journal of Early Adolescence* Vol. 21, No. 3, pp. 294-324.

Bonevski D., Ignjatova L. and Naumovska A. (2016), “Attachment style, self-esteem and manifest anxiety in patients undergoing treatment for opiate addiction”, *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* Vol. 18, No. 1, pp. 31-6.

Bränström R., Sjöström E. and Andréasson S. (2008), “Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents”, *European Journal of Public Health* Vol. 18, No. 1, pp. 12-18.

Broderick G. et al. (2019), “Putting relationships first in social work”, *Open Access Practice & Research Journal* (Winter).

Bronson J. et al. (2017), “Drug use, dependence, and abuse among state prisoners and jail inmates, 2007-2009”, *Special Report*, US Department of Justice, Washington, DC.

Bui H. N. and Morash M. (2010), “The impact of network relationships, prison experiences, and internal transformation on women’s success after prison release”, *Journal of Offender Rehabilitation* Vol. 49, No. 1, pp. 1-22.

Burkhart G. and Helmer S. M. (2019), “Drug prevention: exploring a systems perspective”, EMCDDA, Lisbon.

Busse A. et al. (2018), “Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment” [Scientific poster], UNODC, WHO.

Butcher K. F., Park K. H. and Morrison Piehl A. (2017), “Comparing apples to oranges: differences in women’s and men’s incarceration and sentencing outcomes”, *NBER Working Paper Series No. 23079*, National Bureau of Economic Research.

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2020), “Gendering the scene: women, genderdiverse people, and harm reduction in Canada”.

Canavan R. et al. (2012), “Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities”, *BMC Health Service Research* Vol. 12, article 222.

Cardi C. (2004), “La production du genre au sein de la justice des mineurs : la figure de la délinquante chez les juges des enfants”, in Denèfle S. (ed.) *Femmes*

et villes, Presses universitaires François-Rabelais, Tours.

Cardi C. (2007), “Le contrôle social réservé aux femmes: entre prison, justice et travail social”, *Déviance et Société* Vol. 31, No. 1, pp. 3-23.

CDC (2020), Infographic: 6 Guiding principles to a trauma-informed approach, Centers for Disease Control and Prevention, available at www.cdc.gov/cpr/infographics/6_principles_trauma_info.htm, accessed 4 February 2022.

Cekovski I. and Dimitrievski V. (2018), “Legal needs and access to justice for people who inject drugs and sex workers in Macedonia”, Heathy Options Project Skopje (HOPS), Skopje.

Central Statistics Office (2016), Census of population 2016 - Profile 9 health, disability and carers, Central Statistics Office, available at www.cso.ie/en/releasesandpublications/ep/p-cp9hdc/p8hdc/p9d, accessed 4 February 2022.

Chibanda D. et al. (2014), “Mental, neurological, and substance use disorders in people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* Vol. 67, Supplement 1, pp. S54-S67.

Cho A. and Tasca M. (2019), “Disparities in women’s prison sentences: exploring the nexus between motherhood, drug offense, and sentence length”, *Feminist Criminology* Vol. 14, No. 4, pp. 420-40.

CICAD (2009), “How to develop a national drug policy: a guide for policymakers, practitioners, and stakeholders”, Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD/OAS), Washington, DC.

City of Reykjavík (2019), “Stefna í málefnum heimilislausra með miklar og flóknar þjónustuparfir 2019-2025”[Policy on the matters of homeless people with complex needs 2019-25].

Clark M. (2015), “The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region”, Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg.

Cockroft J. D. et al. (2019), “‘A scarlet letter’: stigma and other factors affecting trust in the health care system for women seeking substance abuse treatment in a community setting”, *Substance Abuse* Vol. 40, No. 2, pp. 170-7.

Comiskey C. et al. (2021), An evaluation of the co-design of a citywide pilot anti-stigma training programme, Trinity College Dublin, Dublin.

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

Vienna.

Commission on Narcotic Drugs (2012b), “Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies”, No. E/CN.7/2012/L.8/Rev.1, United Nations Economic and Social Council, Vienna.

Commission on Narcotic Drugs (2016), “Resolution 59/5: mainstreaming a gender perspective in drug-related policies and programmes”, United Nations, Vienna.

Commission on Narcotic Drugs (2019), “Ministerial declaration on strengthening our actions at the national, regional and international levels to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem”, United Nations, Vienna.

Committee on Legal Affairs and Human Rights (2009), “Discrimination on the basis of sexual orientation and gender identity”, Council of Europe, Strasbourg.

CONADIC (2021), Programa contra la Farmacodependencia 2021-2024. Comisión Nacional contra las Adicciones.

Connolly J. and Buckley L. (2016), Demanding money with menace: drug-related intimidation and community violence in Ireland, Citywide Drugs Crisis Campaign, Dublin.

Correlation and Pompidou Group (2021), “Covid-19 and people who use drugs. Essential interventions to save lives and protect people”, Pompidou Group, Council of Europe and Correlation - European Harm Reduction Network, Strasbourg/ Amsterdam.

Coulter R. W. S. et al. (2018), “The effects of gender- and sexuality-based harassment on lesbian, gay, bisexual, and transgender substance use disparities”, Journal of Adolescent Health Vol. 62, No. 6, pp. 688-700.

Council of Europe (2005), “Gender budgeting. Final report of the Group of specialists on gender budgeting”, EG-S-GB (2004) RAP FIN, Directorate General of Human Rights, Council of Europe, Strasbourg.

Council of Europe (2008), “Recommendation CM/Rec (2008)1 of the Committee of Ministers to member states on the inclusion of gender differences in health policy”, available at https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d4212, accessed 4 February 2022.

Council of Europe (2011), “Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention)”, Council of Europe Treaty Series No. 210.

Covington S. S. (2008), "Women and addiction: a trauma-informed approach", *Journal of Psychoactive Drugs* Vol. 48, Supplement 5, pp. 377-85.

Covington S. S. and Bloom B. E. (2003), "Gendered justice: women in the criminal justice system", in Bloom B. E. (ed.), *Gendered justice: addressing female offenders*, Carolina Academic Press, Durham, NC.

Crowley D. and Van Hout M. C. (2016), "Effectiveness of pharmacotherapies in increasing treatment retention and reducing opioid overdose death in individuals recently released from prison: a systematic review", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* Vol. 19, No. 2, pp. 25-42.

Currie J. C. (2001), *Best practices: treatment and rehabilitation for women with substance use problems*, Health Canada, Ottawa.

Degenhardt L. et al. (2017), "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", *The Lancet Global Health* Vol. 5, No. 12, pp. e1192-e1207.

DeHart D. D. and Moran R. (2015), "Poly-victimization among girls in the justice system: trajectories of risk and associations to juvenile offending", *Violence Against Women* Vol. 21, No. 3, pp. 291-312.

Department of Health (2017), "Reducing harm, supporting recovery: a health-led response to drug and alcohol use in Ireland 2017-2025", Department of Health, Dublin.

Department of Health (2021), *Mid-term Review of the national drugs strategy, Reducing Harm, Supporting Recovery and Strategic Priorities 2021-2025*, Drugs Policy and Social Inclusion Unit, Department of Health, Dublin.

Department of Justice and Equality (2017), "National strategy for women and girls 2017-2020: creating a better society for all", Stationary Office, Dublin.

Devlin A. M. and Wight D. (2021), "Mechanisms and context in the San Patrignano drug recovery community, Italy: a qualitative study to inform transfer to Scotland", *Drugs: Education, Prevention and Policy* Vol. 28, No. 1, pp. 85-96.

Donnelly S. and Morton S. (2019), "Creating organizational and practice change through the use of co-operative inquiry groups in healthcare settings", *Action Research* Vol. 17, No. 4, pp. 451-68.

Dugan E. et al. (2021), "Global prevalence of hepatitis C virus in women of childbearing age in 2019: a modelling study", *The Lancet Gastroenterology and Hepatology* Vol. 6, No. 3, pp. 169-84.

Edland-Gryt M. and Skatvedt A. H. (2013), “Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders”, *International Journal of Drug Policy* Vol. 24, No. 3, pp. 257-64.

EIGE (2020), “Gender budgeting: step-by-step toolkit. Guidance for mainstreaming gender into the EU Funds”, European Institute for Gender Equality, Publications Office of the European Union, Luxembourg. EIGE (2021), Glossary & thesaurus, European Institute for Gender Equality, available at <https://eige.europa.eu/thesaurus/overview>, accessed 4 February 2022.

El-Bassel N. et al. (2014), “Drug use as a driver of HIV risks: re-emerging and emerging issues”, *Current Opinion in HIV and AIDS* Vol. 9, No. 2, pp. 150-5.

Elliot D. L. et al. (2008), “Long-term outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise & Nutrition Alternatives) program for female high school athletes”, *Journal of Alcohol and Drug Education* Vol. 52, No. 2, pp. 73-92.

EMCDDA (1999), Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Insights No. 2, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

EMCDDA and CICAD-OAS (2010), Building a national drugs observatory: a joint handbook, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and the InterAmerican Drug Abuse Control Commission of the Organization of American States, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA, Brotherhood A. and Sumnall H. R. (2011), European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Manual No. 7, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2015), Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights No. 19, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2017), An overview of the treatment demand key indicator (TDI), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, available at https://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/tdi-overview_en, accessed 4 February 2022.

EMCDDA (2019a), European drug report 2019: trends and developments, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2019b), European prevention curriculum. A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of

substance use, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2020), European drug report 2020: trends and developments, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2021a), Statistical Bulletin 2021, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, available at www.emcdda.europa.eu/data/stats2021_en, accessed 4 February 2022.

EMCDDA (2021b), European drug report 2021: trends and developments, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2021c), Prison and drugs in Europe: current and future challenges, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Insights No. 25, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Equality Network (2017), LGBTI glossary, Equality Network, Edinburgh. Ervin S. et al. (2020), Addressing trauma and victimization in women's prisons. Trauma informed victim services and programs for incarcerated women, Urban Institute, Washington, DC.

ESPAD Group (2020), "ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs", EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Ettorre E. (2007), Revisioning women and drug use: gender, power and the body, Macmillan, York. European Commission (2020), EU Agenda and Action Plan on Drugs 2021-2025, European Commission, Brussels.

Evans E. et al. (2013), "Explaining long-term outcomes among drug-dependent mothers treated in women-only versus mixed-gender programs", Journal of Substance Abuse Treatment Vol. 45, No. 3, pp. 293-301.

Evans-Lacko S. et al. (2018), "Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys", Psychological Medicine Vol. 48, No. 9, pp. 1560-71.

Farnworth M. and Teske J. R. H. C. (1995), "Gender differences in felony court processing: three hypotheses of disparity", Women and Criminal Justice Vol. 6, No. 2, pp. 23-44.

Fazel S., Yoon I. A. and Hayes A. J. (2017), "Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women", Addiction Vol. 112, No. 10, pp. 1725-39.

Fernandez J. et al. (2006), "Low threshold: a future model for drug service provision? An evaluation of the model used in South Islington Drug Services", *Journal of Research in Nursing* Vol. 11, No. 1, pp. 42-6.

Fitzpatrick S. and Stephens M. (2014), "Welfare regimes, social values and homelessness: comparing responses to marginalised groups in six European countries", *Housing Studies* Vol. 29, No. 2, pp. 215-34.

Fleetwood J., Radcliffe P. and Stevens A. (2015), "Shorter sentences for drug mules: the early impact of the sentencing guidelines in England and Wales", *Drugs: Education, Prevention and Policy* Vol. 22, No. 5, pp. 428-36.

Focus Ireland (2019), "Annual report 2018. Challenging homelessness. Changing lives", Focus Ireland, Dublin.

Foxcroft D. R. et al. (2014), "Motivational Interviewing for alcohol misuse in young adults", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 8, CD007025.

Gadama L. et al. (2020), "'Prison facilities were not built with a woman in mind': an exploratory multi-stakeholder study on women's situation in Malawi prisons", *International Journal of Prisoner Health* Vol. 16, No. 3, pp. 303-18.

Gender Equality Commission (2015), "Gender equality glossary", Council of Europe, Strasbourg.

George S., Boulay S. and Galvani S. (2011), "Domestic abuse among women who misuse psychoactive substances: an overview for the clinician", *Addictive Disorders and their Treatment* Vol. 10, No. 2, pp. 43-9.

Gerassi L. B. (2018), "Barriers to accessing detox facilities, substance use treatment, and residential services among women impacted by commercial sexual exploitation and trafficking", *Behavioral Medicine* Vol. 44, No. 3, pp. 199-208.

Giacomello C. (2020), Arbitrary detention and compulsory drug treatment in Mexico: a forsaken face of female incarceration, Penal Reform International, available at www.penalreform.org/blog/arbitrary-detention-and-compulsory-drug-treatment-inmexico, accessed 4 February 2022.

Gilbert P. A. et al. (2018), "Alcohol research with transgender populations: a systematic review and recommendations to strengthen future studies", *Drug and Alcohol Dependence* Vol. 186, pp. 138-46.

Gilliver C. (2018), "Trauma-informed care in response to adverse childhood experiences", *Nursing Times* Vol. 114, No. 7, pp. 46-9.

Gjoneska B. et al. (2021), "Citizen consultation on problematic usage of the internet: ethical considerations and empirical insights from six countries",

Frontiers in Public Health Vol. 9, No. 268.

Goldsmith D. and Hillyard M. (2019), "The lack of focus on trans women in a themed issue of the International Journal of Drug Policy on sexualised drug use", *International Journal of Drug Policy* Vol. 68, pp. 1-2.

Gómez Rodríguez R. (2019), *Resignifying the Punts Liles. Learning experiences and new challenges to contribute to the elimination of sexist violence*, L'Associació Drets Sexuals i Reproductius, Barcelona.

Green B. L. et al. (2016), "Trauma experiences and mental health among incarcerated women", *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* Vol. 8, No. 4, pp. 455-63.

Greenfield S. F. et al. (2007), "Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature", *Drug and Alcohol Dependence* Vol. 86, No. 1, pp. 1-21.

Greenfield S. F. et al. (2010), "Substance abuse in women", *Psychiatric Clinics of North America* Vol. 33, No. 2, pp. 339-55.

Greenwood R. M. (2016), *Novas community detox programme evaluation: fidelity, client and programme outcomes*, Novas, Limerick.

Grella C. E. and 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* Vol. 25, No. 3, pp. 385-406.

Griffin K. W. et al. (2000), "Ethnic and gender differences in psychosocial risk, protection, and adolescent alcohol use", *Prevention Science* Vol. 1, No. 4, pp. 199-212.

Guidicini P. and Pieretti G. (1995), *San Patrignano between community and society. A research on the biographic routes of 711 San Patrignano former guests*, FrancoAngeli, Milan.

Gunnlaugsson H. (2013), *Fíkniefnavandinn á Íslandi. Þróun neyslu, neyslumynstur og kostir í stefnumótun* [The substance abuse problem in Iceland. Development of use, patterns of use and possibilities in policy making], Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, Reykjavík.

Ham L. S. et al. (2019), "Effect of alcohol intoxication on bystander intervention in a vignette depiction of sexual assault", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* Vol. 80, No. 2, pp. 252-60. Hanes M. (2017), "Road to recovery: road drawings in a gender-specific residential substance use treatment center", *Art Therapy* Vol. 34, No. 4.

Harm Reduction International (2021), What is harm reduction? available at www.hri.global/what-is-harm-reduction, accessed 4 February 2022.

Harrop E. N. and Marlatt G. A. (2010), "The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment", *Addictive Behaviors* Vol. 35, No. 5, pp. 392-8.

Hawkins J. D., Catalano R. F. and Miller J. Y. (1992), "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin* Vol. 112, No. 1, pp. 64-105.

Hayes R. M., Abbott R. L. and Cook S. (2016), "It's her fault: student acceptance of rape myths on two college campuses", *Violence Against Women* Vol. 22, No. 13, pp. 1540-55.

HERA (2018), Strategic framework 2018-2022, Health Education and Research Association, Skopje.

Herbst J. H. et al. (2008), "Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review", *AIDS and Behavior* Vol. 12, No. 1, pp. 1-17.

Hillenbrand E. et al. (2015), "Measuring gender-transformative change. A review of literature and promising practices", Working Paper, CARE USA.

Hogle J. M. and Curtin J. J. (2006), "Sex differences in negative affective response during nicotine withdrawal", *Psychophysiology* Vol. 43, No. 4, pp. 344-56.

Holly J. and Horvath M. A. H. (2012), "A question of commitment - improving practitioner responses to domestic and sexual violence, problematic substance use and mental ill-health", *Advances in Dual Diagnosis* Vol. 5, No. 2, pp. 59-67.

Hopkins R. (2017), This is what life in prison is really like for women in South Africa, Wits Justice Project, available at www.witsjusticeproject.co.za/investigative-journalism/this-is-what-life-in-prison-is-really-like-for-women-in-south-africa, accessed 4 February 2022.

Hser Y. I. et al. (1997), "Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings", *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 14, No. 6, pp. 543-58.

Huber A. (2016), Women in criminal justice systems and the added value of the UN Bangkok Rules, Penal Reform International, London.

Hunt G. and Antin T. (2019), "Gender and intoxication: from masculinity to intersectionality", *Drugs: Education, Prevention and Policy* Vol. 26, No.1, pp. 70-8.

Hunt G. et al. (2019), "Queer youth, intoxication and queer drinking spaces", *Journal of Youth Studies* Vol. 22, No. 3, pp. 380-400.

Hunt J. (2012), Why the gay and transgender population experiences higher rates of substance use - Many use to cope with discrimination and prejudice, Center for American Progress.

Hurtig M.-C. and Pichevin M.-F. (1986), *La différence des sexes : questions de psychologie*, Tierce, Paris.

Hutton F. (2020), "Introduction", in Hutton F. (ed.), *Cultures of intoxication. Key issues and debates*, Palgrave Macmillan.

Hyde Z. et al. (2014), The first Australian National Trans Mental Health Study: summary of results, School of Public Health, Curtin University, Perth.

Hyman S. M. et al. (2008), "Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men", *Drug and Alcohol Dependence* Vol. 92, Nos. 1-3, pp. 208-16.

Ignjatova L. et al. (2016), "Towards gender specific tailored programmes", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* Vol. 18, No. 3s1, p. 38.

Ignjatova L. (2017), "Report on the assessment of drug dependence treatment quality standards for drug dependence treatment programs in the former Yugoslav Republic of Macedonia", Ministry of Health, North Macedonia.

Ignjatova L. et al. (2018), "Stigma and secrecy coping in individuals in treatment for substance dependence in Macedonia and Slovenia", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* Vol. 20, No. 10, pp. 38-9.

ILGA-Europe (2019), *ILGA-Europe glossary*, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, available at www.ilga-europe.org/resources/glossary, accessed 4 February 2022.

INCB (2016), "Annual Report 2016 - Chapter 1 - Women and drugs", International Narcotics Control Board, Vienna.

INCB (2017), "Report of the International Narcotics Control Board for 2016", No. E/INCB/2016/1, United Nations, New York.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2017), *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) data resources*, available at <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>, accessed 4 February 2022.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2019), *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) data resources*, available at <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>, accessed 4 February 2022.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al. (2017), “Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017: Reporte de drogas”, INPRFM, Mexico City.

Inter-American Drug Abuse Control Commission, Executive Secretariat (2020), GENLEA handbook: strategies and good practices for strengthening gender equality in counterdrug law enforcement agencies, General Secretariat of the Organization of the American States.

Irish Penal Reform Trust (2013), “Women in the criminal justice system - Towards a non-custodial approach”, IPRT Position Paper 10, Dublin.

Irish Prison Service and the Probation Service (2018), Irish Prison Service & Probation Service Joint Strategic Plan 2018-2020, Department of Justice, Dublin.

Ivers J.-H. and Barry J. (2018), “An evaluation of the Parents under Pressure programme (PUP) at Coolmine”, Trinity College Dublin, Dublin.

Iwamoto D. K. et al. (2011), “‘Man-ing’ up and getting drunk: The role of masculine norms, alcohol intoxication and alcohol-related problems among college men”, Addictive Behaviors Vol. 36, No. 9, pp. 906-11.

Jackson A. and Shannon L. (2012), “Barriers to receiving substance abuse treatment among rural pregnant women in Kentucky”, Maternal and Child Health Journal Vol.16, No. 9, pp. 1762-70.

James S. E. et al. (2016), “The report of the 2015 US Transgender Survey”, National Center for Transgender Equality, Washington, DC.

Jego M. et al. (2018), “Improving health care management in primary care for homeless people: a literature review”, International Journal of Environmental Research and Public Health Vol. 15, No. 2, article 309.

Johns M. M. et al. (2019), “Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017”, Morbidity and Mortality Weekly Report Vol. 68, No. 3, pp. 67-71.

Jones L. et al. (2006), A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, Liverpool.

Jones L. et al. (2011), “Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches”, Health and Place Vol. 17, No. 2, pp. 508-18.

Jones M. S. (2020), “Exploring coercive control, PTSD, and the use of physical violence in the pre-prison heterosexual relationships of incarcerated women”,

Criminal Justice and Behavior Vol. 47, No. 10, pp. 1299-318.

Jouriles E. N. et al. (2018), "Bystander programs addressing sexual violence on college campuses: a systematic review and meta-analysis of program outcomes and delivery methods", *Journal of American College Health* Vol. 66, No. 6, pp. 457-66.

Jovanovski B. (ed.) (2020), "Annual report 2019", Health Education and Research Association, Skopje.

Kalant O. J. (1980), *Alcohol and drug problems in women*, Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol. 5, Plenum Press, New York/London.

Kandall S. R. (2010), "Women and drug addiction: a historical perspective", *Journal of Addictive Diseases* Vol. 29, No. 2, pp. 117-26.

Kann L. et al. (2018), "Youth risk behavior surveillance - United States, 2017", *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries* Vol. 67, No. 8, pp. 1-114.

Karlsson M. E. and Zielinski M. J. (2020), "Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: a literature review", *Trauma Violence and Abuse* Vol. 21, No. 2, pp. 326-49.

Kast K. A., Manella G. and Avery J. (2019), "Community as treatment: the therapeutic community model in the era of the opioid crisis", *Journal of Addictive Behaviors, Therapy and Rehabilitation* Vol. 8, No. 2.

Kcomt L. et al. (2020), "Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: a call to create trans-affirmative environments", *SSM - Population Health* Vol. 11, article 100608.

Kumpfer K. L., Smith P. and Summerhays J. F. (2008), "A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls?", *Substance Use and Misuse* Vol. 43, Nos. 8-9, pp. 978-1001.

Lazarus J. V. et al. (2020), "Novel health systems service design checklist to improve healthcare access for marginalised, underserved communities in Europe", *BMJ Open* Vol. 10, No. 4, article e035621.

Lee J. H. et al. (2016), "Discrimination, mental health, and substance use disorders among sexual minority populations", *LGBT Health* Vol. 3, No. 4, pp. 258-65.

LeMaire K. L., Oswald D. L. and Russell B. L. (2016), "Labeling sexual victimization experiences: the role of sexism, rape myth acceptance, and tolerance for sexual harassment", *Violence and Victims* Vol. 31, No. 2, pp. 332-46.

Lenihan T. (2020), Addressing the 105,000 increase in the global female prison population, ten years after the Bangkok Rules were adopted, Penal Reform International, available at www.penalreform.org/blog/addressing-the-105000-increase-in-the-global-female, accessed 4 February 2022.

Leone R. M. et al. (2018), "Bystander intervention to prevent sexual violence: the overlooked role of bystander alcohol intoxication", *Psychology of Violence* Vol. 8, No. 5, pp. 639-47.

Leventhal A. M., Huh J. and Dunton G. F. (2014), "Clustering of modifiable biobehavioral risk factors for chronic disease in US adults: a latent class analysis", *Perspectives in Public Health* Vol. 134, No. 6, pp. 331-8.

Lindson N. et al. (2019), "Motivational interviewing for smoking cessation", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 7, CD006936.

Liquori O'Neil A. and Lucas J. (eds) (2015), *Promoting a gender responsive approach to addiction*, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, Turin.

Lisansky Gomberg E. (1982), "Historical and political perspective: women and drug use", *Journal of Social Issues* Vol. 38, No. 2, pp. 9-23.

Lisansky Gomberg E., Raskin White H. and Carpenter J. A. (eds) (1982), *Alcohol, science, and society revisited*, University of Michigan Press, Ann Arbor, MI.

Livingston N. A. et al. (2017), "Ecological momentary assessment of daily discrimination experiences and nicotine, alcohol, and drug use among sexual and gender minority individuals", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 85, No. 12, pp. 1131-43.

Lonsway K. A. and Fitzgerald L. F. (1994), "Rape myths: in review", *Psychology of Women Quarterly* Vol. 18, No. 2, pp. 133-64.

Loughran H. and Broderick G. (2017), "From service-user to social work examiner: not a bridge too far", *Social Work Education* Vol. 36, No. 2, pp. 188-202.

Luzzati R. et al. (2016), "Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among transgender persons referred to an Italian center for total sex reassignment surgery", *Sexually Transmitted Diseases* Vol. 43, No. 7, pp. 407-11.

Lynch S. M., Fritch A. and Heath N. (2012), "Looking beneath the surface: the nature of incarcerated women's experiences of interpersonal violence, treatment needs, and mental health", *Feminist Criminology* Vol. 7, No. 4, pp. 381-400.

Lyons T. et al. (2015), "A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity", *Substance*

Abuse Treatment, Prevention, and Policy Vol. 10, No. 17.

MacAfee L. K. et al. (2020), "Substance use treatment patient and provider perspectives on accessing sexual and reproductive health services: barriers, facilitators, and the need for integration of care", Substance Use and Misuse Vol. 55, No. 1, pp. 95-107.

MacArthur G. et al. (2018), "Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people", Cochrane Database of Systematic Reviews, No. 10, CD009927.

Macaulay F. (2020), "Gendering drug policy", in Buxton J. et al. (eds), The impact of global drug policy on women: shifting the needle, Emerald Publishing, Bingley.

MacDonald S., Christophers L. and Morton S. (2020), Issues and service access barriers for homeless women with complex issues: a scoping review, University College Dublin, Dublin.

Manandhar M. et al. (2018), "Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development", Bulletin of the World Health Organization Vol. 96, No. 9, pp. 644-53.

Manfré G. and Pollettini A. (2010), "Beyond the community". Multidisciplinary study of retention in treatment and follow-up on former residents of San Patrignano, available at http://sanpatrignano.org/pdf/oltre_comunita_eng.pdf, accessed 4 February 2022.

Martin F. S. and Aston S. (2014), "A 'special population' with 'unique treatment needs': dominant representations of 'women's substance abuse' and their effects", Contemporary Drug Problems Vol. 41, No. 3, pp. 335-60.

Martínez-Redondo P. and Luján-Acevedo F. (2020), Hombres y adicciones. Intervención desde perspectiva de género, UNAD, Madrid.

Mayock P. and Sheridan S. (2012), Migrant women and homelessness: key findings from a biographical study of homeless women in Ireland, Research Paper No. 2, School of Social Work and Social Policy and Children's Research Centre, Trinity College Dublin, Dublin.

Mayock P., Sheridan S. and Parker S. (2012), "Migrant women and homelessness: the role of gender-based violence", European Journal of Homelessness Vol. 6, No. 1, pp. 59-82.

Mayock P., Parker S. and Sheridan S. (2013), Mapping homeless services for women in Dublin, Dublin Region Homeless Executive, Dublin.

Mayock P., Parker S. and Sheridan S. (2015), Women, homelessness and service provision, Simon Communities in Ireland, Dublin.

McGee C. et al. (2015), A scoping study of the implementation of routine enquiry about childhood adversity (REACH) - Blackburn with Darwen, Center for Public Health, Liverpool John Moores University, Liverpool.

McLean Taylor J., Gilligan C. and Sullivan A. M. (1997), *Between voice and silence - Women and girls, race and relationship*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

McNeil R., Guirguis-Younger M. and Dilley L. (2012), "Recommendations for improving the end-of-life care system for homeless populations: a qualitative study of the views of Canadian health and social services professionals", *BMC Palliative Care* Vol. 11, No. 14.

Mead M. (1950), *Male and female. A study of the sexes in a changing world*, Victor Gollancz, London.

Measham F. (2002), "'Doing gender' - 'doing drugs': conceptualizing the gendering of drugs cultures", *Contemporary Drug Problems* Vol. 29, No. 2, pp. 335-73.

Measham F. and Brain K. (2005), "'Binge' drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication", *Crime Media Culture* Vol. 1, No. 3, pp. 262-83.

Menschner C. and Maul A. (2016), *Key ingredients for successful trauma-informed care implementation*, Center for Health Care Strategies, Inc. and Robert Wood Johnson Foundation.

Merchants Quay Ireland (2019), "Annual review 2018", Merchants Quay Ireland, Dublin.

Messina N., Bloom B. and Covington S. (2020), "Gender-responsive approaches for women in the United States", in Ugwuodike P. et al. (eds), *The Routledge companion to rehabilitative work in criminal justice*, Routledge, London.

Meyer I. H. (2003), "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence", *Psychological Bulletin* Vol. 129, No. 5, pp. 674-97.

Meyer I. H. et al. (2017), "Incarceration rates and traits of sexual minorities in the United States: National Inmate Survey 2011-2012", *American Journal of Public Health* Vol. 107, No. 2, pp. 267-73.

Miller J. B. (1991), "The development of women's sense of self", in Jordan J. V. et al. (eds), *Women's growth in connection - Writings from the Stone Center*, Guilford Press, New York.

Miller W. R. and Rollnick S. (2002), *Motivational Interviewing: preparing people for change*, Guilford Press, New York.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), National Strategy on Addictions 2017-2024, Government Delegation for the National Plan on Drugs, Madrid.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018), Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

Ministry of Justice (2020), Statistics on women and the criminal justice system 2019 - A Ministry of Justice publication under Section 95 of the Criminal Justice Act 1991, National Statistics, London.

Mocroft A. et al. (2013), "Risk factors and outcomes for late presentation for HIV positive persons in Europe: results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE)", PLoS Medicine Vol. 10, No. 9, article e1001510.

Morton S., Hohman M. and Middleton A. (2015), "Implementing a harm reduction approach to substance use in an intimate partner violence agency: practice issues in an Irish setting", Partner Abuse Vol. 6, No. 3, pp. 337-50.

Morton S. (2016), "Diversity and vulnerability: group work for women who have experienced IP, childhood trauma, and substance use", in Pelech W. et al. (eds), Inclusive group work, Oxford University Press, Oxford.

Morton S. and Hohman M. (2016), "'That's the weight of knowing': practitioner skills and impact when delivering psychoeducational group work for women who have experienced IPV", Social Work with Groups Vol. 39, No. 4, pp. 277-91.

Morton S. and O'Reilly L. (2016), "Community based low threshold substance use services: practitioner approaches and challenges", Ballymun Youth Action Project, Dublin.

Morton S. and Curran M. (2019), "Fostering understanding, empowering change: practice responses to adverse childhood experiences (ACEs) and intergenerational patterns of domestic violence", Cuan Saor Women's Refuge.

Morton S. and O'Reilly L. (2019), "Challenges, relationship and outcomes in low-threshold drug services", Drugs and Alcohol Today Vol. 19, No. 2, pp. 113-22.

Morton S. et al. (2020), "Gender and Irish drug policy. Report submitted to the working group as part of the 'Implementing a gender approach in different drug policy areas: from prevention, care and treatment service to law enforcement' project", University College Dublin and Department of Health, Dublin.

Murphy L. et al. (2017), Drug-related intimidation. The Irish situation and international responses: an evidence review, HRB drug and alcohol evidence reviews, Health Research Board, Dublin.

Mutatayi C. (2019), "Female-oriented programmes in addiction care. Results from the Ad-femina survey", *Tendances*, OFDT, No. 130.

Najavits L. M. (2002), *Seeking safety: a treatment manual for PTSD and substance abuse*, Guilford Press, New York.

Nakitanda A. et al. (2020), "Hepatitis C virus infection in EU/EEA and United Kingdom prisons: opportunities and challenges for action", *BMC Public Health* Vol. 20, No. 1670.

National Women's Council of Ireland (2018), "The impact of homelessness on women's health", National Women's Council of Ireland, Dublin.

Neale J. et al. (2018), "Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment?", *Addiction* Vol. 113, No. 6, pp. 989-97.

Nelson S. E. et al. (2012), "Moving ahead: evaluation of a work-skills training program for homeless adults", *Community Mental Health Journal* Vol. 48, No. 6, pp. 711-22.

Newcomb M. E. et al. (2020), "High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults", *Archives of Sexual Behavior* Vol. 49, No. 2, pp. 645-59.

Niccols A. et al. (2021), "Preschool mental health: the Brief Child and Family Intake and Outcomes System", *International Journal of Behavioral Development* Vol. 45, No. 2, pp. 170-8.

Norman E. (1997), "New directions: looking at psychological dimensions in resiliency enhancement", in Norman E. (ed.), *Drug-free youth. A compendium for prevention specialists*, Routledge, New York.

Nougier M. and Cots Fernández A. (2021), "Punitive drug laws: 10 years undermining the Bangkok Rules", International Drugs Policy Consortium, London.

O'Carroll A. and Wainwright D. (2019), "Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization", *International Journal of Equity Health* Vol. 18, No. 113.

Oakley A. (1972), *Sex, gender and society*, Maurice Temple Smith Ltd., London.

Obradovic I. (2017), "Perceptions, motives and trajectories associated with drug use in adolescents", *Tendances*, OFDT, No. 122.

Obradovic I. (2019), "Attitudes, représentations, aspirations et motivations lors de l'initiation aux substances psychoactives - Enquête ARAMIS", OFDT, Paris.

Observatorio Uruguayo de Drogas and Junta Nacional de Drogas (2019), *Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas.*

OHCHR (2016), *Targeted and tortured: UN experts urge greater protection for LGBTI people in detention*, Office of the High Commissioner for Human Rights, available at www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20165&LangID=E accessed 4 February 2022.

Olievenstein C. (1977), *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont, Paris.

Open Society Foundations (2011), *“By women, for women - New approaches to harm reduction in Russia”*, Assessment in Action Series.

Otiashvili D. et al. (2013), *“Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: socio-cultural and structural barriers”*, International Journal of Drug Policy Vol. 24, No. 6, pp. 566-72.

Palamar J. J. and Griffin M. (2020), *“Non-consensual sexual contact at electronic dance music parties”*, Archives of Sexual Behavior Vol. 49, No. 3, pp. 909-17.

Penal Reform International (2016), *“Reforming criminal justice responses to drugs - 10-point plan”*, available at https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2016/04/10-point-plan-Drug-policies-WEB_final.pdf, accessed 4 February 2022.

Penal Reform International and Human Rights Education Associates (2017), *Women in detention - Putting the Bangkok Rules into practice (e-course)*, Penal Reform International, available at www.penalreform.org/resource/women-detention-putting-bangkokrules-practice, accessed 4 February 2022.

Penal Reform International, Linklaters LLP and International Drug Policy Consortium (2020), *“Sentencing of women for drug offences”*, Penal Reform International, London.

Penal Reform International and Thailand Institute of Justice (2020a), *“Global prison trends 2020”*, Penal Reform International, London.

Penal Reform International and Thailand Institute of Justice (2020b), *“Special focus 2020 - Pull-out section - Alternatives to imprisonment”*, in Penal Reform International and Thailand Institute of Justice (2020a), *“Global prison trends 2020”*, Penal Reform International, London.

Penal Reform International (2021), *Key facts*, Penal Reform International, available at www.penalreform.org/issues/women/key-facts, accessed 4 February 2022.

Penal Reform International and Thailand Institute of Justice (2021), “Global prison trends 2021”, Penal Reform International, London.

Perry A. E. et al. (2019), “Interventions for female drug-using offenders”, Cochrane Database of Systematic Reviews, No. 12, CD010910.

Pharis M. E. and Levin V. S. (1991), “‘A person to talk to who really cared’: high-risk mothers’ evaluations of services in an intensive intervention research program”, *Child Welfare* Vol. 70, No. 3, pp. 307-20.

Pires C. et al. (2018), “Violência sexual e consumo de substâncias psicoativas: podem os contextos festivos ser educativos?”, *ex æquo*, No. 37, pp. 143-58.

Pompidou Group (2017), “Introducing a gender dimension into drug policy - Synthesis report on violence, women and rape drugs”, Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg.

Public Health England (2018), “Gender specific standards to improve health and wellbeing for women in prison in England”, Public Health England, London.

Pyle S. (2019), Equitable substance use disorder treatment for LGBTQ populations: research, tools, and resources for behavioral health providers, CASAT OnDemand, available at <https://casatondemand.org/2019/12/19/4489>, accessed 4 February 2022.

Raleva M. and Ignjatova L. (2016), “Association between adverse childhood experiences and health risk behaviours such as smoking, use of alcohol and substance abuse in adolescence”, *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* Vol. 18, No. 4s1.

Reisner S. L. et al. (2015a), “Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity”, *Journal of Sex Research* Vol. 52, No. 3, pp. 243-56.

Reisner S. L. et al. (2015b), “Substance use to cope with stigma in healthcare among US female-to-male trans masculine adults”, *LGBT Health* Vol. 2, No. 4, pp. 324-32.

Reisner S. L. et al. (2016), “Global health burden and needs of transgender populations: a review”, *The Lancet* Vol. 388, No. 10042, pp. 412-36.

Rimes K. A. et al. (2017), “Non-binary and binary transgender youth: comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences”, *International Journal of Transgenderism* Vol. 20, Nos. 2-3, pp. 230-40.

Rohrbach L. A. and Milam J. (2006), “Gender issues in substance abuse prevention”, in Sloboda Z. and Bukoski W. J. (eds), *Handbook of drug abuse*

prevention, Springer US, Boston, MA.

Roig Forteza A. (2020), "Metzineres: sheltering and empowering women who use drugs, survivors of violence", *Innovative approaches to drug policy and incarceration*, WOLA, No. 15.

Rollnick S. and Miller W. R. (1995), "What is motivational interviewing?", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* Vol. 23, No. 4, pp. 325-34.

Romo-Avilés N. (2018), "Drugs and gender", in Ronzani T. M. (ed.), *Drugs and social context*, Springer International Publishing AG, Cham.

Roze M. et al. (2020), "Post-traumatic stress disorder in homeless migrant mothers of the Paris region shelters", *International Journal of Environmental Research and Public Health* Vol. 17, No. 13.

Ruhama (2018), "Annual report 2017", Ruhama, Dublin.

Russell B. (ed.) (2013), *Perceptions of female offenders: how stereotypes and social norms affect criminal justice responses*, Springer Nature Switzerland.

Sacks J. Y., McKendrick K. and Hamilton Z. (2012), "A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: outcomes at 6 and 12 months after prison release", *Journal of Addictive Diseases* Vol. 31, No. 3, pp. 258-69.

Saleeby D. (1997), *The strengths perspective in social work practice*, Longman, White Plains, NY.

Salmon A. (2011), "Aboriginal mothering, FASD prevention and the contestations of neoliberal citizenship", *Critical Public Health* Vol. 21, No. 2, pp. 165-78.

SAMHSA (2012), *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals*, Substance Abuse Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

SANPUD, Metzineres and Harm Reduction International (2019), "Harm reduction for women in prison", South African Network of People who Use Drugs.

Savage M. (2016), "Gendering women's homelessness", *Irish Journal of Applied Social Studies* Vol. 16, No. 2.

Scheim A. I., Bauer G. R. and Shokoohi M. (2017), "Drug use among transgender people in Ontario, Canada: disparities and associations with social exclusion", *Addictive Behaviors* Vol. 72, pp. 151-8.

Schinke S. P., Fang L. and Cole K. C. (2008), "Substance use among early

adolescent girls: risk and protective factors”, *Journal of Adolescent Health* Vol. 43, No. 2, pp. 191-4.

Schmidt R. et al. (2018), “New terrain: tools to integrate trauma and gender informed responses into substance use practice and policy”, Centre of Excellence for Women’s Health, Vancouver, BC.

Schneider K. M. et al. (1995), “Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment”, *Addictive Behaviors* Vol. 20, No. 1, pp. 1-21.

SeConS (2012), *Gender aspects of health and social risk of partners of injection drug users (IDUs)*, UNDP, Belgrade.

Secretaría de Salud (2019), *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*, Mexico.

Secretaría de Salud (2021), *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones*, Mexico.

Sell N. M. et al. (2018), “Alcohol consumption and use of sexual assault and drinking protective behavioral strategies: a diary study”, *Psychology of Women Quarterly* Vol. 42, No. 1, pp. 62-71.

Senreich E. (2010), “Are specialized LGBT program components helpful for gay and bisexual men in substance abuse treatment?”, *Substance Use and Misuse* Vol. 45, Nos. 7-8, pp. 1077-96.

Shirley-Beavan S. et al. (2020), “Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain”, *Harm Reduction Journal* Vol. 17, No. 13.

Šimonović D. (2019), *Official visit to Bulgaria, 14-21 October 2019 by United Nations Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. End of mission statement*, Office of the High Commissioner for Human Rights, available at www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25173&LangID=E accessed 4 February 2022.

Small J., Curran G. M. and Booth B. (2010), “Barriers and facilitators for alcohol treatment for women: are there more or less for rural women?”, *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 39, No. 1, pp. 1-13.

Smedslund G. et al. (2011), “Motivational interviewing for substance abuse”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 5, CD008063.

Smiley A. et al. (2017), “Overdiagnosed but underserved - Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: Trans Health Survey”, *Transgender Europe*.

Smye V. et al. (2011), "Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: an intersectional lens in the Canadian context", *Harm Reduction Journal* Vol. 8, No. 17.

Spira M., Grossman S. and Wolff-Bensdorf J. (2002), "Voice and identity in a bicultural/bilingual environment", *Child and Adolescent Social Work Journal* Vol. 19, pp. 115-38.

Springer J. F. and Phillips J. (2007), "The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice", Center for Applied Research Solutions (CARS), Santa Rosa, CA.

Stöckl H., Watts C. and Penhale B. (2012), "Intimate partner violence against older women in Germany: prevalence and associated factors", *Journal of Interpersonal Violence* Vol. 27, No. 13, pp. 2545-64.

Sullivan W. P. (1994), "Case management and community-based treatment of women with substance abuse problems", *Journal of Case Management* Vol. 3, No. 4, pp. 158-61; 183.

Sumnall H. et al. (2006), "Drug use prevention among young people - Evidence into practice briefing", National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.

Surrey J. L. (1991), "The self-in relation: a theory of women's development", in Jordan J. V. et al. (eds), *Women's growth in connection - Writings from the Stone Center*, Guilford Press, New York.

Tarján A., Horváth G. and Stöver H. (2018), European mapping of harm reduction interventions in prisons, HA-REACT WP6, European Harm Reduction Conference, 21 November 2018, Bucharest.

Taylor O. D. (2010), "Barriers to treatment for women with substance use disorders", *Journal of Human Behavior in the Social Environment* Vol. 20, No. 3, pp. 393-409.

The Federal Council (2017), *National Strategy on Addiction and Action Plan 2017-2024*, Swiss Confederation, Bern.

The Yogyakarta Principles plus 10 (2017), "The Yogyakarta Principles plus 10 - Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles", as adopted on 10 November 2017, Geneva.

Thomas N. and Bull M. (2018), "Representations of women and drug use in policy: a critical policy analysis", *International Journal of Drug Policy* Vol. 56, pp. 30-9.

Thomas R. E., Lorenzetti D. and Spragins W. (2011), “Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 11, CD007381.

Thomasset C. (2018), “O medieval, a força e o sangue”, in Vigarello G. and Alfaro J. (eds), *História da virilidade I - a invenção da virilidade. Da antiguidade às luzes* (1st edn), Orfeu Negro, Lisbon.

Thompson W. E. and Gibbs J. C. (2016), *Deviance and deviants: a sociological approach*, Wiley-Blackwell.

Timpson H. et al. (2016), “‘Once you’ve been there, you’re always recovering’: exploring experiences, outcomes, and benefits of substance misuse recovery”, *Drugs and Alcohol Today* Vol. 16, No. 1, pp. 29-38.

Tinkler J. E., Becker S. and Clayton K. A. (2018), “‘Kind of natural, kind of wrong’: young people’s beliefs about the morality, legality, and normalcy of sexual aggression in public drinking settings”, *Law & Social Inquiry* Vol. 43, No. 1, pp. 28-57.

Tirado-Muñoz J. et al. (2018), “Psychiatric comorbidity and intimate partner violence among women who inject drugs in Europe: a cross-sectional study”, *Archives of Women’s Mental Health* Vol. 21, No. 3, pp. 259-69.

Tompkins C. N. E. and Neale J. (2018), “Delivering trauma-informed treatment in a women-only residential rehabilitation service: qualitative study”, *Drugs: Education, Prevention and Policy* Vol. 25, No. 1, pp. 47-55.

Torchalla I. et al. (2012), “Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: a systematic review and meta-analysis”, *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol. 42, No. 1, pp. 65-77.

Tripodi S. J. and Pettus-Davis C. (2013), “Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US” - *International Journal of Law and Psychiatry* Vol. 36, No. 1, pp. 30-40.

Tuchman E. (2010), “Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research”, *Journal of Addictive Diseases* Vol. 29, No. 2, pp. 127-38.

Turner G. and Shepherd J. (1999), “A method in search of a theory: peer education and health promotion”, *Health Education Research* Vol. 14, No. 2, pp. 235-47.

Turner S., Norman E. and Zunz S. (1995), “Enhancing resiliency in girls and boys: a case for gender specific adolescent prevention programming”, *Journal of Primary*

Prevention Vol. 16, No. 1, pp. 25-38.

Tyng C. M. et al. (2017), "The influences of emotion on learning and memory", *Frontiers in Psychology* Vol. 8, No. 1454.

UNAIDS (2021), "HIV and sex work", Fact Sheet Series, Geneva.

UNDAW and UNODC (2008), "Good practices in legislation on violence against women", UN Division for the Advancement of Women and United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UN General Assembly (1991a), "Basic principles for the treatment of prisoners: resolution/adopted by the General Assembly. Adopted at the 68th plenary meeting, 14 Dec. 1990", No. A/RES/45/111, United Nations, New York.

UN General Assembly (1991b), "United Nations standard minimum rules for noncustodial measures (The Tokyo Rules): resolution/adopted by the General Assembly. Adopted at the 68th plenary meeting, 14 December 1990", No. A/RES/45/110, United Nations, New York.

UN General Assembly (1998), "Political declaration on countering the world drug problem. Resolution adopted by the General Assembly", No. A/RES/S-20/2*, United Nations, New York.

UN General Assembly (2016), "United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules). Resolution adopted by the General Assembly on 17 December 2015", No. A/RES/70/175, United Nations, New York.

United Nations (1955), "Standard minimum rules for the treatment of prisoners", United Nations, Geneva.

United Nations (2015), "Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development", No. A/RES/70/1.

United Nations (2020a), Sustainable development goals. Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls, available at www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality, accessed 4 February 2022.

United Nations (2020b), "Gender equality: why it matters", United Nations, NY

United Nations (2021), What is domestic abuse? available at www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse, accessed 4 February 2022.

United States Sentencing Commission (2018), "Demographic differences in sentencing: an update to the 2012 Booker Report", *Federal Sentencing Reporter* Vol. 30, No. 3, pp. 212-29.

UNODC (2008), Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment, Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2009), Handbook on prisoners with special needs, Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2011), “The Bangkok Rules. United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders, adopted by the General Assembly on 21 December 2010 in A/RES/65/229”.

UNODC, International Labour Organization and United Nations Development Programme (2012), “HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions”, Policy Brief.

UNODC (2013a), The international drug control conventions: Single convention on narcotic drugs of 1961 as amended by the 1972 protocol; Convention on psychotropic substances of 1971; United Nations convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances of 1988 with final acts and resolutions, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2013b), “International standards on drug use prevention”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC et al. (2014), “Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs”, Policy Brief, UNODC/UNW/WHO/INPUD.

UNODC (2016a), Handbook on the management of high risk prisoners, Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2016b), “Addressing the specific needs of women who inject drugs. Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2016c), “Outcome document of the 2016 United Nations’ General Assembly Special Session on the world drug problem. UNGASS 2016. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2017a), “World Drug Report 2017 - Global overview of drug demand and supply. Latest trends, cross-cutting issues”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2017b), “Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2018a), Partnerships and funding, United Nations Office on Drugs and Crime, available at www.unodc.org/unodc/en/donors/index.html, accessed 4 February 2022.

UNODC (2018b), International standards on drug use prevention. Second updated edition, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2018c), DATAUNODC, available at <https://dataunodc.un.org/>, accessed 4 February 2022.

UNODC (2018d), “World Drug Report 2018 - Women and drugs. Drug use, drug supply and their consequences”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2020a), “World Drug Report 2020 - Socioeconomic characteristics and drug use disorders”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2020b), “World Drug Report 2020 - Drug use and health consequences”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2020c), Toolkit on gender-responsive non-custodial measures, Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2020d), “Executive Summary - World Drug Report 2020”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2021a), Crime prevention and criminal justice, available at www.unodc.org/e4j/en/secondary/criminal-justice.html, accessed 4 February 2022.

UNODC (2021b), “World Drug Report 2021 - Global overview: drug demand, drug supply”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2021c), “Gender mainstreaming in the work of UNODC. Guidance note for UNODC staff”, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC and WHO (2020), “International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition incorporating results of field testing”, World Health Organization and the United Nations Office on Drugs and Crime.

UN Secretariat (2010), “United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders (the Bangkok Rules): note/by the Secretariat”, No. A/C.3/65/L.5, United Nations, New York.

UN Women (2014), “A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes. UN women policy brief”, United Nations.

UN Women (2017), Strategic Plan 2018-2021, No. UNW/2017/6/Rev.1, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women).

UN Women (2021), Gender equality glossary, available at <https://trainingcentre>.

unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36, accessed 4 February 2022.

Vale Pires C. et al. (2019), *Ponto Lilás 2019: relatório de intervenção*.

Valencia J. et al. (2020), “Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting”, *PLoS One* Vol. 15, No. 3, e0230886.

Valentine V. (2016), “Non-binary people’s experiences in the UK”, Scottish Trans Alliance, Edinburgh.

Valentine V. and Maund O. (2016), “Transgender inclusion in drug and alcohol services”, Scottish Trans Alliance, Edinburgh.

van de Baan F. C. et al. (2021), “Prevalence of illicit drug use before imprisonment in Europe: results from a comprehensive literature review”, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, published online 8 February 2021.

van den Bergh B., Plugge E. and Aguirre I. Y. (2014), “Women’s health and the prison setting”, in Enggist S. et al. (eds), *Prisons and health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Van Havere T. et al. (2009), “The influence of age and gender on party drug use among young adults attending dance events, clubs, and rock festivals in Belgium”, *Substance Use and Misuse* Vol. 44, No. 13, pp. 1899-1915.

Van Hout M. C. and Crowley D. (2021), “The ‘double punishment’ of transgender prisoners: a human rights based commentary on placement and conditions of detention”, *International Journal of Prisoner Health*, published online 24 March 2021.

Van Hout M. C., Fleißner S. and Stöver H. (2021), “# Me Too: global progress in tackling continued custodial violence against women: The 10-year anniversary of the Bangkok Rules”, *Trauma, Violence and Abuse*, published online 3 August 2021.

Vuattoux A. (2016), “Genre et rapports de pouvoir dans l’institution judiciaire : enquête sur le traitement institutionnel des déviances adolescentes par la justice pénale et civile dans la France contemporaine”, submitted thesis, Université Paris 13 Nord, Paris.

Walitzer K. S. and Dearing R. L. (2006), “Gender differences in alcohol and substance use relapse”, *Clinical Psychology Review* Vol. 26, No. 2, pp. 128-48.

Wattanaporn K. A. and Holtfreter K. (2014), “The impact of feminist pathways research on gender-responsive policy and practice”, *Feminist Criminology* Vol. 9, No. 3, pp. 191-207.

Wegner R. et al. (2015), “Sexual assault perpetrators’ justifications for their

actions: relationships to rape supportive attitudes, incident characteristics, and future perpetration”, *Violence Against Women* Vol. 21, No. 8, pp. 1018-37.

Whitaker T., Ryan P. and Cox G. (2011), “Stigmatization among drug-using sex workers accessing support services in Dublin”, *Qualitative Health Research* Vol. 21, No. 8, pp. 1086-1100.

Whiteford H. A. et al. (2013), “Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010”, *The Lancet* Vol. 382, No. 9904, pp. 1575-86.

WHO (2011a), “Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Facilitators’ guide”, World Health Organization, Geneva.

WHO (2011b), “Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Participants’ notes”, World Health Organization, Geneva.

WHO (2015a), “HIV and young people who inject drugs”, Technical Brief No. WHO/HIV/2015.10, World Health Organization, Geneva.

WHO (2015b), “HIV and young transgender people”, Technical Brief No. WHO/HIV/2015.9, World Health Organization, Geneva.

WHO (2018a), “Memorandum of understanding between the World Health Organization (WHO) and the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)”.

WHO (2018b), “Global status report on alcohol and health 2018”, World Health Organization, Geneva.

WHO (2019a), “WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025”, World Health Organization, Geneva.

WHO (2019b), “Breaking barriers towards more gender-responsive and equitable health systems”, World Health Organization, Geneva.

WHO et al. (2019), “International guidelines on human rights and drug policy”, WHO/HRDP/OHCHR/UNAIDS/UNDP.

WHO and UNODC (2020), “International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition incorporating results of field-testing”, No. License CC BY-NC-SA 3.0 IGO, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Geneva.

WHO (2021a), “Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the Global Health Sector Strategies 2016-2021: actions for impact”, World Health Organization, Geneva.

WHO (2021b), Classification framework for gender responsiveness of policies and

programmes, available at www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/policy/classification-framework-for-gender-responsiveness-of-policies-andprogrammes, accessed 4 February 2022.

Wincup E. (2016), "Gender, recovery and contemporary UK drug policy", *Drugs and Alcohol Today* Vol. 16, No. 1, pp. 39-48.

Wincup E. (2019), "Women as vulnerable subjects: a gendered reading of the English and Irish drug strategies", *Addictive Behaviors* Vol. 98, article 105995.

Wolff N., Blitz C. L. and Shi J. (2007), "Rates of sexual victimization in prison for inmates with and without mental disorders", *Psychiatric Services* Vol. 58, No. 8, pp. 1087-94.

Wolfson L. et al. (2021), "Examining barriers to harm reduction and child welfare services for pregnant women and mothers who use substances using a stigma action framework", *Health and Social Care in the Community* Vol. 29, No. 3, pp. 589-601.

Wright R. (2004), "Care as the 'heart' of prison teaching", *Journal of Correctional Education* Vol. 55, No. 3, pp. 191-209.

Yamawaki N. et al. (2012), "Perceptions of domestic violence: the effects of domestic violence myths, victim's relationship with her abuser, and the decision to return to her abuser", *Journal of Interpersonal Violence* Vol. 27, No. 16, pp. 3195-3212.

Yaremenko L., Shulga L. and Varban M. (2015), *Gender and harm reduction - Basic concepts*, Alliance for Public Health.

Yi S. et al. (2017), "HIV prevalence, risky behaviors, and discrimination experiences among transgender women in Cambodia: descriptive findings from a national integrated biological and behavioral survey", *BMC International Health and Human Rights* Vol. 17, No. 14.

Zand D. H. et al. (2017), "Parenting self-efficacy and empowerment among expectant mothers with substance use disorders", *Midwifery* Vol. 48, pp. 32-8.

Zankowski G. L. (1987), "Responsive programming: meeting the needs of chemically dependent women", *Alcoholism Treatment Quarterly* Vol. 4, No. 4, pp. 53-66.

Zurhold H. et al. (2011), "What affects reintegration of female drug users after prison release? Results of a European follow-up study", *Journal of Offender Rehabilitation* Vol. 50, No. 2, pp. 49-65.

Allegato 1 - Esempi di prevenzione, giustizia penale e progetti di trattamento e intervento

Prevenzione

"I want to know (Voglio sapere)", Macedonia del Nord

Il progetto

Questo progetto mira a prevenire l'abuso di droghe e le dipendenze comportamentali. È adatto ai giovani, sensibile al genere e rivolto a donne, uomini e giovani non binari della Macedonia del Nord. È attuato da due centri giovanili per la salute sessuale e riproduttiva collegati a un'associazione chiamata Health, Education and Research Association (HERA). Si trovano nella capitale Skopje, a Vodno, comune di Centar, e a Šuto Orizari, comune a maggioranza rom. Questi centri sono aperti tutti i giorni lavorativi. Nel 2012, oltre ai servizi esistenti, è stato istituito un servizio di consulenza per l'uso di sostanze e la protezione dai rischi tra i giovani nel centro giovanile di Vodno, aperto il lunedì, il martedì e il giovedì dalle 14:30 alle 17:30. Qualche anno dopo, un servizio simile è stato aggiunto al centro giovanile Šuto Orizari, che lavora principalmente con i minori ed è aperto il venerdì dalle 13.00 alle 16.00. ⁹

Background e contesto dell'intervento

HERA è stata fondata nel gennaio 2000 da sei volontari, studenti di medicina decisi a fare qualcosa contro la mancanza di educazione sull'HIV/AIDS e l'assenza di farmaci e cure per le persone affette da HIV nella Macedonia del Nord. Poco dopo, HERA è andato oltre l'HIV/AIDS per coprire in modo più ampio questioni di salute sessuale e riproduttiva e diritti sessuali. Nel 2009, HERA ha ottenuto la piena adesione alla International Planned Parenthood Federation (IPPF) e il suo quadro strategico quinquennale riflette le sue aspirazioni. Nel corso degli anni, HERA ha sostenuto la necessità di politiche migliori in materia di salute sessuale e riproduttiva perché crede nella libertà di scelta e nella diversità. L'organizzazione fornisce servizi gratuiti e confidenziali per la salute sessuale e riproduttiva e per la GBV, perché ritiene che la disponibilità, l'accessibilità e la riservatezza siano inestricabilmente legate alla salute dei cittadini. HERA fornisce anche un'educazione sui diritti

⁹. Disponibile all'indirizzo <https://hera.org.mk/servisi/?lang=en>, consultato il 4 febbraio 2022.

sessuali perché una cittadinanza forte e una società democratica sostenibile non possono essere realizzate senza la piena informazione e partecipazione dei giovani. HERA dà potere alle persone emarginate, perché una società inclusiva deve basarsi sulla giustizia sociale.

Oggi l'uguaglianza di genere è ancora il principio guida di HERA, il cui impegno è costante perché crede che tutti debbano poter godere liberamente della propria sessualità nella società.

I centri giovanili offrono i seguenti servizi gratuiti e riservati:

- ▶ servizi ginecologici:
 - Diagnosi delle IST ;
 - somministrazione di terapie e contraccettivi;
 - consulenza sulla genitorialità programmata, prevenzione di gravidanze indesiderate, esami biennali, ecografie e test di gravidanza;
- ▶ Visite dermatologiche, compresa la diagnosi e il trattamento delle IST;
- ▶ Prevenzione delle IST, test e consulenza sull'HIV;
- ▶ Informazioni e consulenza sui diritti sociali, sulle procedure amministrative e sui diritti all'assistenza sanitaria, anche in situazioni di crisi;
- ▶ Consulenza e sostegno in relazione alla violenza di genere, compresa la violenza domestica;
- ▶ Consulenza psicosociale: consulenza sulla sessualità, il sesso, le relazioni, la pubertà, le relazioni tra pari, i conflitti, i cambiamenti e le crisi durante l'adolescenza; supporto psicologico nella gestione delle crisi; consulenza sul matrimonio infantile e la gravidanza adolescenziale; consulenza comportamentale;
- ▶ Educazione tra pari su HIV e salute sessuale e riproduttiva;
- ▶ Assistenza legale e supporto da parte di un consulente legale e di assistenti legali della comunità rom;
- ▶ Distribuzione di preservativi, lubrificanti e materiale educativo;
- ▶ Consulenza per la prevenzione delle droghe (Servizio di Consulenza per la protezione dall'uso di sostanze e dai rischi tra i giovani).

L'organizzazione può fungere da sportello unico: i giovani possono utilizzare diversi servizi in caso di necessità e i professionisti possono facilmente indirizzare gli utenti da un servizio all'altro. Il servizio di consulenza giovanile sulle droghe e sui rischi è sostenuto finanziariamente dalla città di Skopje ed è rivolto principalmente ai giovani delle scuole secondarie di Skopje e ai loro genitori, ma l'atteggiamento accogliente verso i giovani attrae anche i giovani di altre città del Paese e i giovani adulti. Altri servizi per i giovani di HERA indirizzano i loro utenti al servizio di consulenza, che può avvalersi della ricca esperienza di tre psichiatri nel campo della prevenzione e del trattamento delle droghe.

Panoramica del programma

Il servizio di consulenza fornisce consulenza psicosociale, assistenza e sostegno ai giovani e ai loro genitori per la prevenzione del consumo di droga. Offre inoltre

servizi di individuazione e di intervento precoce, nonché l'invio tempestivo alle strutture sanitarie e il supporto rivolto ai professionisti del sistema educativo coinvolti, per aiutarli a gestire il consumo di droga tra gli studenti della scuola secondaria. Due volte l'anno, i team scolastici vengono formati sul lavoro di squadra, sulla prevenzione delle dipendenze da droghe e comportamenti, sulla violenza tra pari, sul cyberbullismo, e l'uso problematico di Internet. La prevenzione universale, selettiva e indicata si rivolge a gruppi e individui vulnerabili. Non sono richiesti documenti d'identità o sanitari per accedere al centro di consulenza e gli utenti sono registrati con codici per garantire l'anonimato e la riservatezza. I servizi psichiatrici sono offerti a gruppi o individui che fanno uso di sostanze, ma anche a coloro che non ne fanno uso o che sono in un programma di trattamento.

I servizi sono utilizzati da uomini, donne, transessuali e altri; per attività sessuale, uomini che fanno sesso con uomini o donne che fanno sesso con donne; e per orientamento sessuale, omosessuali, eterosessuali, bisessuali o transessuali.

Gli psichiatri che offrono servizi di prevenzione delle dipendenze da droghe/sostanze/comportamenti ai giovani, comprese le persone non binarie, "off" e "online", così come altri professionisti dei centri di consulenza giovanile, sono specificamente formati e ricevono continuamente formazioni fornite da un'associazione civile - ТрансФорма (Transforma) - di persone non binarie. Transforma è un'iniziativa per la protezione e la promozione dei diritti delle persone transgender nella Macedonia del Nord. I servizi sono gratuiti e vengono forniti di persona, per telefono o via Internet. La frequenza delle ragazze e delle donne è molto più alta rispetto al rigido sistema sanitario pubblico, dove le donne tendono a non sentirsi sicure. La sicurezza e l'anonimato attraggono le donne al servizio e le aiutano ad affrontare lo stigma associato all'essere donna e consumatrice di sostanze.

Molte donne vengono al centro perché hanno un partner tossicodipendente e non riescono a uscirne, perché gli vogliono bene ma hanno anche paura di essere influenzate da lui. Il servizio lavora con loro sulla motivazione al cambiamento, sull'assertività, sulle capacità di comunicazione, sulla gestione dello stress, sul processo decisionale e sulla costruzione della fiducia. In alcuni casi, in accordo con il cliente, il partner viene incluso nell'attività di prevenzione e il servizio si occupa della loro relazione, della risoluzione dei conflitti e delle capacità di comunicazione, conducendo una MI con il partner per incoraggiare un cambiamento nei modelli di consumo di droga. Le donne che, a seguito di abuso, iniziano a fare uso di una sostanza vengono prese in carico individualmente e, in caso di auto-abuso, vengono indirizzate alle strutture sanitarie pubbliche, con trasferimenti gestiti e accessi alle strutture facilitati su appuntamento e in accordo con il personale, al fine di evitare qualsiasi tipo di trauma per la cliente. Laddove necessario e possibile, e in accordo con il cliente, il servizio coinvolge i genitori, ai quali viene fornita una psico-educazione all'ascolto attivo e non giudicante, nonché competenze per una comunicazione chiara, aperta e onesta con i propri figli, sottolineando l'importanza del tempo trascorso insieme, ecc.

Per l'erogazione di attività di prevenzione, individuazione precoce e intervento rivolte ai giovani non-binari, più esposti all'uso di sostanze rispetto ai loro coetanei, la prevenzione delle tossicodipendenze è stata unita ai test anonimi e confidenziali sulle IST e alle consultazioni con un ginecologo e un dermatologo. In questo modo, lo stigma che rischia di sperimentare un giovane che si rivolge a uno

psichiatra per l'uso di droghe può essere evitato. A questi giovani vengono solitamente forniti servizi individuali e personalizzati che coprono l'intera gamma di servizi di consulenza, analisi e salute; è importante per loro accettare la propria identità, affrontare i traumi e lo stress, affrontare la violenza e costruire assertività e fiducia in sé stessi.

La prevenzione selettiva viene attuata nel comune di Šuto Orizari, abitato prevalentemente da persone della comunità Rom. Si tratta soprattutto di bambini che poi entrano nel sistema educativo.

Il servizio lavora con ragazze e ragazzi in un gruppo misto per educarli alle abilità comunicative e all'assertività e per valutare gli atteggiamenti e le convinzioni su fumo, alcol e droghe. Piccoli gruppi di ragazze (di solito due amiche del cuore) o singoli individui vengono consigliati specificamente sui temi della violenza e dell'uso di droghe. Spesso le ragazze desiderano anche una consulenza individuale sulle relazioni, e le loro esigenze vengono soddisfatte. I ragazzi ricevono una consulenza separata sulle dipendenze comportamentali (ad esempio il gioco d'azzardo).

I servizi offerti ai giovani e ai loro genitori sono i seguenti

- ▶ servizi di prevenzione dell'abuso di sostanze (interventi verbali, consulenza, psico-educazione, terapia psico-sociale individuale, trattamento di sostegno, psicoterapia familiare/coniugale, sessioni di psicoterapia breve, prevenzione delle ricadute nell'uso di sostanze [anche dipendenze comportamentali], MI, interventi verbali con un genitore, psico-educazione con un genitore, trattamento di sostegno con un genitore, interventi telefonici di consulenza con un genitore, fornitura di informazioni sui servizi psicologici educativi, psico-educazione sui servizi psicologici educativi) ;
- ▶ l'invio a strutture di assistenza, ad altri servizi HERA e ad altre istituzioni.

Le attività preventive individuali o di gruppo si concentrano sulla psico-educazione e sull'informazione, sulle convinzioni normative, sulla modifica di atteggiamenti e convinzioni e sulla correzione di percezioni errate, nonché sulle abilità di vita, comprese le tecniche di rifiuto.

Valutazione

Il centro di consulenza per giovani utilizza un approccio che garantisce sicurezza, anonimato e riservatezza (senza richiedere dati personali agli utenti). Si tratta di un approccio molto importante per facilitare l'accesso ai programmi di prevenzione delle tossicodipendenze per tutti, ma in particolare per le donne, dato il doppio stigma di essere donna e consumatrice di sostanze. Lo stigma impedisce ai giovani, soprattutto alle donne, di cercare servizi legati alla droga nelle strutture sanitarie che richiedono la documentazione e registrano i pazienti. È molto più probabile che le donne cerchino aiuto nei consultori per giovani che nei servizi sanitari pubblici tradizionali, perché nei primi non vi sono registrazioni degli utenti, cosa che le donne hanno paura di fare. Gli approcci sensibili al genere e non giudicanti si rivolgono anche ai gruppi vulnerabili. Anche il lavoro sul trauma e sul disturbo da stress post-traumatico con le donne nei centri di consulenza, con rinvii al sistema sanitario se necessario, e senza ulteriori traumi, è un approccio significativo.

L'approccio che prevede la fusione di diversi servizi - uno "sportello unico (one-stop shop)" ad esempio con ginecologo e dermatologo e servizi di test e consulenza anonimi e confidenziali - e che risponde alle molteplici esigenze di donne, uomini e giovani non-binari è particolarmente efficace. Se i centri sono percepiti come qualcosa di più di un semplice servizio di trattamento delle tossicodipendenze, se sono luoghi in cui i destinatari del servizio vedono che ci sono più persone come loro (cioè il gruppo di genere a cui appartengono), è probabile che i giovani non-binari e le donne in particolare siano attratti.

Secondo il rapporto annuale di HERA per il 2019 (Jovanovski 2020), il 47% degli utenti (giovani o genitori) che hanno visitato il servizio di consulenza per la protezione e i rischi legati all'uso di sostanze tra i giovani erano donne, una percentuale molto più alta di quella delle donne nei programmi di salute pubblica per la prevenzione e trattamento del consumo e della dipendenza da droghe - a Skopje questo rimane intorno al 15% del numero totale di pazienti nella capitale, mentre in altre città la percentuale è ancora più bassa (Ignjatova 2017).

Tuttavia, va ricordato che non tutti gli utenti che si rivolgono al servizio di consulenza sono consumatori di sostanze o tossicodipendenti - alcuni sono genitori. Ciò è in contrasto con i programmi di salute pubblica in cui tutte le donne che si rivolgono al servizio soffrono di un problema di dipendenza. Secondo i dati forniti dai fornitori di servizi (cioè i tre psichiatri), in un periodo di otto anni (2012-20), 13 persone di orientamento omosessuale, due di orientamento bisessuale e una transgender (da donna a uomo) hanno avuto accesso ai servizi; tre erano donne e 12 uomini, e solo uno è stato indirizzato a un servizio di trattamento di mantenimento degli oppioidi. Di questi, due avevano un'età compresa tra i 15 e i 19 anni, due tra i 20 e i 24 anni, 11 tra i 25 e i 29 anni e uno tra i 35 e i 39 anni. Presentavano problematiche legate a consumo di alcol, benzodiazepine, cannabis e droghe, ma nessuno faceva uso di droghe per via parenterale; tre hanno riferito di non aver fatto uso di droghe, ma di aver partecipato a sessioni di counselling relative all'ansia, alla tristezza e alla necessità di affrontare il peso del segreto, l'accettazione di sé, l'accettazione della famiglia o altri motivi.

Affrontare la disuguaglianza di genere

I servizi one-stop all'interno di un servizio di consulenza rivolto ai giovani, l'anonimato e la riservatezza si sono dimostrati una buona pratica per attirare più giovani, più utenti di sesso femminile e più persone di genere, attività e orientamento sessuale diversi. L'approccio ai servizi è accogliente, non giudicante, anonimo e confidenziale, e le attività sono complete, coerenti e rispondenti alle esigenze degli utenti. Non vedono le droghe esclusivamente come problema, ma si sforzano di responsabilizzare la popolazione vulnerabile e di fornire istruzione, sostegno, assistenza, opportunità di lavoro e altro ancora, il che contribuisce certamente alla prevenzione dell'uso di sostanze.

Tuttavia, i programmi di prevenzione e trattamento della salute pubblica per le PWUD non sono sufficientemente sensibili all'età e al genere e non sono attraenti per questi gruppi. I pazienti considerano i programmi di salute pubblica esistenti insicuri e inadeguati (Ignjatova 2017).

Un contesto più ampio

Il quadro strategico 2018-22 di HERA mira a migliorare i diritti sessuali e riproduttivi di tutti i cittadini, in particolare delle comunità emarginate, e ad espandere la propria influenza nel campo dei diritti sessuali e riproduttivi e dell'uguaglianza di genere nella Macedonia del Nord, così come nella regione più ampia e in tutta Europa (HERA 2018).

T.O.P.

ITALIA

Il progetto

L'iniziativa di prevenzione selettiva a scuola descritta di seguito fa parte di un progetto più ampio chiamato WeFree (www.wefree.it), che consiste in diverse iniziative e format creati per adattarsi alle diverse età del gruppo target (bambini e adolescenti tra i 12 e i 19 anni). L'iniziativa oggetto del presente documento - TOP - è rivolta a ragazzi e ragazze di età compresa tra i 15 e i 17 anni. Questo è spesso il periodo in cui la ricerca dell'identità personale e di genere diventa cruciale e i conflitti - con genitori, adulti e coetanei - che fanno parte di questo processo devono essere affrontati e infine risolti in modo positivo. L'approccio è school based e quindi si rivolge a gruppi misti di ragazze e ragazzi, ma non è neutrale rispetto al genere. Al contrario, l'approccio è sensibile al genere in quanto si concentra sulla specificità di genere di alcuni comportamenti e problemi. Come tutte le iniziative del progetto WeFree, TOP viene realizzato in tutta Italia, isole comprese, in diversi format e in diversi luoghi: nella comunità di San Patrignano (SP), nelle scuole, in teatri e spazi simili, e anche online. Durante la pandemia Covid-19, tutte queste attività sono state sostituite da attività online.

Contesto

SP è una comunità terapeutica fondata nel 1978. Da allora, ha fornito, in modo del tutto gratuito, a più di 25.000 persone una casa, il calore di una famiglia, assistenza medica e legale, nonché l'opportunità di continuare la propria istruzione, frequentare corsi di formazione professionale, acquisire competenze pratiche, costruire la propria autostima e fiducia in sé stessi ed essere reintegrati con successo nella società alla fine del processo. Ma anche la prevenzione ha sempre fatto parte della sua missione principale. Il progetto WeFree si basa sulla lunga esperienza di SP nel combattere l'emarginazione e nell'aiutare le persone con disturbi da uso di sostanze a riprendere in mano la propria vita. In particolare, SP ha ospitato più di 4.000 donne e ragazze e ha imparato molto sulle differenze di genere nel consumo di droga, nel trattamento e nel recupero, e quindi sui fattori di rischio e di protezione. Il messaggio di prevenzione viene trasmesso da residenti selezionati al termine del loro processo di recupero o da ex residenti: entrambi sono accuratamente istruiti e formati e sono supervisionati durante le attività da esperti di prevenzione. Si tratta di un approccio emotivo, di peer education, che cerca di favorire l'identificazione emozionale dei giovani con chi realizza l'intervento: per questo motivo, il gruppo degli attori deve essere sempre misto in termini di genere. I programmi sono realizzati con finanziamenti ottenuti attraverso la partecipazione a bandi pubblici del Ministero dell'Istruzione, del Ministero della

Salute, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Dipartimento per le Politiche Antidroga, ma anche attraverso la collaborazione con la società civile: fondazioni, organizzazioni civiche e di volontariato e attori locali. Inoltre, le scuole dispongono di fondi da investire in attività e progetti di prevenzione per sviluppare competenze trasversali per i loro studenti.

Schema del programma

Questo intervento fonde in modo innovativo i programmi di sviluppo delle soft skills del Ministero dell'Istruzione e gli strumenti di orientamento allo studio e al lavoro (PCTO), obbligatori nel terzo e quarto anno delle scuole superiori, con informazioni, elementi e azioni mirate a prevenire, individuare e trattare l'ansia e il consumo di droga tra gli adolescenti. Pertanto, la prevenzione del consumo di sostanze è attivamente collegata alla pianificazione del futuro. L'obiettivo del progetto è identificare il consumo di droga nelle sue fasi iniziali e prevenire lo sviluppo di disturbi da uso di sostanze e contemporaneamente intercettare i problemi degli adolescenti che spesso incidono in varia misura sulla qualità della vita. Questo include:

- ▶ accompagnare e offrire strumenti all'intero gruppo (ragazzi e ragazze) per affrontare e superare le difficoltà generate dalle relazioni interpersonali/di genere;
- ▶ per proteggere e responsabilizzare le ragazze, ma anche per insegnare ai loro coetanei maschi a rispettarle;
- ▶ promuovere il benessere e quindi il successo scolastico dei giovani;
- ▶ aumentare la fiducia in se stessi e l'autostima;
- ▶ prevenire e affrontare il malessere giovanile e l'abbandono scolastico;
- ▶ per contrastare lo sviluppo di atteggiamenti problematici, dipendenze e bullismo;
- ▶ mettere i giovani in grado di prendere decisioni informate e stimolando scambi, iniziative e maggiore apertura tra loro e nei confronti degli adulti.

I fattori di rischio identificati possono essere problematici di per sé, oppure possono portare e combinarsi con l'uso di sostanze, aumentando così in modo esponenziale il rischio di sviluppare disturbi maggiori e dipendenze. L'individuazione precoce di questi problemi può prevenire ed evitare sviluppi problematici.

Tutte le iniziative coinvolgono anche gli insegnanti e gli educatori, al fine di offrire un orientamento e rafforzare l'alleanza e le competenze di tutti gli attori che operano all'interno della comunità educativa. I termini chiave sono "consapevolezza" e "responsabilità": consapevolezza delle conseguenze delle nostre azioni su noi stessi, sugli altri e sull'ambiente, e responsabilità non come un peso da evitare, ma un'opportunità positiva da cogliere. Questo approccio potrebbe alleviare il senso di impotenza e frustrazione che i giovani spesso provano.

Gli elementi essenziali e la struttura delle attività sono i seguenti:

- ▶ L'intervento è rivolto a gruppi misti di 35-45 studenti alla volta;
- ▶ La storia di vita di uno dei nostri residenti (o ex residenti) formati e supervisionati è la chiave emozionale - segue linee guida specifiche e/o copioni preparati in collaborazione con esperti di comunicazione, drammaturghi,

psicologi, tossicologi ed educatori;

- ▶ Questa sessione è accompagnata e seguita da moduli che possono essere variamente combinati fino a un totale di 51 ore, suddivise in formazione a scuola, laboratori online, attività a SP e a scuola e ricerca indipendente;
- ▶ Le attività sono supervisionate da uno staff composto da giovani residenti formati e tutor di SP, insegnanti come tutor scolastici, oltre a un pedagogo, un designer sociale e un imprenditore sociale che forniscono lezioni specifiche e informazioni di base e accompagnano l'intero processo;
- ▶ Gli studenti sono protagonisti - attori piuttosto che destinatari passivi del programma - i membri del personale agiscono solo come facilitatori delle attività.

Durante le attività, i facilitatori li stimolano ad apprendere gradualmente e ad acquisire esperienza in aree extrascolastiche: conoscenza di sé e rispetto di sé; empatia, atteggiamenti e comportamenti, educazione tra pari; gestione del gruppo, lavoro di squadra e capacità di leadership; capacità di esprimere idee e condurre discussioni; miglioramento delle capacità di discussione e comunicazione. I partecipanti vengono anche aiutati a rafforzare la loro capacità di identificare le cause di un problema e di proporre soluzioni pertinenti. Possono sperimentare in prima persona la complessità delle dinamiche di genere in un ambiente protetto ed essere guidati e sostenuti dal personale per individuare soluzioni. Successivamente, gli studenti conducono ricerche in modo autonomo e contestualizzano i dati utilizzando i link alle risorse nazionali e internazionali autorevoli fornite per dare loro una visione più ampia degli aspetti scientifici e socio-culturali e l'opportunità di esplorare le questioni di genere legate all'uso di droghe. I risultati del progetto sono la produzione di proposte, azioni e la ricerca di attività culturali, sportive e ricreative esistenti nella propria comunità. Condividono le loro esperienze e le competenze acquisite con tutti gli alunni della loro scuola, in qualità di tutor di orientamento e prevenzione. Format simili vengono utilizzati per creare formazione ad hoc per la comunità educativa di insegnanti, educatori e genitori.

Valutazione

L'approccio basato sulle emozioni è supportato da studi che hanno dimostrato che le emozioni influenzano direttamente i processi di apprendimento e memoria nel cervello (Tyng et al. 2017). Molti autori hanno proposto spiegazioni sul funzionamento della peer education (ad esempio, la teoria dell'apprendimento sociale, la teoria dei ruoli, la coscienza critica) (Turner e Shepherd 1999). Per valutare l'efficacia e l'efficienza del TOP, è stato somministrato un questionario ai partecipanti, studenti e insegnanti. In particolare, l'efficacia del progetto viene esplorata attraverso: empowerment, salute, benessere e qualità della vita, impegno sociale, relazioni con gli altri, orientamento e formazione. I risultati sono molto positivi in termini di cambiamenti comportamentali a lungo termine, fiducia in se stessi e aumento delle capacità interpersonali, con un livello più alto di cambiamento significativo tra le ragazze. Inoltre, i partecipanti al progetto risultano più interessati alle professioni orientate al sociale.

Affrontare la disuguaglianza di genere

Il progetto integra l'educazione alla sensibilità di genere come elemento fondante della sua struttura e mira alla trasformazione di genere. I meccanismi cruciali che permettono la consapevolezza e l'educazione di genere sono le dinamiche all'interno del gruppo - le interazioni tra i sessi/generi - che avvengono al di fuori della normale routine passiva vissuta durante le lezioni scolastiche, grazie al supporto e al contributo dei facilitatori. Le questioni di genere vengono discusse e analizzate durante le attività per sensibilizzare sul fatto che spesso sono la causa di sofferenze e conflitti, e che la ragione di ciò è la mancanza di conoscenza, accettazione e comprensione reciproca. Nel primo modulo, il gruppo partecipa a una sessione di brainstorming per definire cosa sia il disagio giovanile e individuare i problemi dei giovani che gli studenti considerano più importanti, sulla base della loro esperienza personale. Viene offerto uno spazio sicuro per esprimere le proprie opinioni ed emozioni, evitando il giudizio e incoraggiando tutti a esprimere le proprie idee e a scoprire i propri interessi, abilità e talenti personali. A questo punto si evidenziano le differenze di genere e gli studenti, insieme ai loro tutor, si concentrano su quelle che ritengono più vicine alla loro esperienza. Questo approccio è particolarmente stimolante e responsabilizzante per le ragazze, che finalmente trovano uno spazio per la loro libera espressione e non uno spazio oppressivo. Le fasi progressive di attuazione del progetto prevedono una graduale, concreta e crescente consapevolezza dell'importanza di superare schemi di genere precostituiti, anche assumendo ruoli lontani dalla norma socialmente accettata. Le ragazze, i ragazzi e le persone non binarie giungono a una migliore conoscenza e accettazione di sé e degli altri e si incontrano a un livello più maturo e reciprocamente riconosciuto. Imparano gli uni dagli altri la flessibilità, l'adattamento e l'inclusione e riconoscono la diversità come un valore. Il risultato finale è un aumento della fiducia e dell'autostima - che, secondo le valutazioni, è particolarmente evidente tra le ragazze e i soggetti più vulnerabili - con una crescente consapevolezza e responsabilità sociale (la consapevolezza sociale è particolarmente carente tra i ragazzi). Così, migliorando il benessere dei giovani e superando i conflitti di genere, il consumo di sostanze diminuisce insieme al disagio che lo provoca. Durante lo sviluppo del progetto, il personale di supervisione osserva le interazioni e può individuare e riportare i segnali di problemi significativi. Un'attenzione particolare è rivolta alle ragazze: i disturbi alimentari, l'autolesionismo e la depressione possono essere segnali di famiglie disfunzionali/abusive e sono piuttosto comuni. Se il facilitatore identifica questa necessità, si possono creare momenti separati per le ragazze, con la supervisione di personale femminile. Ulteriori attività di orientamento e di prevenzione indicate possono essere implementate ogni volta che è necessario dai tutor della scuola. La sfida di questo progetto è che, per essere replicabile nella sua complessità, il personale richiesto dovrebbe includere diversi professionisti, ma anche persone che abbiano intrapreso un percorso di recupero dalle dipendenze, poiché il racconto della loro esperienza personale è la chiave emozionale che avvia il processo.

Un contesto più ampio

Il progetto intende contribuire al raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo

Sostenibile 3 (salute e benessere), dell'Obiettivo 4 (garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento permanente per tutti) e, in particolare, dell'Obiettivo 5 (raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare tutte le donne e le ragazze).

Fa inoltre riferimento agli standard internazionali UNODC/OMS per la prevenzione del consumo di droga (UNODC 2018b) e alle ultime raccomandazioni su donne e ragazze (UNODC 2017a). La pandemia ha imposto l'implementazione di attività di prevenzione in una "nuova" modalità online, che ha aperto interessanti possibilità. Il progetto lavora anche con video registrati e per le sessioni di domande e risposte e le discussioni si avvale di alcuni ex residenti che sono stati istruiti e formati come professionisti della prevenzione. Raggiungere un maggior numero di studenti, compresi quelli delle località più lontane, è un risultato positivo della pandemia che molto probabilmente sarà mantenuto ed esteso in futuro.

Ponto Lilás,

Portogallo

Il progetto

Ponto Lilás (Punto Lilla), Porto, Portogallo, è un intervento di prevenzione della GBV e di riduzione del danno basato sulla comunità.

Contesto

I festival, le feste, la vita notturna e altri ambienti conviviali e di consumo sono spazi temporali molto rilevanti negli stili di vita postmoderni e nelle identità urbane di matrice occidentale. Questi eventi promuovono una cultura dell'ebbrezza (Measham e Brain 2005) in cui l'alcol gioca un ruolo centrale nella socializzazione, nel tempo libero e nelle dinamiche sessuali dei giovani e dei giovani adulti. Tuttavia, le norme di genere si intersecano con le norme sociali relative all'uso di sostanze, penalizzando le donne in modo sessista. L'uso di alcol e droghe negli spazi pubblici è tradizionalmente visto come un comportamento sociale orientato al piacere maschile, e le donne che si dedicano a queste pratiche tendono a essere sessualizzate e quindi esposte alla violenza di genere. In questo senso, la femminilizzazione delle feste, dei festival e della vita notturna è un importante indicatore della parità di genere, che sostiene le dinamiche emancipatorie e la sperimentazione di identità femminili alternative e mascolinità.

Tuttavia, non si tratta di ambienti neutrali, né privi di sessismo. Al contrario, le vecchie norme di genere e i doppi standard sono vivi e vegeti e mal si adattano alla partecipazione delle donne in questi spazi temporali dominati dagli uomini.

Nella loro vita pubblica, le donne sono esposte a molestie sessuali e ad altre forme di violenza sessuale, nonché al vigilantismo sul loro comportamento. Queste dinamiche di genere e di potere sono esacerbate nella vita notturna, in particolare negli ambienti più mainstream che aderiscono fortemente a norme di genere più tradizionali. Questi spazi tendono a promuovere l'ipersessualizzazione del corpo delle donne e a considerare le molestie sessuali come un comportamento accettabile in questi spazi. Le donne che partecipano a questi ambienti devono

fare i conti con le molestie sessuali e bilanciare l'intossicazione con la cura di sé, l'autocontrollo e i comportamenti protettivi come parte delle loro esperienze di svago. Inoltre, i miti sullo stupro riproducono una cultura vittimistica che ritiene le donne responsabili della violenza subita. I doppi standard di genere relativi all'uso di sostanze sono visibili anche nella valutazione di una situazione di violenza sessuale: lo stesso comportamento (l'uso di sostanze) viene usato per biasimare la vittima ("non è riuscita a controllarsi") e scusare l'autore del reato ("non è riuscito a controllarsi"). Alla luce di quanto detto, gli interventi di prevenzione e riduzione del danno nella vita notturna devono andare oltre gli approcci di genere che si concentrano sui comportamenti individuali di consumo di droga e sui rischi per la salute. I pregiudizi di genere e le disuguaglianze strutturali tra i sessi aggravano i danni legati alla droga e portano a rischi specifici di genere. È quindi fondamentale attuare interventi sensibili al genere nel campo delle droghe.

Di conseguenza, un partenariato strategico e transdisciplinare che coinvolge quattro organizzazioni portoghesi ha ideato un progetto pilota di intervento di sensibilizzazione per affrontare il sessismo e la violenza sessuale in un evento universitario su larga scala a Porto. Il gruppo comprendeva un'università (la Facoltà di Educazione e Psicologia dell'Università Cattolica Portoghese), una ONG che promuove la riduzione del rischio in occasione di grandi festival e in ambienti urbani notturni (Kosmicare), un centro di crisi antistupro comunitario (Centro EIR - UMAR) e il progetto comunitario di prevenzione e lotta alla violenza di coppia nell'ambito dell'istruzione superiore (progetto UNI+ - Associazione Plano I). Il progetto non ha ricevuto finanziamenti specifici, ma è nato dalla volontà di queste organizzazioni di rispondere alla cultura dello stupro profondamente radicata nelle dinamiche del tempo libero delle culture universitarie.

Il progetto è stato chiamato Ponto Lilás e si è basato sulla metodologia dei Ponti Lila, creati da diverse organizzazioni e collettivi femministi per rispondere alla violenza sessuale in occasione di grandi festival, festività ed eventi notturni in Spagna (Gómez Rodríguez 2019). La scelta del nome è stata intenzionale, con l'obiettivo di creare una nuova identità di servizio agli eventi. Mentre i servizi della Croce Rossa faticano a gestire le emergenze sanitarie, Ponto Lilás sta emergendo come servizio di prima linea per prevenire e rispondere alla violenza di genere in questi eventi.

In Portogallo, Ponto Lilás è stato attuato durante un grande festival universitario di otto giorni, Queima das Fitas 2019, noto per la cultura sessista e dello stupro che promuove e per gli episodi di violenza sessuale che si sono verificati durante o dopo l'evento. Il progetto è stato realizzato anche durante una tre giorni di festival urbano - NOS Primavera Sound 2019 - ma i dati qui presentati si riferiscono all'intervento alla Queima das Fitas 2019. Prima che il festival fosse sospeso a causa della pandemia di Covid-19, il team del progetto era in attesa di un sostegno finanziario specifico da parte della Federazione accademica di Porto per implementare Ponto Lilás durante Queima das Fitas 2020.

Anche le persone transgender e non binarie sono colpite in modo sproporzionato da GBV e, da una prospettiva intersezionale, questo tende ad essere esacerbato se le vittime hanno fatto uso di alcol o altre droghe. Tuttavia, poiché l'intervento descritto è stato progettato principalmente per le donne, l'analisi qui si concentra principalmente sulle esperienze delle donne.

Panoramica del progetto

Ponto Lilás è un progetto di sensibilizzazione creato per prevenire e rispondere alla violenza sessuale e ad altre forme di GBV durante i grandi festival. In particolare, si propone di:

- ▶ sensibilizzare e fornire un'educazione informale sull'uguaglianza di genere, sulla prevenzione della GBV, sull'intervento degli astanti, sulla riduzione dei danni e sull'uso sicuro di alcol e droghe;
- ▶ rispondere a situazioni di crisi che coinvolgono la violenza sessuale e altre forme di violenza di genere, crisi sanitarie legate alla droga e all'alcol o una maggiore vulnerabilità sociale;
- ▶ Indirizzare gli utenti del servizio che stanno lottando contro il trauma e il disagio psicologico legati alla violenza sessuale ai centri di crisi per gli stupri o ai servizi sanitari.

In termini di struttura, questo progetto è stato costruito su due assi centrali, la comunicazione e la sensibilizzazione.

1. Comunicazione

- ▶ Lo slogan della campagna "Non permetto le vostre molestie! Ponto Lilás - la tua zona sicura a Queima das Fitas" ha sostenuto i materiali di comunicazione ed educazione del progetto (ad esempio volantini, poster, braccialetti e altri gadget).
- ▶ Grazie a una collaborazione con l'Azienda dei Trasporti Pubblici di Porto (STCP), 260 autobus sono stati equipaggiati con i manifesti della campagna nel corso di una settimana, sulle linee che servono le università e le aree dei festival di Queima das Fitas.
- ▶ Una partnership strategica con i media, le ONG e altri partner ha contribuito a diffondere il materiale della campagna.
- ▶ La creazione di un profilo su Instagram ha supportato la diffusione dei materiali e delle attività del progetto, monitorando e segnalando al contempo i contenuti sessisti legati all'evento che circolano online (durante l'evento è frequente che le donne impegnate in performance o attività sessualizzate vengano registrate e pubblicate sui social media per essere molestate online), e creando una piattaforma di comunicazione online per i partecipanti all'evento.

2. Intervento di prossimità

- ▶ In un'area strategica del festival è stato allestito un info-stand, gestito da un team di professionisti specializzati, volontari e pari. Questo spazio di prossimità ha agito come zona di sicurezza e ha fornito risposte in prima linea ai casi di violenza sessuale e ad altre forme di violenza di genere, oltre a servire come

luogo di sensibilizzazione e di educazione all'uguaglianza di genere e all'uso sicuro di alcol e droghe.

- ▶ È stata istituita una squadra di pattugliamento, ispirata all'approccio dell'intervento by-stander, per l'individuazione precoce, l'interruzione e il rinvio delle situazioni di violenza sessuale, nonché per individuare altre forme di GBV e persone in stato di vulnerabilità a causa dell'uso di alcol o droghe. Il team era composto da sei specialisti professionisti - quattro che lavorano nel campo della prevenzione della GBV e due con esperienza nell'implementazione della riduzione del danno, rivolta alle persone che fanno uso di droghe negli ambienti notturni dei festival - e 16 volontari (pari e professionisti specializzati).

Il Ponto Lilás è stato implementato durante gli otto giorni della Queima das Fitas 2019, rimanendo aperto dalle 21.30 alle 6 del mattino.

Valutazione

La valutazione del progetto ha incluso una valutazione del processo e dell'impatto, con i dati raccolti nel rapporto di valutazione del progetto (Vale Pires et al. 2019).

- ▶ La valutazione del processo si è basata su una scheda di evento (descrizione degli episodi), una scheda di sintesi (presenze, tipo di interazione, temi, situazioni e orientamento), un rapporto di feedback e uno strumento etnografico da compilare da parte di tutti i professionisti e i volontari coinvolti nel progetto. Il team ha contattato 2.099 persone durante gli otto giorni di intervento a Queima das Fitas 2019. L'équipe è intervenuta in otto situazioni di violenza sessuale, con aggressioni fisiche tra coppie altamente alcoliche, e ha ricevuto 11 denunce di violenza sessuale che hanno portato al deferimento ai servizi sociali.
- ▶ La valutazione dell'impatto si è basata su un sondaggio online distribuito attraverso i social media, due settimane dopo l'intervento. Gli intervistati (88,1% donne e 8,9% uomini) che sono entrati in contatto con Ponto Lilás durante la Queima das Fitas sono stati 101, di cui l'89,1% ha considerato il progetto molto rilevante e il 52,6% "molto soddisfatto" dell'intervento dell'équipe.

A seguito di diverse denunce da parte di Ponto Lilás e di altre parti interessate, la Federazione accademica di Porto ha chiuso tre bar con pratiche fortemente sessiste durante il festival e ha stabilito sanzioni e multe per i bar con approcci sessisti. La Federazione ha inoltre deciso di regolamentare l'evento per scoraggiare le pratiche commerciali sessiste che contribuiscono all'immagine di cultura dello stupro dell'evento. Tuttavia, con l'edizione 2020 del festival sospesa a causa della pandemia di Covid-19, non è chiaro se questo impegno sarà mantenuto per la prossima edizione di Queima das Fitas dalla nuova gestione.

Affrontare la disuguaglianza di genere

Questo intervento è sensibile al genere, in quanto affronta i rischi specifici che le donne corrono quando utilizzano gli spazi pubblici o si dedicano all'uso di sostanze ricreative. Si concentra sulle donne in quanto vittime di violenza sessuale e di

altre forme di violenza di genere. Tuttavia, è importante notare che la violenza di genere negli spazi pubblici colpisce anche le persone transgender e non binarie e per questo motivo è importante ampliare questa iniziativa per includere anche le esigenze specifiche di questi gruppi.

Un contesto più ampio

Questo intervento si colloca all'intersezione tra GBV, consumo di droga e ambiente del festival. In questo senso, contribuisce all'uguaglianza di genere e al mainstreaming di genere nel campo delle droghe, nonché alla prevenzione della violenza di genere che colpisce la partecipazione delle donne agli spazi pubblici e ricreativi.

HOPS, Macedonia del Nord II

progetto

HOPS fornisce servizi para-legali gratuiti a gruppi emarginati come le PWUD, i lavoratori del sesso e le loro famiglie nella Macedonia del Nord, concentrandosi sui consumatori di droga di tutti i generi. I servizi di consulenza legale sono forniti da due centri di accoglienza (Dunja e Šuto Orizari) per telefono e, se necessario, sul campo.

Contesto e contesto dell'intervento

HOPS ha iniziato a fornire servizi legali pro bono a sostegno delle lavoratrici del sesso nel 2002-2003, su richiesta degli operatori sul campo. Si è quindi riconosciuta la necessità di fornire servizi legali a gruppi vulnerabili come le lavoratrici del sesso, comprese quelle che fanno uso di droghe, e l'organizzazione ha iniziato a cercare finanziamenti per istituire un servizio legale.

Il servizio legale è stato istituito ufficialmente nel novembre 2004, nell'ambito del programma per le lavoratrici del sesso, solo in loco e una volta alla settimana, poiché non esisteva un centro diurno per le lavoratrici del sesso. All'inizio ci è voluto del tempo per guadagnare la fiducia degli utenti, ma una volta ottenuta, tutti hanno iniziato a condividere i loro problemi legali, passati e presenti. Dal maggio 2005, nell'ambito del programma di riduzione del danno per i tossicodipendenti (di tutti i sessi), è attivo una volta alla settimana un servizio legale. Fino al 2008, con il sostegno finanziario del Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, sono stati forniti i seguenti servizi legali: consulenza e informazione, rinvio alle istituzioni se necessario, accompagnamento e preparazione di documenti legali (denunce, domande, cause, ecc.). Dal 2008, l'organizzazione riceve il sostegno finanziario della Open Society Foundation - Macedonia (OSFM) per la gestione di casi strategici e la documentazione di gravi violazioni dei diritti umani di lavoratori del sesso e tossicodipendenti. Fino al 2008 erano disponibili i servizi di un consulente legale, dal 2008 al 2012 un avvocato e un consulente legale e dal 2012 in poi tre avvocati.

Da marzo 2020, il servizio legale HOPS è registrato per fornire assistenza legale gratuita alle lavoratrici del sesso e ai tossicodipendenti, secondo la legge sul gratuito patrocinio. Questo servizio dovrebbe essere finanziato dal Ministero della Giustizia della Macedonia del Nord, ma finora non è stato attuato.

I para-legali per le lavoratrici del sesso hanno iniziato a lavorare nel 2015 con il sostegno dell'UFOM e nel 2020, insieme ai para-legali per le PWUD, sono stati sostenuti dal progetto Accesso alla giustizia per i più emarginati dello Strumento europeo per la democrazia e i diritti umani dell'UE. I para-legali provengono dalle comunità stesse e sono formati per fornire informazioni di base sulle violazioni dei diritti, sulla discriminazione, sulla violenza e sui servizi sanitari e sociali. Otto para-legali appartengono al gruppo dei lavoratori del sesso e cinque al gruppo dei PWUD. Nel 2020 sono stati assunti tre para-legali, tra cui una donna. Nel 2021, grazie a un progetto dell'Associazione eurasiatica per la riduzione del danno sui diritti delle

donne che fanno uso di droghe in relazione alla violenza sessuale, è stato condotto uno studio sulla violenza sessuale contro le donne che fanno uso di droghe. Grazie a questo progetto, è stata fornita assistenza legale gratuita con particolare attenzione alle donne che fanno uso di droghe e sono vittime di violenza sessuale e sono state assunte tre para-legali.

Panoramica del programma

HOPS offre servizi legali in un ambiente amichevole e non giudicante, compresa l'assistenza legale gratuita per gruppi vulnerabili come i tossicodipendenti, i lavoratori del sesso e le loro famiglie. Questa assistenza copre diverse aree: diritti umani, diritto penale, diritto civile ed economico, diritto di famiglia, illeciti, diritto amministrativo, discriminazione e altre. I servizi vengono forniti sotto forma di consulenze, rinvii, preparazione di documenti, accesso alle istituzioni e alle procedure e rappresentanza presso i tribunali competenti nei casi strategici di grave violazione dei diritti umani e di discriminazione. L'HOPS documenta anche i casi di violazione dei diritti umani (uno strumento importante per la raccolta dei dati), monitora le tendenze delle violazioni dei diritti umani, analizza e crea argomenti di advocacy per migliorare la situazione e prepara rapporti paralleli a quelli prodotti da enti e organizzazioni internazionali.

Nello specifico, l'assistenza legale gratuita comprende: consulenza legale iniziale sul diritto di avvalersi dell'assistenza legale gratuita; informazioni e consulenza legale generale; assistenza nella compilazione di moduli, compresi quelli rilasciati da un ente amministrativo nell'ambito di una procedura amministrativa di protezione sociale; preparazione di denunce alla Commissione per la protezione dalla discriminazione e all'Ombudsman, nonché di richieste di tutela delle libertà e dei diritti alla Corte costituzionale della Repubblica della Macedonia del Nord. Il supporto legale consiste nel consigliare, informare e motivare le PWUD e le lavoratrici del sesso difficili da raggiungere a esercitare i propri diritti attraverso l'educazione tra pari. Nell'ambito del progetto "Accesso a cure complete per le donne che fanno uso di droghe in caso di violenza", HOPS ha realizzato lo studio "Violenza di genere contro le donne che fanno uso di droghe". Per promuovere la ricerca è stata organizzata una tavola rotonda con i rappresentanti delle istituzioni competenti e della società civile. I ricercatori hanno presentato i risultati e le raccomandazioni per una migliore gestione sistemica della violenza di genere, soprattutto quando si tratta di donne che fanno uso di droghe. Le sessioni prevedono anche la riduzione del danno e il trattamento e l'assistenza psicosociale.

Valutazione

HOPS fornisce servizi alle PWUD e alle lavoratrici del sesso per tutelare i loro diritti, concentrandosi sulla salute, sui diritti socio-economici e sulla protezione da discriminazioni, torture e GBV. Secondo il rapporto annuale per il 2020, i due centri drop-in di Dunja e Šuto Orizari, sul campo e per telefono, hanno fornito un totale di 837 servizi legali a 95 diversi utenti che fanno uso di droghe. Di questi, 76 utenti erano uomini e 19 donne, e 33 erano di nazionalità rom.

Nel 2020, per quanto riguarda la discriminazione dovuta alla dipendenza e la disparità di trattamento basata sullo stato di salute, sono stati registrati e forniti servizi legali a otto casi di persone che fanno uso di droghe, tra cui tre donne,

un bambino e quattro uomini. Per quanto riguarda la violazione del diritto di accesso all'assicurazione sanitaria e all'assistenza sanitaria e la discriminazione, sono stati registrati tre casi, due dei quali riguardavano donne: una incinta e una in carcere.

Nel 2020, il centro di sostegno quotidiano per le lavoratrici del sesso (comprese quelle che fanno uso di droghe) e le loro famiglie, sia sul campo che per telefono, ha fornito un totale di 896 servizi a 79 utenti diversi. Di questi, 17 erano uomini e 62 donne, e 45 erano Rom (<https://hops.org.mk> , visitato l'8 febbraio 2022).

Quell'anno, i consulenti legali hanno documentato 14 casi di violenza sessuale contro le lavoratrici del sesso (comprese quelle che fanno uso di droghe) e violazioni dei diritti delle lavoratrici del sesso, tra cui un femminicidio (di una lavoratrice del sesso che fa uso di droghe). Di questi casi documentati, quattro lavoratrici del sesso sono state motivate ad avviare procedure appropriate con il team HOPS o con organizzazioni partner (come Transforma, una CSO per la protezione e la promozione dei diritti delle persone transgender nella Macedonia del Nord, e Margin Coalition, una CSO che promuove la protezione e il rispetto dei diritti umani di base delle comunità emarginate, con particolare attenzione alle persone LGBTI, ai tossicodipendenti, alle persone affette da HIV, alle lavoratrici del sesso e alle donne emarginate - si vedano i casi di studio all'indirizzo <http://coalition.org.mk/zanas?lang=en>, consultato l'8 febbraio 2022).

Affrontare la disuguaglianza di genere

Un'indagine condotta da HOPS nel 2016 tra 142 uomini (56,8%), 100 donne (40%) e otto transgender (3,2%) ha mostrato che le PWID e i lavoratori del sesso nella Macedonia del Nord affrontano 10 volte più problemi legali non banali rispetto alla popolazione generale (Cekovski e Dimitrievski 2018). Allo stesso tempo, la scarsa alfabetizzazione giuridica, la sfiducia nelle istituzioni e la discriminazione sistemica, tra gli altri fattori, impediscono ai cittadini di queste comunità di cercare di tutelare i propri diritti e di amministrare la giustizia in modo istituzionale. Ciò conferma la loro grande vulnerabilità e la necessità di migliorare l'accesso alle informazioni, alla consulenza legale e alla protezione. Le donne che fanno uso di droghe hanno maggiori probabilità di avere problemi con la famiglia e il partner rispetto agli altri sottogruppi. La maggior parte dei lavoratori del sesso e delle PWID ha relazioni instabili con i propri partner intimi, che spesso si interrompono a causa delle scarse condizioni economiche e delle pene detentive, ma anche a causa della violenza, soprattutto da parte delle donne. È molto più probabile che le persone PWID abbiano problemi con i figli minorenni. La parte qualitativa di questa ricerca descrive anche gli atteggiamenti giudicanti degli operatori sanitari nei confronti delle donne incinte e delle madri che fanno uso di droghe per via parenterale: possono consigliare loro di dare il bambino in adozione o in un monastero. A queste donne viene spesso detto che non saranno buone madri e persino i professionisti della salute possono dire che a queste donne non dovrebbe essere permesso di avere figli. Per quanto riguarda il lavoro sessuale, i lavoratori del sesso che si iniettano droghe incontrano maggiori problemi se sono donne.

A causa della mancanza di fiducia nei meccanismi di protezione istituzionali, l'assistenza legale viene spesso richiesta alle associazioni di cittadini che forniscono

servizi di riduzione del danno legati all'uso di droghe e sostegno alle lavoratrici del sesso. I consulenti legali di HOPS si occupano gratuitamente di casi strategici di violazione dei diritti umani contro le lavoratrici del sesso e i tossicodipendenti, rappresentando gli utenti non solo nei tribunali della Macedonia del Nord, ma anche presso la Corte europea dei diritti dell'uomo. Un esempio è la denuncia presentata alla Corte europea dei diritti dell'uomo dalle lavoratrici del sesso (alcune delle quali sono PWUD) per violazione dei loro diritti ai sensi di tre articoli della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (articoli 3, 5 e 8). Attraverso l'educazione tra pari, gli assistenti legali informano e motivano le PWUD e le lavoratrici del sesso difficili da raggiungere a esercitare i propri diritti.

Un contesto più ampio

Il Paese riconosce la necessità di includere una prospettiva di genere nelle politiche sulla droga e riconosce la vulnerabilità dei diversi gruppi di genere. L'assistenza legale gratuita per i gruppi vulnerabili è riconosciuta dallo Stato ma anche dalle organizzazioni internazionali che sostengono progetti in questo settore. La cooperazione tra istituzioni governative, organizzazioni della società civile e organizzazioni internazionali è in aumento e sono previste attività per la preparazione di documenti/protocolli correlati. Alcuni dei progetti citati coinvolgono diversi Paesi, come l'accesso a cure complete per le donne tossicodipendenti in caso di violenza, che fa parte del progetto regionale Sustainability of Services for Key Populations in Eastern Europe and Central Asia (Sostenibilità dei servizi per le popolazioni chiave nell'Europa orientale e nell'Asia centrale) attuato da Public Health Alliance, in consorzio con 100% Life (All-Ukrainian Network of PLWH), l'Associazione HIV dell'Asia centrale e l'Eurasian Key Populations Health Network (Rete sanitaria per le popolazioni chiave dell'Eurasia), con il sostegno del Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria.

Trattamento e intervento

Comunità San Patrignano Società Cooperativa Sociale, Italia

Il progetto

I paragrafi che seguono descrivono un intervento terapeutico: un centro orientato al recupero e al reinserimento sociale, residenziale, libero da droghe e a lungo termine. San Patrignano (SP) accoglie persone senza discriminazioni di età, sesso, estrazione sociale, etnica o religiosa. La comunità è sempre stata aperta alle donne: la prima residente è stata una giovane donna. Fin dall'inizio, un gruppo misto di residenti ha reso evidente e sensibilizzato gli operatori sulle differenze tra donne e uomini, non solo nei modelli di consumo di droga, ma anche negli approcci terapeutici e negli strumenti di recupero offerti.

Contesto e contesto dell'intervento

SP è stata fondata nel 1978 da Vincenzo Muccioli con un gruppo di volontari che volevano dare un contributo concreto alla soluzione dei problemi sociali. Alla fine degli anni '70, l'Italia è stata colpita da un'epidemia di eroina responsabile di oltre 1.000 morti per overdose all'anno. L'emergenza era sconosciuta: le cliniche

psichiatriche o le carceri non erano luoghi adatti a persone con disturbi da uso di droghe. A quel tempo, sono state fondate molte comunità private e per lo più di ispirazione confessionale e gestite da religiosi. La SP era laica e all'epoca assomigliava più a una comune hippy che a una comunità terapeutica: un numero considerevole di persone arrivava da tutta Italia per chiedere aiuto. I fondatori avevano deciso di offrire il loro aiuto in modo completamente gratuito ai residenti e alle loro famiglie. I volontari che hanno accompagnato Vincenzo non erano professionisti nell'ambito delle dipendenze: hanno imparato a intervenire sul campo e hanno ricevuto consigli direttamente dalle persone che stavano aiutando, che erano i veri protagonisti del loro percorso di recupero. A volte i residenti hanno deciso di rimanere e di restituire quanto avevano ricevuto ad altre persone che chiedevano aiuto. Hanno avuto così accesso a opportunità di istruzione formale e hanno conseguito lauree in diversi campi, qualificandosi come psicologi, medici, infermieri, sociologi, educatori professionali o assistenti sociali. Attualmente, la maggior parte del personale di SP è costituita da ex residenti. I fondi per la sostenibilità di SP provengono da donatori e da alcune attività che sono state implementate principalmente per formare le persone e offrire loro competenze professionali, oltre a quelle di vita, per il loro futuro reinserimento sociale. Più di 40 anni dopo, SP è ancora gratuita per i residenti e le loro famiglie. Oltre il 60% delle entrate proviene dalle sue attività e il resto dalle donazioni. SP gestisce due centri per minorenni (donne e uomini sotto i 18 anni) e il 10% dei posti disponibili per gli adulti è a disposizione dei servizi pubblici per tossicodipendenti, che pagano una quota mensile per riceverli. Professionisti della contabilità e dell'economia e collaboratori come psicoterapeuti e psichiatri (specializzati nella cura dei traumi) compongono lo staff. L'approccio di SP informato sui traumi è particolarmente rilevante per le donne e le ragazze.

Panoramica del programma

Dal 1978, SP ha assistito più di 25.000 persone con disturbi da uso di sostanze, tra cui più di 4.000 donne e ragazze, un terzo delle quali madri con bambini. L'approccio di SP è totalmente incentrato sulla persona. L'obiettivo è fornire un luogo e uno spazio per il loro sviluppo personale e professionale, aiutandoli a costruire una vita libera dalla droga e assistendoli anche nel reinserimento sociale dopo la fine del programma. La comunità investe nell'istruzione formale, non formale e informale e nella formazione professionale come possibili modi per aiutare i residenti a condurre una vita indipendente e significativa. A differenza della maggior parte dei centri residenziali che accolgono solo uomini o solo donne, SP ammette sia donne che uomini, senza limiti di età. Questa scelta si basa sulla necessità di creare una "micro-società" all'interno della comunità, simile a quella in cui le persone dovrebbero tornare al termine del loro processo di recupero. Inoltre, questa coesistenza di generi diversi, anche se può creare qualche difficoltà di gestione, permette un lavoro approfondito sulle relazioni di genere, spesso fortemente compromesse dal periodo di dipendenza. Permette di promuovere il rispetto in modo concreto, nella vita di tutti i giorni: la comunità diventa una palestra dove ci si allena a vivere secondo i propri valori e sentimenti, nel rispetto di sé stessi e degli altri. Per poter lavorare adeguatamente in questa direzione, fin dall'inizio SP ha dovuto considerare e mettere in atto i processi e gli elementi necessari per soddisfare le diverse esigenze di uomini e donne, tenendo conto delle differenze di età.

Valutazione

Nel 1994, studi indipendenti condotti dal Dipartimento di Sociologia dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna (www.sanpatrignano.org/en/about-us/sociological-research, consultato il 9 febbraio 2022), hanno certificato un tasso di successo del 72% tra i 711 ex residenti disponibili a partecipare alla ricerca (Guidicini e Pieretti 1995). Nel 2005, un nuovo studio che comprendeva anche l'analisi delle ciocche di capelli dei partecipanti ha mostrato un tasso di successo più elevato tra le donne rispetto alle loro controparti maschili (Manfré e Pollettini 2010). Un nuovo studio pubblicato nel 2019 ha analizzato il modello della comunità terapeutica come risposta valida alla crisi dell'epidemia di oppioidi negli Stati Uniti (Kast, Manella e Avery 2019).

Affrontare la disuguaglianza di genere

Per poter accogliere contemporaneamente donne e uomini di tutte le età e offrire loro opzioni di recupero efficaci, SP ha implementato i seguenti elementi e ha gradualmente aggiunto altre modalità organizzative:

- ▶ Sviluppare gradualmente la struttura del programma basata sul sostegno tra pari e sull'aiuto reciproco, in cui i residenti più anziani, in base al sesso, fungono da tutor per i nuovi residenti;
- ▶ creare alloggi dedicati e sicuri per le donne, per le madri con bambini e per i minori;
- ▶ l'organizzazione di strutture per il doposcuola e la cura quotidiana dei bambini per consentire alle madri di frequentare corsi di formazione professionale, e tempo per se stessi e per l'interazione con i coetanei, che sono aspetti cruciali del processo di recupero;
- ▶ fornire non solo competenze di vita, ma anche opportunità di acquisire competenze professionali per consentire ai residenti, e alle donne in particolare, di reintegrarsi con successo nella società e condurre una vita indipendente e significativa;
- ▶ programmi di genitorialità per madri e padri;
- ▶ Sostegno psicologico o psicoterapia: la maggior parte dei residenti ha vissuto un trauma che è alla base dei loro problemi legati alla droga, o che ha avuto un ruolo nell'innescare problemi più gravi.

SP dispone di dati che dimostrano che gli abusi infantili, il bullismo e la violenza di genere colpiscono spesso le donne. I disturbi da abuso di sostanze e i problemi di salute mentale sono conseguenze comuni che devono essere trattate. SP tratta il trauma principalmente attraverso la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) e, se necessario, attraverso una terapia psicofarmacologica a breve termine. Aiutare i residenti a superare il trauma e a riconoscere e accettare la propria identità sessuale/di genere significa responsabilizzarli e fornire loro strumenti culturali e personali per affrontare eventuali discriminazioni future: è stato dimostrato che questo facilita il loro reinserimento sociale e aiuta a prevenire le ricadute. Si può dire che i metodi di SP riflettono il quadro teorico dei sei principi guida di un approccio informato dal trauma (CDC 2020), anche se all'inizio non esistevano linee guida teoriche in merito. SP non è partito con una procedura in atto o con un

elenco di tecniche da mettere in campo: il suo successo è stato il risultato di un'attenzione costante, di una cura e di una sensibilità che erano e sono presenti a livello organizzativo. Oggi la sfida più importante è quella di rispettare l'intero spettro delle identità di genere e degli orientamenti sessuali, per evitare che diventino fonte di sofferenza e discriminazione. Infatti, la comunità è divisa in diversi dipartimenti di formazione professionale, i cui membri condividono le stanze in base al loro sesso biologico. Le complesse interazioni e le dinamiche in gioco tra i coinquilini durante questi momenti sociali sono fasi fondamentali e inevitabili del processo di recupero. Garantire l'ammissione di ogni persona rimane l'obiettivo di SP.

Un contesto più ampio

La SP è unica nel panorama nazionale e internazionale, in quanto la maggior parte delle comunità terapeutiche accoglie solo uomini; se accoglie le donne, lo fa in strutture totalmente separate. SP ha lo status consultivo presso il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) e fa parte del Forum della società civile sulle droghe, un gruppo di esperti della Commissione europea. Molte persone hanno imparato a conoscere SP e le sue caratteristiche specifiche attraverso presentazioni in conferenze internazionali. Di conseguenza, molti centri in tutto il mondo si sono ispirati al lavoro di SP e hanno introdotto elementi dei suoi metodi nei loro interventi o addirittura creato nuovi centri seguendo il modello di SP. SP condivide la sua esperienza attraverso visite di studio e, dal 2014, ospita un seminario di una settimana (tre volte l'anno), per accademici, delegazioni governative, studenti e professionisti del sociale all'interno della sua comunità, con residenti esperti come tutor per le attività quotidiane e membri dello staff come docenti per gli aspetti teorici. Uno studio è stato condotto da un partecipante a una di queste sessioni (Devlin e Wight 2021).

18ANO, Grecia II

progetto

Il programma 18ANO è rivolto alle persone che fanno uso di droghe. Si trova nel reparto tossicodipendenze dell'ospedale psichiatrico Attica, nel centro di Atene. Riceve pazienti da tutto il Paese. Dispone di un consultorio, di un'unità ospedaliera residenziale e di un'unità di riabilitazione sociale. Gestisce un programma di trattamento residenziale senza droga della durata di due anni per donne che fanno uso esclusivo di droghe, indipendentemente dal loro orientamento sessuale e dalla droga scelta. La maggior parte delle donne che fanno uso di droghe sono poli-dipendenti: la droga scelta può essere eroina, cocaina, anfetamine, *sisà*, cannabis, altre droghe stimolanti, alcol, farmaci da prescrizione o una combinazione di queste. Le donne che fanno solo uso di alcol vengono indirizzate a un'altra unità. Inoltre, sono accettate anche le donne che fanno uso di droghe con una doppia diagnosi (a meno che la donna non abbia un grave problema mentale che deve essere trattato prima e il rinvio è all'ospedale psichiatrico).

Contesto

L'Unità per le Tossicodipendenze dell'Ospedale Psichiatrico di Attica, nota come 18ANO, è il principale programma di trattamento per tossicodipendenti del Sistema Sanitario Nazionale greco. È stata fondata nel 1987 da un gruppo di professionisti della salute (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali) che condividevano la convinzione che i tossicodipendenti non sono criminali o individui mentalmente disturbati e che la dipendenza non è solo una condizione medica, ma piuttosto un problema psicosociale più complesso. Il quadro teorico che ha contribuito a dare forma all'intervento è la tesi di Claude Olievenstein secondo cui "perché la dipendenza si evolva, deve avvenire un incontro tra una personalità con carenze psichiche e una droga in un momento socioculturale specifico, in un periodo critico della famiglia in questione" (Olievenstein 1977). In altre parole, affinché il trattamento abbia successo, è necessario prendere in considerazione tutti e quattro i parametri.

Per un decennio il programma è stato misto: tossicodipendenti maschi e femmine hanno vissuto insieme in un ambiente terapeutico sicuro per sei o sette mesi nel 18° reparto dell'ospedale e hanno partecipato insieme a tutti i gruppi terapeutici (principalmente psicoterapia, dramma-terapia, ginnastica, gruppi di arte e terapia occupazionale). In seguito, tutti sono stati sottoposti a una fase di riabilitazione sociale ambulatoriale di un anno. L'obiettivo principale era scoprire le ragioni della loro tossicodipendenza e dare loro l'opportunità di concentrarsi sui loro punti di forza e sulle soluzioni che erano state mascherate dal comportamento autodistruttivo del consumo di droga. Tutti i partecipanti hanno accettato le seguenti regole: non sono state accettate droghe e sono stati vietati l'attività sessuale e il comportamento violento durante il processo terapeutico.

Tuttavia, la sovra rappresentazione degli uomini nell'unità per le tossicodipendenze (15-20 uomini contro 3-5 donne) ha sollevato molti interrogativi, così come la sotto rappresentazione delle donne tossicodipendenti, l'alto tasso di abbandono delle donne dopo aver intrapreso relazioni sessuali con altri uomini

in trattamento, la grande difficoltà per le donne di condividere le loro esperienze di vittimizzazione nei gruppi psicoterapeutici e le dinamiche di potere problematiche che si sono sviluppate tra gli uomini che cercavano l'attenzione delle poche donne. L'unità per le evidenze cliniche sulle donne che fanno uso di droghe ha supervisionato ricerche che hanno evidenziato i diversi bisogni delle donne (Schneider et al. 1995; Sullivan 1994) e le linee guida di Pompidou sull'argomento ha portato all'istituzione di un programma di trattamento specializzato per le donne tossicodipendenti nel 1997. Era ed è tuttora finanziato dall'Ospedale Psichiatrico di Attica e dal Ministero della Salute.

Schema del programma

L'idea alla base di questo intervento era quella di fornire un ambiente sicuro alle donne tossicodipendenti per costruire un rapporto di fiducia con le operatrici sanitarie (professioniste ed ex tossicodipendenti come modelli di ruolo) in gruppi psicoterapeutici per sole donne. L'obiettivo di questi gruppi è quello di permettere alle donne di condividere le loro esperienze, sia negli anni in cui hanno fatto uso di droghe che prima del primo uso, e di ricevere un sostegno reciproco. Alle donne viene data l'opportunità di avere il proprio spazio e il proprio tempo per essere al centro dell'attenzione, dove le dinamiche di potere o il sessismo non hanno spazio. Il programma si basa sulla teoria relazionale, che comprende la fusione di prospettive intrapsichiche e interpersonali. Il senso di appartenenza di una donna agli altri è considerato centrale per la sua crescita, il suo sviluppo e la sua autodefinizione (Miller 1991; Surrey 1991). Pertanto, la qualità delle relazioni interpersonali che la donna sviluppa con le altre donne e con il personale del trattamento può determinare la sua permanenza nel trattamento e può essere un indicatore di miglioramento migliore dei servizi effettivamente ricevuti (Pharis e Levin 1991).

Le donne con un consumo problematico di droga (indipendentemente dalla droga di elezione) rimangono per sette mesi in un'unità residenziale dove si concentrano, attraverso vari gruppi terapeutici, sugli aspetti psicologici e sulle ragioni del loro consumo di droga. Tutte le donne che fanno uso di droghe hanno in comune: a) vulnerabilità nell'autoregolazione delle emozioni b) problemi di autostima (cioè hanno una bassa valutazione delle proprie capacità personali e si sentono impotenti e incapaci di affrontarle o cambiarle); c) incapacità di entrare in contatto con gli altri senza l'aiuto delle droghe; d) esperienze di stress estremo dovute a esperienze negative nell'infanzia; e) esperienze traumatiche, principalmente di natura fisica e sessuale, prima e durante gli anni di consumo di droga. Un'alta percentuale si sente vittimizzata e pensa di aver meritato ciò che ha subito durante il consumo di droga.

Il principale strumento terapeutico utilizzato dall'unità per affrontare queste difficoltà è la psicoterapia di gruppo, condotta da psicologi clinici qualificati una volta alla settimana in sessioni di un'ora e mezza. Il gruppo funge da forum speciale per questi problemi e fornisce esperienze emotive correttive alle donne in modo che possano trovare sollievo dal loro dolore e opportunità di cambiamento e crescita. Funziona anche come laboratorio in cui le donne imparano a esprimere la loro rabbia e aggressività e a sperimentare gli aspetti costruttivi del loro carattere. Imparano a parlare della propria sessualità, a identificare i propri bisogni e a sviluppare la capacità di prendere le proprie decisioni di vita.

Un altro gruppo che si svolge in parallelo, una volta alla settimana, è un gruppo psicoeducativo semi-strutturato che si concentra sulla questione del genere, e in particolare sui sentimenti che i partecipanti possono provare in quanto donne. Si concentra sulla sensibilizzazione alle emozioni/sensazioni negative che le donne che fanno uso di droghe possono provare, come la gelosia, l'invidia e la competizione nelle relazioni. Riconoscere l'esistenza di questi sentimenti e riuscire ad accettarli come normali rafforza di fatto la fonte interna di controllo, e le donne accettano e mantengono la responsabilità personale. Vengono affrontate le dinamiche familiari precoci e le donne si rendono gradualmente conto, ad esempio, che sono state date loro meno opportunità dei fratelli maschi fin dalla più tenera età a causa del modo in cui sono state socializzate, non perché fossero indegne. Alla fine si rendono conto di meritare di raggiungere i propri obiettivi e procedono verso l'autorealizzazione.

Altri gruppi si concentrano sull'educazione delle donne che fanno uso di droghe a prendersi cura del proprio corpo, a imparare a cucinare e a praticare attività fisica per migliorare il proprio umore e prevenire le ricadute, nonché a imparare a prendersi cura dei propri problemi fisici. Allo stesso tempo, ricevono tutta l'attenzione medica necessaria per i problemi fisici che possono avere a causa della dipendenza, comprese le malattie infettive, i problemi dentali trascurati, altri sintomi patologici, e un aiuto concreto per i problemi sociali che possono aver incontrato.

L'intervento è attuato da un gruppo di professioniste della salute che condividono una filosofia comune nonostante le loro diverse competenze. Questa équipe terapeutica segue il principio della prospettiva dei punti di forza, tratto dalla letteratura sul lavoro sociale (Saleeby 1997). L'attenzione dovrebbe concentrarsi sui punti di forza delle donne che fanno uso di droghe, non sulle loro debolezze e patologie. È necessario entrare in relazione con loro, riconoscere che sono riuscite a sopravvivere nonostante i problemi che hanno affrontato (in molti casi, stress estremo dovuto a esperienze infantili negative) e quindi riconoscere che sono delle sopravvissute e delle esperte della propria vita. La dipendenza è solo una strategia di sopravvivenza e bisogna aiutarle a prendere coscienza delle loro competenze e risorse, delle loro abilità e capacità naturali. Tutto lo staff sanitario è stato formato alla tecnica MI (Miller e Rollnick 2002) per essere in grado di comprendere il complesso processo di cambiamento del comportamento, attraverso la resistenza e l'ambivalenza.

Le donne vengono poi sottoposte a riabilitazione sociale ambulatoriale per un anno. Vengono aiutate a esprimere sé stesse e a impegnarsi in relazioni sane. Uno dei principali obiettivi dell'unità in termini di prevenzione delle ricadute è quello di fornire un alloggio. Alle donne viene data la possibilità di rimanere in una casa dell'unità per tutta la terza fase. Dall'inizio dell'intervento, si è registrato un aumento significativo del tasso di iscrizione (nel 2004 è aumentato del 12%); sono diminuiti i tassi di abbandono, in particolare nel primo trimestre del programma terapeutico, ed è cambiata l'età delle donne che chiedono aiuto (un numero maggiore di donne più giovani cerca ora un aiuto professionale).

Valutazione

Ci sono stati diversi protocolli di ricerca che hanno studiato la popolazione delle donne consumatrici di sostanze cercando di capire meglio le loro vite complicate, e sono stati pubblicati in riviste greche, soprattutto nella famosa rivista accademica "Τετράδια Ψυχιατρικής". Il 23 novembre 2001 Maria Sfikaki ha presentato un seminario internazionale del dipartimento greco dell'ITAC dal titolo "Contemporary needs of substance users and their therapeutic approaches" (I bisogni contemporanei dei consumatori di sostanze e i loro approcci terapeutici) sul tema "Female addiction: myth or reality? L'esperienza clinica dell'Unità per le Tossicodipendenze dell'Ospedale Psichiatrico dell'Attica".

Affrontare la disuguaglianza di genere

Questo programma è stato considerato sensibile al genere perché è stato sviluppato non sulla base del fatto che le donne tossicodipendenti sono vulnerabili, ma sulla base della convinzione che hanno esigenze specifiche che devono essere affrontate separatamente, a causa della posizione in cui si trovano per sopravvivere all'interno della popolazione dei tossicodipendenti, e a causa delle norme stereotipate interiorizzate di comportamento maschile/femminile che hanno ricevuto dalle loro famiglie d'origine. La percezione sociale del modo "corretto" di comportarsi di una donna si riflette in tutte le storie personali delle donne che fanno uso di droghe. La vittimizzazione sessuale è un tema importante che viene affrontato in modo approfondito nel programma di trattamento.

Un contesto più ampio

È molto difficile lavorare con le donne che fanno uso di droghe. Sono riluttanti a impegnarsi nel trattamento, sono molto impulsive e non si fidano di nessuno. Ma quando si sottopongono al trattamento, la loro prognosi è migliore di quella degli uomini. Un obiettivo futuro è quello di educare i tossicodipendenti maschi alle questioni di genere e aiutarli a uscire da qualsiasi categorizzazione binaria. La fase di riabilitazione sociale offre questa possibilità. Inoltre, la formazione di altri operatori sanitari sulle questioni di genere è di fondamentale importanza.

Family Associate, Serbia

Il progetto

Family Associate è un progetto pilota attuato per la prima volta nel 2013-15 grazie alla collaborazione del Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), del Ministero del Lavoro, dell'Occupazione, dei Veterani e degli Affari Sociali del Governo della Repubblica di Serbia e della Fondazione Novak Djokovic, che ha fornito i fondi iniziali per la sua attuazione in quattro città della Serbia: Belgrado, Kragujevac, Novi Sad e Nis. Il progetto mira a fornire assistenza ai bambini provenienti da famiglie e gruppi sociali particolarmente vulnerabili. Uno dei suoi obiettivi principali è quello di rafforzare la genitorialità aiutando i genitori ad acquisire nuove conoscenze e competenze nel campo dell'istruzione, a rafforzare le loro abilità di vita e a migliorare le loro relazioni, con particolare attenzione alle questioni di genere.

Contesto

Molti Paesi hanno sviluppato servizi e programmi di sostegno intensivo per le famiglie in crisi. I servizi intensivi di protezione della famiglia (IFPS) sono implementati in molti paesi europei (ad esempio Paesi Bassi, Germania, Finlandia) e sono attuati in modi diversi e con nomi diversi nel Regno Unito, negli Stati Uniti e in Australia. Il servizio si basa sulla convinzione che separare un bambino dalla sua famiglia e collocarlo in una casa o in una famiglia affidataria sia stressante e doloroso. Porta a un'interruzione delle relazioni con le persone vicine ai bambini. Allo stesso modo, vivere in una famiglia disfunzionale è un fattore di rischio per l'abuso di sostanze e la violenza. Pertanto, il principio è quello di rafforzare sempre la famiglia naturale, quando possibile, con diversi tipi di sostegno.

Le attuali caratteristiche socio-demografiche delle donne tossicodipendenti mostrano che esse appartengono a uno dei gruppi sociali più vulnerabili e che la loro situazione socio-economica è estremamente sfavorevole. Il loro livello di istruzione complessivo è carente e molti vivono in aree svantaggiate. Questa privazione può manifestarsi, tra l'altro, nell'incapacità di soddisfare le esigenze domestiche di base e in condizioni abitative spesso prive di alcuni beni di prima necessità. Gli aspetti di genere dei rischi sanitari e sociali dei partner che fanno uso di droghe per via parenterale fanno sì che solo il 15,5% di tutti gli intervistati abbia un lavoro (SeConS 2012), il che indica una diffusa esclusione dal mercato del lavoro.

I principali fattori che influenzano il ruolo di una donna tossicodipendente all'interno di una famiglia, di una partnership o di una società sono la mancanza di cure e di supervisione da parte dei genitori; l'esperienza e l'esposizione a diverse forme di abuso (psicologico, fisico e sessuale); i problemi di abuso di sostanze all'interno della famiglia; la vita di strada e l'esposizione al lavoro sessuale, alla delinquenza e alla pressione dei coetanei; la curiosità o la sottomissione riguardo all'impatto dei membri della famiglia e delle reti di coetanei; la mancanza di consapevolezza e conoscenza dei rischi e delle conseguenze del consumo di droga. Tutti questi fattori sono fortemente influenzati da specifici ruoli di genere. I ruoli di genere vengono appresi nell'infanzia e sono spesso caratterizzati dalla subordinazione delle donne alle figure maschili. L'interiorizzazione dei ruoli di genere in cui le donne sono in una posizione sottomessa, con poco o nessun potere, influenza la riproduzione della disuguaglianza di genere nella vita futura degli intervistati. Ciò comporta una maggiore esposizione delle donne al rischio di iniziare a fare uso di droghe e di avere rapporti con partner che fanno uso di droghe per via parenterale, generando rischi sociali e sanitari.

Schema del programma

Un assistente familiare visita regolarmente le famiglie del programma e fornisce un sostegno pratico per risolvere le difficoltà quotidiane, i disaccordi familiari e altri problemi. L'assistente familiare agisce anche come una sorta di "ponte" tra la famiglia e la comunità e aiuta, ad esempio, a iscrivere i bambini piccoli alla scuola materna o all'asilo nido, a raccogliere i documenti amministrativi per ottenere un sostegno finanziario per la famiglia, a coinvolgere i membri della famiglia nel trattamento e a far partecipare i bambini ad attività creative o sportive della comunità.

I beneficiari del programma Family Associate sono famiglie con bambini che versano in condizioni di estrema povertà, famiglie monoparentali con bambini, famiglie con problemi di salute mentale, di droga o di alcol, o famiglie in cui un bambino o un genitore è disabile. In altre parole, si tratta di famiglie che si trovano ad affrontare molteplici privazioni, dove c'è il rischio di trascurare i bisogni specifici dei bambini, nel qual caso gli assistenti sociali e le altre autorità possono fornire un sostegno adeguato.

Alcune famiglie hanno gravi problemi di abuso di sostanze da parte dei genitori, in contesti complessi che comprendono abusi intergenerazionali, bassa autostima materna, alti livelli di violenza e povertà. Questi fattori sono collegati a livelli molto elevati di preoccupazione per i rischi che corrono i bambini, compresi quelli che subiscono abusi fisici, quelli nati in astinenza da droghe, quelli che sono gravemente trascurati o quelli che assistono a violenze in casa. Pertanto, gli interventi precoci aiutano genitori e figli a intraprendere un percorso più sicuro verso una vita libera da droghe e violenza.

Valutazione

Il programma ha ottenuto risultati eccezionali; nei primi 10 mesi dal lancio del progetto pilota, il programma ha sostenuto 325 famiglie, 545 adulti e 791 bambini e bambine (a luglio 2014). I dati sui progressi delle famiglie mostrano che il servizio sta raggiungendo il suo obiettivo: sta migliorando la capacità della famiglia di garantire la sicurezza e le giuste condizioni per lo sviluppo del bambino nell'ambiente domestico.

Il servizio di Family Associate ha come obiettivo di mantenere i bambini nelle loro famiglie. Il servizio previene la trascuratezza e l'abuso dei bambini in famiglia migliorando le relazioni familiari, le capacità genitoriali, i risultati scolastici e la salute (fisica, mentale ed emotiva) dei bambini e dei genitori, compreso una attenzione alle differenze di genere e di sensibilità. I bambini sono più sicuri; la famiglia sviluppa una nuova routine e stabilisce dei confini nelle relazioni familiari; i genitori hanno più fiducia. I membri della famiglia migliorano le loro capacità di vita e sviluppano un atteggiamento positivo nei confronti della vita; possono affrontare lo stress che deriva dalle difficoltà finanziarie. Il rapporto tra le famiglie e gli altri servizi migliora: le famiglie hanno imparato a utilizzare altri servizi di supporto.

Affrontare la disuguaglianza di genere

Oltre all'onere per le donne tossicodipendenti di dover sostenere il proprio nucleo familiare mentre si procurano i soldi per la droga, le disuguaglianze di genere sono evidenti anche in altri aspetti della vita familiare e delle relazioni di coppia. In primo luogo, le donne sono quasi esclusivamente responsabili della casa e della cura dei figli. In secondo luogo, la ricerca indica che le donne sono sistematicamente esposte alla violenza domestica e alla violenza di genere. La violenza fisica, sessuale, economica e psicologica domina le relazioni tra i partner, tanto che in molti casi la violenza è "normalizzata". In terzo luogo, il dominio maschile del mercato della droga mette le donne che usano droga per via iniettiva in una posizione in cui dipendono dai loro partner per ottenere la droga, soprattutto se non hanno ancora sviluppato le loro reti.

Infine, le pratiche di consumo di droghe per via parenterale comportano una serie di rischi aggiuntivi.

I risultati ottenuti dopo un anno di progetto per quanto riguarda il comportamento delle famiglie possono essere suddivisi in tre gruppi.

1. Primo gruppo: cambiamenti evidenti in meglio, tra cui una forte riduzione del consumo di sostanze che porta ad altri benefici e cambiamenti positivi per la famiglia. Anche l'allontanamento (o la morte) del partner violento è stato un elemento comune. In questo caso, il caregiver è stato in grado di motivare le famiglie ad accettare il trattamento e il supporto. Il progetto ha inoltre facilitato i contatti con il settore sanitario, tenendo conto delle esigenze specifiche di genere degli utenti dei servizi, in particolare delle donne e delle madri; ha aiutato a trovare risorse ambientali e ha organizzato il sostegno per le madri tossicodipendenti; ha agito come consulente ed educatore per le madri.
2. Secondo gruppo: c'è un miglioramento parziale caratterizzato da un'oscillazione tra tempi migliori e difficoltà maggiori. Dopo l'orientamento, i miglioramenti sono evidenti, ma le madri hanno difficoltà a mantenerli per vari motivi (risultati contrastanti).
3. Terzo gruppo: queste famiglie hanno avuto problemi gravi e multipli per diversi anni. In particolare, è stato riscontrato un forte elemento intergenerazionale, con bambini ora coinvolti nella criminalità o nel commercio sessuale, o con i loro figli affidati. La riduzione dei problemi di droga o alcol è stata minima (cioè i risultati sono stati scarsi).

Un contesto più ampio

Per evitare o superare queste avversità sociali, le istituzioni di protezione sociale devono essere efficaci e le donne che vivono in queste condizioni devono vederle come sistemi di sostegno. Tuttavia, i risultati della ricerca mostrano che gli intervistati vivono queste istituzioni più come una minaccia che come una risorsa. Una delle implicazioni più evidenti è che le autorità locali dovrebbero sperimentare lo sviluppo di servizi basati su questo progetto pilota, che offre alle famiglie una reale possibilità di cambiamento, riduce la necessità di assistenza e consente risparmi sostanziali, soprattutto se considerati su un certo numero di anni.

Si raccomanda ai centri di assistenza sociale di integrare questo tipo di progetto nelle loro pratiche in modo strutturale.

Metzineres, Barcellona, Catalogna,

Spagna Il progetto

Metzineres è un programma integrato di riduzione del danno per le donne. Offre rifugio a donne che fanno uso di droghe e che sono sopravvissute alla violenza. Ha sede a Barcellona.

Contesto

Metzineres è stata creata per affrontare le barriere specifiche delle donne che fanno uso di droghe. Il progetto si basa su approcci di riduzione del danno, diritti umani e mainstreaming di genere. Fondata nel 2017, Metzineres è attualmente una cooperativa no-profit finanziata dalla Open Society Foundation (<https://metzineres.net>, consultato il 9 febbraio 2022). È l'unico servizio in Catalogna che offre un ambiente con un alloggio sicuro e una risposta di riduzione del danno alle donne che fanno uso di droghe.

Schema del programma

Metzineres è realizzato da un'équipe transdisciplinare tutta al femminile il cui obiettivo è "creare e condividere risposte flessibili caratterizzate da un accesso diretto e immediato e adattate alle peculiarità di ogni donna, in base alle sue aspettative, preoccupazioni, curiosità, interessi e necessità" (Roig Forteza 2020).

Metzineres è stato anche oggetto di una pubblicazione su Covid-19 e PWUD pubblicata dal Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa e dalla Rete di correlazione (2021). Il programma ha adattato i suoi interventi al nuovo contesto pandemico. Ha mantenuto un approccio olistico e ha incluso i rischi di infezione da coronavirus trasmessa per via aerea nelle informazioni fornite, e ha realizzato un workshop per i vicini su come somministrare il Naloxone per affrontare situazioni in cui vi è l'uso di eroina per via parenterale durante il lock down. Inoltre, il programma ha iniziato a produrre le proprie maschere protettive per gli utenti e a fornire assistenza a coloro che sono stati infettati dalla Covid-19.

Valutazione

Metzineres riceve circa 20-30 visite al giorno e ha sostenuto oltre 200 donne, il 10% delle quali sono trans (Roig Forteza 2020). La maggior parte degli utenti ha un'età compresa tra i 30 e i 49 anni e si trova ad affrontare disuguaglianze intersezionali: il 73% riferisce problemi di consumo di droga, il 21% è un lavoratore del sesso, il 36% ha problemi di salute mentale, il 66% è un senzatetto, il 33% è stato in prigione, il 45% convive con l'HIV e il 54% con l'epatite C. Tutte hanno riportato una storia di violenza (intima, domestica e istituzionale). Grazie alla partecipazione al programma, gli utenti riferiscono di aver ridotto il consumo di droga e di aver migliorato la propria salute fisica, emotiva e mentale; inoltre, è più probabile che trascorrono del tempo nelle reti sanitarie e di assistenza e che utilizzino altri rifugi.

Uno studio qualitativo con gli utenti di Metzineres (Shirley-Beavan et al. 2020) ha inoltre dimostrato che i servizi di riduzione del danno progettati specificamente per le donne possono alleviare alcune delle barriere (legate alla violenza e allo

stigma) che esse incontrano nell'accesso ai servizi sanitari, compresi quelli che operano nel campo della droga. Ha inoltre dimostrato che questi approcci possono ridurre l'emarginazione degli utenti, conferendo loro potere e rafforzando la loro solidarietà.

Affrontare la disuguaglianza di genere

Metzineres si avvale di un'équipe tutta al femminile di professionisti del settore sanitario e sociale con esperienza nel campo delle droghe e dell'integrazione di genere. Promuove un ambiente che offre un rifugio sicuro per affrontare le barriere intersezionali che le donne che fanno uso di droghe devono affrontare: stigma e violenza strutturale, violenza di genere, criminalizzazione e mancanza di servizi specifici per le donne (ibidem). In questo senso, propongono un programma basato sul femminismo intersezionale, sulla riduzione del danno, sui diritti umani e sugli approcci centrati sulla persona. Attraverso una risposta su misura e basata sulla comunità, Metzineres mira a migliorare l'accesso e l'adesione delle donne tossicodipendenti ai servizi sanitari e sociali, a ridurre lo stigma (compreso l'auto-stigma) e a rafforzare la solidarietà e l'empowerment. Grazie a un approccio incentrato sulla persona, il programma può anche fornire un sostegno olistico, personalizzato e sensibile al genere. Promuove un approccio partecipativo, coinvolgendo gli utenti in tutte le fasi di attuazione del programma (progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione).

Metzineres è più di un servizio, è un centro comunitario che cerca di costruire relazioni con i vicini per ridurre la stigmatizzazione dei suoi utenti e creare un quartiere più forte e reattivo (Correlation e Gruppo Pompidou 2021). Per quanto riguarda le sfide rimanenti, Shirley-Beavan et al. (2020) sottolineano l'esistenza di barriere strutturali che penalizzano le donne consumatrici di droga e che possono essere superate solo attraverso cambiamenti politici e sociali.

CAARUD L'Echange e CAARUD "Réduire les Risques", Francia

I progetti

Gli interventi qui descritti sono interventi a bassa soglia, sensibili alle donne, che mirano a migliorare l'accesso alle cure e al supporto per le donne che fanno uso di droghe costruendo fiducia e alleanza. Questa relazione (fragile) non è ancora un'alleanza terapeutica, ma è intesa come un mezzo per prepararli all'impegno nell'assistenza e all'inclusione sociale.

In Francia, alcuni centri di trattamento delle tossicodipendenze o servizi a bassa soglia hanno sviluppato interventi il cui obiettivo generale è quello di creare un clima favorevole alle donne che fanno uso di droghe (lecite o illecite) per accedere ai servizi di supporto e possibilmente impegnarsi prima nel trattamento. Questi servizi sono solitamente gestiti da ONG o servizi ospedalieri, con una missione di riduzione del rischio e del danno. L'approccio del "drop-in time delle donne" attuato dal CAARUD L'Echange e dal CAARUD "Réduire les Risques" (RLR) sono esempi di queste iniziative in prima linea.

L'"orario di ricevimento delle donne" presso il CAARUD L'Echange, aperto esclusivamente alle donne tossicodipendenti, con o senza figli, si svolge ogni

mercoledì dalle 10.00 alle 13.00 nel loro centro di Nancy, nel nord-est della Francia. Il CAARUD RLR è dedicato esclusivamente alle donne tossicodipendenti dal lunedì al venerdì, nel pomeriggio e il martedì mattina, ed è situato a Montpellier, nel sud della Francia.¹⁰

Contesto

Le donne hanno maggiori probabilità rispetto agli uomini di subire rappresentazioni e atteggiamenti sociali negativi riguardo al loro uso problematico di droghe o alla loro dipendenza. Le donne tossicodipendenti sono ampiamente percepite come l'antitesi dei modelli di ruolo femminili e materni dominanti. Le donne stesse hanno spesso interiorizzato queste rappresentazioni sociali negative, il che spiega la loro riluttanza a rivelare il loro bisogno di cure o di strutture di riduzione del danno. Questo è particolarmente vero per le madri che temono un rinvio ai servizi di protezione dell'infanzia o addirittura un'ordinanza di separazione dei figli da parte del tribunale a causa della loro dipendenza. Questa riluttanza a cercare aiuto si basa spesso anche su esperienze personali difficili e sulla mancanza di fiducia nelle istituzioni sociali e sanitarie. Inoltre, le donne che fanno uso di droghe hanno spesso subito violenze domestiche da parte di familiari o partner intimi, che hanno contribuito alla vulnerabilità psicologica e al trauma. Le donne che fanno uso di droghe presentano un alto tasso di morbilità psichiatrica. Tutti questi tipi di barriere spiegano perché le donne si rassegnano a chiedere aiuto in una fase tardiva, in una situazione di crisi.

Per prevenire queste situazioni, i servizi a bassa soglia come il CAARUD L'Echange e il CAARUD RLR hanno sviluppato risposte più adeguate, addirittura specifiche, per le donne con o senza figli. Entrambe le ONG realizzano queste attività con il sostegno finanziario annuale delle rispettive Agenzie sanitarie regionali. Le attività del CAARUD L'Echange hanno fatto seguito a un bando nazionale lanciato nel 2010 dal MILDECA e dal Ministero della Salute per lo sviluppo di azioni sensibili al genere nel campo delle dipendenze.

Schema del programma

Entrambe le iniziative mirano a creare un rapporto di fiducia tra le donne tossicodipendenti e i membri del personale - per rassicurare le donne in un ambiente di supporto con un'atmosfera amichevole e informale - al fine di facilitare l'autocura e aiutarle ad affrontare i problemi di salute. Tuttavia, a fronte di un obiettivo generale simile, i due centri attuano condizioni di erogazione diverse, con benefici differenti.

Due membri del personale del CAARUD L'Echange gestiscono il "drop-in time femminile" il mercoledì, un giorno in cui solo le donne possono recarsi al centro, con o senza figli. Regolarmente vengono offerti alle donne laboratori per piccoli

10. Contatti di CAARUD L'Echange: Vera Fon Sing, Delphine Streit-Chevalier, caarud.lechange@agu54.org. Contatti per CAARUD RLR: Monique Douguet, monique.douguet@lr@free.fr, secretariat@reduirelesrisques.fr.

gruppi, il cui tema varia in base alle risorse e alle capacità del personale, alle collaborazioni disponibili e alle richieste delle donne. Il centro ha una popolazione prevalentemente urbana e Nancy è il capoluogo di provincia.

Al CAARUD RLR, tutto il personale è dedicato alle donne, che vengono con o senza figli, nei giorni feriali. L'accoglienza esclusiva delle donne durante la settimana comporta un numero di utenti inferiore a quello che si avrebbe se l'accoglienza fosse sempre mista, ma consente di dedicare più tempo a ciascun caso. Il centro è aperto a una clientela mista di età inferiore ai 25 anni solo il lunedì mattina. Questa clientela mista può essere informata e orientata verso un programma di inclusione sociale (TAPAJ). Il CAARUD RLR si rivolge a una popolazione periurbana e urbana in un'area densamente popolata (grazie a un clima più mite).

Tutte le possibili attività di riduzione del danno che rientrano nella missione di un CAARUD sono accessibili alle donne che si rivolgono al servizio sensibile al genere, come gratuità, anonimato e riservatezza, supporto, consulenza professionale individuale, fornitura di materiale per la riduzione del danno, programmi di scambio di siringhe, consigli sull'uso di droghe per via parenterale e sull'uso sicuro di droghe, test diagnostici rapidi per l'HIV e l'epatite C, test di gravidanza, assistenza per l'accesso ai diritti sociali, fornitura di un'area igienico-sanitaria con doccia, lavanderia, assistenza infermieristica, ecc. Inoltre, si possono prevedere diversi obiettivi intermedi.

Per rivolgersi alle donne che sono riluttanti a cercare aiuto per le molte ragioni sopra menzionate, è necessario innanzitutto renderle consapevoli dell'esistenza di servizi di trattamento delle tossicodipendenze per le donne, e poi offrire servizi e attività che le incoraggino a visitare il centro e a tornare.

Uno degli incentivi consiste nel rispondere ai bisogni immediati delle donne, ad esempio offrendo soluzioni palliative (ad esempio pacchi di cibo, snack, vestiti, assorbenti igienici, prodotti per l'igiene), alloggi di emergenza, supporto nelle procedure amministrative (per le prestazioni sociali minime), collegamenti con i servizi partner o con i professionisti che si occupano di questioni ginecologiche o di maternità, supporto in caso di violenza intima o familiare (attraverso le ONG o la polizia) e servizi di assistenza. Da febbraio 2020, gli assistenti sociali del CAARUD RLR hanno indirizzato 10-12 donne a un rifugio d'emergenza di 30 posti per sole donne, senza passare attraverso il servizio generale di rifugio d'emergenza (SAMU Social).

L'approccio a bassa soglia può aiutare a trovare nuovi modi di rispondere alle vulnerabilità e ai bisogni delle donne, che possono differire dalla pratica professionale abituale. Alcune delle attività offerte possono sembrare separate dal problema dell'abuso di sostanze, come la partecipazione a eventi (ad esempio andare a teatro o al cinema) o l'organizzazione di uscite; l'offerta alle donne di colazioni o spuntini; l'offerta di attività di rilassamento, distensione o altre attività fisiche; o offrire laboratori di cucina peer-to-peer (ad esempio, cucinare a freddo, cucinare con un budget limitato o cucinare senza elettrodomestici), cucito (ad esempio, personalizzazione di abiti), lavoro a maglia, trucco (con una socio-estetista), educazione alla salute e al sesso sicuro. Tuttavia, anche questi sono

approcci che creano fiducia. Le due ONG le attuano in modo variabile di anno in anno, a seconda dei fondi disponibili, della capacità del personale, dei partenariati sviluppati e delle richieste delle donne. Il lavoro viene svolto nell'ambito di una partnership più ampia, non solo con i servizi sanitari e sociali tradizionali - compresi gli ospedali e altri servizi per le tossicodipendenze - ma anche con servizi e professionisti meno tradizionali (vedi "Affrontare le disuguaglianze di genere"). Questa più ampia gamma di partner può includere, ad esempio, ONG locali che si occupano di sostegno alla genitorialità, di aiutare le donne vittime di violenza e di aiutare le persone a controllare la loro aggressività, nonché la polizia, i ginecologi, gli assistenti sociali, i terapisti del rilassamento, i dietologi e gli estetisti sociali.

Ogni iniziativa ha i suoi vantaggi. Con il CAARUD L'Echange, le donne possono alternare il "tempo di ricevimento delle donne" e i laboratori occasionali il mercoledì mattina, e il ricevimento misto il resto della settimana. Questa alternanza permette loro di rimanere in contatto con la realtà dell'accoglienza regolare, dove devono adattarsi alla presenza degli uomini e talvolta affrontare atteggiamenti aggressivi o egemonici da parte degli uomini. Presso il CAARUD RLR, l'accoglienza esclusiva delle donne permette di beneficiare di un ambiente continuo e rassicurante e di dedicare più tempo a ciascun caso. L'accoglienza esclusiva delle donne è stata resa possibile da una stretta collaborazione con un altro CAARUD in una città vicina, al quale gli uomini vengono indirizzati per ricevere assistenza medica e sociale.

Valutazione

I rapporti di attività (in francese) forniscono maggiori dettagli sui risultati del programma. Il personale riferisce che l'offerta di interventi a misura di donna consente di raggiungere donne con cui non sarebbero entrate in contatto attraverso l'accoglienza mista, come confermato dalle donne che visitano il CAARUD L'Echange. Entrambi i centri sono identificati dai loro utenti come un punto di accesso per tutti i tipi di richieste e necessità, anche non legate alla dipendenza. I centri fanno quindi affidamento su una forte rete di partenariato, più ampia di quella degli uomini, per indirizzare queste donne verso i contatti appropriati.

Affrontare la disuguaglianza di genere

La logica degli approcci a bassa soglia e sensibili alle donne, sviluppati in questi esempi, è, da un lato, quella di affrontare le situazioni di emergenza e le principali barriere strutturali e psicologiche che limitano l'accesso delle donne a una riduzione del danno e a trattamenti appropriati, come la paura dello stigma, il trauma e la morbilità psichiatrica. Dall'altro lato, cercano di affrontare le vulnerabilità psicologiche, come la bassa autostima. Rispondono alla situazione di crisi delle donne tossicodipendenti, che spesso si trovano in una situazione molto precaria, fornendo alloggi d'emergenza, soluzioni palliative o riferimenti medici. Per superare la riluttanza delle donne ad avvicinarsi ai servizi di riduzione dei danni causati dalla droga, in particolare quando si basa sulla paura della stigmatizzazione, il primo contatto spesso prevede l'assistenza su chiamata (ad esempio, pacchi alimentari, distribuzione di vestiti o prodotti per l'igiene) e la

promozione tra pari. Una volta stabilito il contatto e creato un ambiente rassicurante, è possibile reintrodurre gradualmente il contesto legato alla droga. Le donne vengono informate di questi approcci sensibili al genere attraverso manifesti nei centri e nei servizi partner, attraverso opuscoli distribuiti durante le ronde di sensibilizzazione, ma anche attraverso il passaparola degli ex partecipanti. Le attività possono essere finalizzate allo sviluppo delle competenze domestiche. Possono richiamare delicatamente le preoccupazioni relegate motivando le donne a divertirsi facendo qualcosa, a prendersi del tempo per sé stesse, a reinvestire nel rapporto con il proprio corpo, a migliorare l'immagine di sé. Alcuni corsi possono sembrare riflettere un'immagine stereotipata della donna (ad esempio, cucina, cucito, trucco), ma sono comunque piuttosto ben accettati e spesso richiesti dalle donne stesse, come modo per riconnettersi con l'immagine normalizzata della donna. Il sottile equilibrio tra il necessario e il "superfluo", almeno in apparenza, permette di avviare con delicatezza un'alleanza.

L'accompagnamento delle donne richiede spesso un primo contatto molto rassicurante, perché le donne hanno bisogno di maggiore sostegno (psicologico) rispetto agli uomini. Questo è legato alle frequenti esperienze di violenza e trauma. Gli approcci a bassa soglia e sensibili verso i bisogni delle donne tengono conto dei traumi e dei carichi psichiatrici delle donne, attuando un approccio rispettoso con l'aiuto di ONG o servizi specializzati, ad esempio nei settori del supporto psichiatrico, del supporto psicologico, della violenza di genere, delle questioni legate alla prostituzione e del supporto alla genitorialità. Inoltre, entrambi i centri accolgono i bambini che accompagnano le donne, in modo che possano accedere ai servizi anche se non hanno un'assistenza alternativa.

Un contesto più ampio

Gli interventi descritti sono due esempi di una serie di iniziative sviluppate in Francia. Secondo l'indagine nazionale Ad-femina, condotta nel 2018 in Francia, quattro istituzioni su dieci coinvolte nella riduzione del danno da droga o nel trattamento delle tossicodipendenze hanno riferito di aver già sperimentato un sostegno specifico incentrato sulle donne (Mutatayi 2019) - affrontando questioni legate alla gravidanza, al legame madre-figlio o, come in questi due esempi, ai bisogni e alle aspettative delle donne.

Rifugio femminile di Cuan Saor,

Irlanda Il progetto

Il Cuan Saor Women's Shelter, situato nella contea di Tipperary, in Irlanda, fornisce una serie di servizi di sostegno e intervento contro la violenza domestica alle donne e ai loro figli che rischiano o subiscono violenza domestica, comprese le donne che fanno uso di sostanze.

Contesto

Cuan Saor è stato originariamente sviluppato come risposta comunitaria alla violenza domestica, fornendo consulenza, informazioni e sostegno alle donne locali. Nel 2001, l'organizzazione è stata ampliata con l'offerta di alloggi rifugio per le donne e i loro bambini. I servizi offerti comprendono un riparo, un sostegno e un'assistenza, una linea telefonica di aiuto, un supporto per i bambini, l'accompagnamento in tribunale e l'assistenza legale. Negli ultimi anni in Irlanda, molti operatori e ricercatori hanno riconosciuto che per un numero significativo di donne le esperienze di violenza domestica spesso coesistono con l'uso di sostanze, da parte del perpetratore della violenza, della sopravvissuta o di entrambi. Nonostante il crescente riconoscimento della compresenza di questi due problemi nella vita delle donne, molte agenzie in Irlanda, come in altre giurisdizioni, continuano a concentrarsi sull'uno o sull'altro problema, con i fornitori di servizi per la violenza domestica che spesso escludono le donne dai servizi residenziali se si sa che fanno uso attivo di sostanze. Allo stesso modo, le agenzie per l'abuso di sostanze hanno riconosciuto l'esistenza della violenza domestica nella vita delle donne, ma sono dotate di risorse che consentono loro di occuparsi principalmente del consumo di droga o alcol.

Inoltre, sono pochi i dati a disposizione delle agenzie e degli operatori sulle esperienze delle donne in merito alle strategie di intervento efficaci e alle sfide e alle barriere affrontate dalle donne in cerca di sicurezza. Negli ultimi anni, il panorama dei servizi per la violenza domestica in Irlanda ha visto un maggiore riconoscimento delle storie di trauma, dei problemi intergenerazionali di compromissione della genitorialità, dell'uso di sostanze e della violenza domestica e della salute mentale infantile (IMH). Queste tendenze si riflettono anche nell'aumento dei casi complessi che arrivano al sito Cuan Saor di Clonmel, nella contea di Tipperary. Dieci anni fa, l'organizzazione ha iniziato a sviluppare risposte specifiche per le donne che subiscono violenza domestica e abuso di sostanze, continuando a ricercare e sviluppare interventi sulle storie e sulle risposte al trauma.

Cuan Saor è finanziato dallo Stato attraverso la Tusla (Child and Family Agency) e il servizio di supporto giudiziario è finanziato dalla Commissione per il sostegno alle vittime di reato (CSVJ) attraverso il Ministero della Giustizia. Le raccolte di fondi e le donazioni vengono utilizzate per la manutenzione, il miglioramento dei servizi e gli interventi terapeutici per donne e bambini.

Panoramica del progetto

L'organizzazione ha lavorato per sviluppare risposte complete ed efficaci alle donne vittime di violenza domestica che fanno anche uso di sostanze attraverso il seguente processo:

- ▶ sviluppo di politiche organizzative;
- ▶ sviluppo della pratica operativa per tutto il personale;
- ▶ curare le relazioni tra agenzie e partenariati.

Le risposte alle donne che fanno uso di sostanze includono indagini di routine sull'uso di sostanze, supporto per identificare l'impatto dell'uso di sostanze, affrontare i fattori scatenanti, strategie di riduzione del rischio e invii ai servizi, e supporto per la disintossicazione, la stabilizzazione, il trattamento o l'OST. Le donne che fanno uso attivo di sostanze possono essere ospitate nel rifugio. L'intervento mira anche ad aiutare le madri a mantenere la custodia dei figli, a ottenere un contatto supervisionato o non supervisionato, al fine di affrontare gli aspetti della compromissione del ruolo materno. La protezione dei bambini è essenziale e l'agenzia impiega un assistente sociale per garantire e supervisionare le esigenze dei bambini. Le relazioni tra le agenzie sono di vitale importanza per garantire l'erogazione di servizi alle donne che subiscono violenza domestica e abusano di sostanze; le azioni includono scambi di formazione tra le agenzie (violenza domestica e abuso di sostanze) e lo sviluppo di percorsi di riferimento tra le agenzie chiave, nonché il coinvolgimento di altri operatori, ove opportuno.

Valutazione

Cuan Saor ha intrapreso un processo decennale di sviluppo delle pratiche operative, delle politiche e dei rapporti inter-agenzia per migliorare le risposte alle donne che fanno uso di sostanze e subiscono violenza domestica. Questo processo ha comportato molte sfide, dalle preoccupazioni del personale alle complesse problematiche degli utenti, che hanno richiesto un profondo livello di riflessività da parte del personale, del team e dell'organizzazione. I risultati di questo lavoro sono i seguenti

- ▶ coinvolgere e lavorare attivamente con le donne che fanno uso di sostanze, anche incoraggiando la divulgazione e concentrandosi sulla riduzione dei rischi e sulla sicurezza;
- ▶ sistemazione delle donne che fanno uso attivo di droghe e alcol all'interno del rifugio;
- ▶ costruire relazioni di sostegno e di resilienza con le agenzie competenti, tra cui i servizi per le tossicodipendenze, il team di azione per i senzatetto e l'assistenza sociale, in relazione alle questioni legate alla doppia problematica;
- ▶ l'avvio di un progetto pilota di un ambulatorio di prossimità presso la struttura di trattamento delle tossicodipendenze dell'Health Service Executive (HSE) nel South Tipperary General Hospital;
- ▶ il riconoscimento delle competenze su queste due questioni nel quadro inter-agenzie;

- ▶ un aumento significativo della consapevolezza e delle competenze del personale nell'affrontare l'uso di sostanze nella vita delle donne, in particolare per quanto riguarda l'interrelazione con l'esperienza di violenza domestica e/o sessuale.
- ▶ l'ideazione e l'implementazione di un messaggio coerente rivolto a tutti gli utenti del servizio sul fatto che il consumo di sostanze può essere affrontato all'interno del servizio, attraverso manifesti, opuscoli e informazioni sulla riduzione del danno ampiamente visibili.

L'organizzazione si è impegnata in una serie di progetti per considerare, esplorare e documentare il processo di erogazione del servizio e i suoi risultati, che sono documentati in rapporti e articoli di riviste peer-reviewed (Donnelly e Morton 2019; Morton 2016; Morton e Hohman 2016; Morton, Hohman e Middleton 2015).

Affrontare la disuguaglianza di genere

Questo servizio si rivolge specificamente alle donne e cerca di affrontare le disuguaglianze attraverso uno specifico sostegno pratico, economico, educativo e terapeutico. Un esempio è l'offerta di un programma di lavoro psico-educativo di gruppo che cerca di salvaguardare le donne da relazioni abusive o manipolative, oltre a sostenerle nel loro percorso educativo e terapeutico (Morton e Hohman 2016). Vengono fornite o coperte le spese per l'assistenza all'infanzia, in modo che le donne possano partecipare o impegnarsi nel programma di sostegno o negli interventi. L'organizzazione si batte anche per un cambiamento positivo per le donne a livello inter-agenzia, comunitario e strutturale, ad esempio nel processo di protezione dell'infanzia e di assistenza sociale e in relazione ai diritti sociali e abitativi.

Un contesto più ampio

Nonostante il crescente riconoscimento dell'intersezione tra uso di sostanze e violenza domestica tra le donne, le iniziative per fornire risposte e cure integrate sono limitate. Inoltre, è sempre più riconosciuto il ruolo del trauma e dei suoi antecedenti nell'insorgenza e nella traiettoria del consumo di sostanze tra le donne. Cuan Saor ha dimostrato i meccanismi e le azioni che possono essere intraprese per fornire un sostegno che comprenda una gamma più ampia di esigenze delle donne e sta attualmente continuando a lavorare per integrare risposte più informate sui traumi nel suo lavoro con donne e bambini (Morton e Curran 2019).

Coolmine Ashleigh House, Irlanda

Il progetto

Coolmine Ashleigh House a Dublino, Irlanda, è l'unico servizio residenziale madre-bambino in Irlanda. Si tratta di una comunità terapeutica residenziale per sole donne che prevede un trattamento residenziale di almeno sei mesi per le donne (con o senza figli), seguito da due mesi di integrazione e cinque mesi di follow-up. Il servizio opera con un team multidisciplinare, sia interno che esterno, in stretta collaborazione con:

- ▶ l'HSE;
- ▶ il servizio di libertà vigilata;
- ▶ un consulente psichiatra/medici di base;
- ▶ clinici e professionisti della sanità pubblica;
- ▶ ostetriche di collegamento;
- ▶ infermieri della sanità pubblica;
- ▶ Assistenti sociali per bambini e famiglie;
- ▶ autorità locali/fornitori di servizi per i senzatetto;
- ▶ team per le tossicodipendenze che operano nella collettività, organizzazioni di peer nelle dipendenze, agenzie per i senzatetto a livello nazionale.

Contesto

Coolmine si impegna a creare percorsi di cura e ad affrontare gli impedimenti e le barriere che incontrano le persone che cercano di accedere alle cure. Attiva dagli anni '80, si basa sulla convinzione che tutti debbano avere l'opportunità di superare la propria dipendenza e condurre una vita significativa e produttiva.

Una delle barriere identificate negli anni 2000 era l'impossibilità per le donne di accedere alle cure a causa della loro indisponibilità ad affidare i figli al sistema di assistenza per ottenere le cure. La mancanza di opzioni per la cura dei bambini, la mancanza di una casa e i problemi di abuso di sostanze hanno reso queste donne una popolazione molto "nascosta" con limitate opzioni di trattamento. Questo spesso fa sì che donne e bambini continuino a risiedere in ambienti ad alto rischio per evitare gli organismi di sorveglianza, il che li rende ancora più emarginati e vulnerabili e spesso aggrava il loro consumo di sostanze.

Nel 2008, Coolmine ha risposto a questa esigenza sviluppando un programma madre-bambino all'interno del suo programma residenziale per donne già esistente. Attualmente, Ashleigh House accoglie donne sole, madri, donne incinte e madri con bambini. Parte integrante del servizio è l'assistenza all'infanzia e la scuola materna in loco per i bambini fino a cinque anni di età per tutti i genitori che partecipano al programma. Le madri possono sentirsi tranquille sapendo che, mentre partecipano al programma di trattamento, il loro bambino viene accudito in un ambiente sicuro, protetto, attento e stimolante. Ashleigh House ospita fino a 24 donne alla volta (10 delle quali sono posti madre-bambino).

Le donne che entrano in Ashleigh House hanno un insieme distinto di esigenze di sostegno che possono includere la mancanza di una casa, problemi di giustizia penale, problemi relativi al benessere e alla tutela dei bambini, malattie mentali, traumi, problemi di salute fisica, problemi finanziari, disoccupazione e bisogni educativi che richiedono sostegno. Data la natura complessa del servizio, il modello di gestione del personale si basa su un team di supporto multidisciplinare ed è finanziato da una serie di soggetti interessati, tra cui il Dipartimento della Salute, l'HSE Social Inclusion, il Probation Service e la South Inner City Drug and Alcohol Task Force.

Schema del programma

Ashleigh House si basa sull'approccio al trattamento della comunità terapeutica. In quanto tale, si basa sulla premessa che la sostanza è solo un sintomo e che la dipendenza non può essere trattata separatamente dai bisogni di sostegno, spesso molto complessi. Pertanto, adotta un approccio olistico al trattamento delle donne e risponde a queste esigenze attraverso un sistema intensivo di gestione dei casi.

Ashleigh House è fondata sulla convinzione che le donne possono guarire ed essere responsabili del proprio recupero. Aiuta le donne a porre fine alla loro dipendenza non solo dalle sostanze, ma anche dai servizi e dalle persone. Ciò avviene attraverso un modello di "comunità come metodo", in cui le donne stesse sono responsabili della gestione della comunità, agiscono come co-facilitatrici in tutte le terapie di gruppo e sono viste come "esperte" del proprio recupero.

Il primo servizio offerto alle donne è un ambiente residenziale sicuro e protetto, sotto forma di una sistemazione residenziale per un minimo di sei mesi, con personale presente 24 ore su 24, che può aiutarle ad accedere al sostegno di cui hanno bisogno. Questo servizio può essere ed è spesso esteso, e la durata media di un affido madre-bambino è di 8,5 mesi. Questa collocazione a lungo termine consente alle donne di allontanarsi da ambienti spesso ad alto rischio, di sviluppare relazioni di fiducia e positive con le coetanee e il personale e di iniziare il proprio percorso di guarigione.

Il trattamento presso Ashleigh House prevede un programma residenziale intensivo e una serie di servizi complementari che rispondono alle esigenze specifiche delle donne. Le donne ricevono il seguente supporto:

- ▶ terapia di gruppo ;
- ▶ lavorare in coppia ;
- ▶ psicoterapia/consulenza individuale ;
- ▶ gestione dei casi;
- ▶ supporto tra pari;
- ▶ Personale disponibile 24 ore su 24 per un supporto emotivo e pratico;
- ▶ assistenza all'infanzia;
- ▶ sostegno alla salute mentale da parte di uno psichiatra in visita;
- ▶ supporto da parte di infermieri e medici di base;
- ▶ supporto abitativo, con accordi sui livelli di servizio sviluppati con i fornitori di alloggi;
- ▶ Disintossicazione con metadone, se necessario;
- ▶ advocacy;
- ▶ formazione e supporto professionale.

Sebbene Ashleigh House riconosca che le donne con cui lavora non sono solo madri, ma anche individui in fase di recupero, il sostegno alla genitorialità è un'area che è stata identificata come bisognosa di particolare attenzione dalle donne e dal

personale. Il programma PuP è una parte centrale di Ashleigh House. Questo approccio alla genitorialità basato sulla forza mira a migliorare il funzionamento di genitori e figli aiutando i genitori a sviluppare relazioni positive e sicure con i propri figli. PuP è un programma basato sull'attaccamento che combina i principi psicologici relativi alla genitorialità in un modello di gestione dei casi.

Valutazione

Le ricerche condotte finora sul programma PuP hanno dimostrato che esso produce un cambiamento duraturo nelle famiglie ad alto rischio affette da uso problematico di sostanze e dai complessi bisogni ad esso associati. In altre parole, rompe il ciclo generazionale. Il Trinity College di Dublino e la Griffith University di Brisbane hanno pubblicato una valutazione indipendente del PuP a Coolmine nel settembre 2018 (Ivers e Barry 2018). Il risultato è che:

- ▶ Il 92% delle famiglie ad alto rischio è rimasto in trattamento e ha completato il programma PuP;
- ▶ Il 100% è rimasto libero da droghe e alcol dopo l'intervento del programma;
- ▶ dopo l'intervento, i livelli di depressione, ansia e stress si sono ridotti significativamente;
- ▶ I punteggi relativi alla genitorialità consapevole sono aumentati in modo significativo, indicando una maggiore e più coerente comprensione da parte dei genitori del proprio stato emotivo e di quello del bambino;
- ▶ il comportamento del bambino e/o la percezione che i genitori hanno del suo comportamento sono migliorati.

Uno studio longitudinale condotto da Coolmine ha rilevato che le donne che entrano in un trattamento residenziale hanno una serie di esigenze specifiche, tra cui livelli più elevati di depressione, una storia di abusi fisici e sessuali, una minore percezione di benessere e maggiori sentimenti di colpa e vergogna, nonché obblighi familiari e responsabilità di cura. Lo studio ha anche rilevato che, sebbene le donne trovassero molto difficile partecipare al trattamento con un bambino, non avrebbero cercato il trattamento se il figlio non avesse potuto accompagnarle (Babineau e Harris, 2015).

Affrontare la disuguaglianza di genere

L'assistenza ai bambini sotto i cinque anni, una delle principali barriere al trattamento, viene affrontata da Coolmine all'ingresso del trattamento. Tuttavia, queste barriere permangono anche al termine del trattamento. L'accesso all'istruzione, alle opportunità di lavoro, all'alloggio e ai servizi di supporto post-trattamento rimane una sfida per molte donne, che spesso si accontentano di un supporto minimo al termine del trattamento. La promozione di Coolmine e di altri servizi specifici per le donne è in corso. Ad esempio, molte donne non possono accedere agli asili nido, poiché la maggior parte di loro era senza casa prima di entrare nell'organizzazione e non è in lista d'attesa per tali posti.

Lo stigma rimane una caratteristica fondamentale della disuguaglianza di genere per le donne con una storia attuale o passata di abuso di sostanze. Questo aggrava i sentimenti di vergogna e di colpa e incrina le relazioni comunitarie e familiari, lasciando spesso le donne ad alto rischio di ricaduta. La vergogna e il senso di colpa sono elementi chiave della terapia di gruppo di Ashleigh House. Coolmine si impegna a ridurre lo stigma associato alla dipendenza femminile attraverso approcci molto attivi, tra cui giornate di apertura presso Ashleigh House, campagne visibili sui social media che mettono in risalto il recupero e le singole utenti, partecipazione a conferenze e seminari (al di fuori del settore delle dipendenze), presentazioni a Tusla - Child and Family Agency e una politica di porte aperte alle famiglie e alle agenzie statutarie coinvolte nella cura delle donne.

Il progetto SAOL, Irlanda

Il progetto

SAOL è un progetto comunitario per migliorare la vita delle donne colpite dalla dipendenza e dalla povertà, con sede a Dublino Nord.

Contesto

Il progetto SAOL è un programma integrato di educazione, riabilitazione, difesa e assistenza all'infanzia. L'impegno costante del Progetto SAOL a favore delle donne, dei bambini e dei membri della comunità nella parte settentrionale della città continua a crescere, rispondendo alle mutevoli esigenze delle donne che partecipano al progetto con creatività e impegno. Negli ultimi 26 anni, il progetto SAOL ha lavorato per promuovere i bisogni delle donne tossicodipendenti e dei loro figli. Il progetto cerca di evidenziare le numerose difficoltà aggiuntive che le donne che fanno uso di droghe devono affrontare, tra cui lo stigma associato al fatto di essere una madre che fa uso di droghe, la paura dell'impatto dell'uso di droghe sui propri figli e la paura di perdere i figli a causa dell'uso di droghe. Sebbene tutte queste ragioni possano attrarre le donne verso il trattamento, sono anche i motivi per cui le donne tendono a rimanere lontane dalle fonti di aiuto. SAOL ritiene che sia necessaria una voce forte e sicura per gridare che le donne con problemi di droga hanno esigenze che non sempre sono riconosciute o soddisfatte dai servizi che frequentano. Il progetto è attualmente finanziato da una serie di fonti di finanziamento governative (tra cui l'HSE, il Dipartimento per l'Occupazione e la Protezione Sociale e il Probation Service) e da sovvenzioni per progetti specialistici, tra cui un impegno triennale di Rethink Ireland per il progetto DAVINA (Domestic Abuse / Violence Is Never Acceptable).

Schema del programma

Il progetto fornisce una serie di servizi di sostegno e intervento, oltre a un asilo nido interno per consentire alle donne con figli di impegnarsi e partecipare. Attualmente, i servizi comprendono un programma di occupazione lavorativa nella comunitaria per le donne, il programma di educazione tra pari Brio per le donne che fanno uso di sostanze e che hanno comportamenti criminali, servizi di assistenza post-ospedaliera e il programma di sostegno alla violenza domestica

DAVINA, specifico per le donne che fanno uso di sostanze e che sono vittime di violenza domestica. SAOL dispone di un ampio programma di assistenza post-ospedaliera per le donne che non si possono adattare ai programmi diurni e che hanno bisogno di maggiore flessibilità nei loro programmi a causa delle loro responsabilità. C'è un gruppo teatrale, un gruppo di poesia e un coro che canta nel centro della città. Infine, c'è anche un piccolo asilo nido a tempo pieno che si occupa di 11 bambini, i quali vivono tutti in famiglie dove c'è un problema di dipendenza (e spesso senza fissa dimora).

Il SAOL realizza anche progetti creativi ed educativi a breve termine, quando i fondi e le risorse lo consentono. Sin dalla sua nascita, 26 anni fa, SAOL ha cercato di fornire servizi trasformativi di genere, fornendo interventi per affrontare la povertà nella vita delle donne e sfidando, attraverso molteplici mezzi creativi e di advocacy, le numerose disuguaglianze strutturali che le donne possono affrontare.

Valutazione

Recentemente, il SAOL ha prodotto un rapporto su un programma di formazione anti-stigma valutato dal Trinity College di Dublino (Comiskey et al. 2021), da cui è emerso che "c'erano prove molto chiare che il processo di co-progettazione era stato seguito". C'è stata una chiara evidenza di una comprensione condivisa, di un'equa distribuzione del potere, dell'uso di strumenti all'interno del processo per garantire la partecipazione di tutti e di uno spazio considerato sicuro e aperto".

Il SAOL lavora a stretto contatto con l'University College di Dublino per il suo corso Professional Masters of Social Work (PMSW), che ha dato luogo a numerosi articoli su riviste peer-reviewed e presentazioni a conferenze, tra cui:

- ▶ "From service user to social work examiner: not a bridge too far" (Loughran e Broderick 2017);
- ▶ "Privilegiare le relazioni nel lavoro sociale" (Broderick et al. 2019);
- ▶ "Object Poverty: presentazione della IASW National Social Work Conference 2019", di Gary Broderick, Ray Hegarty, Jane McNicholas, partecipanti al progetto SAOL.

Il progetto SAOL ha ricevuto i premi AONTAS Star per l'educazione degli adulti nel 2017 e nel 2021. Il progetto dell'Accordo sul Livello di Servizio con l'HSE prevede una valutazione annuale del processo.

Affrontare la disuguaglianza di genere

Come si è detto, questo progetto è stato sviluppato 26 anni fa partendo dal presupposto che le donne affrontano barriere specifiche e di genere nel recupero dall'uso problematico di sostanze. Tutti gli interventi forniti si basano sulla convinzione che le risposte devono riconoscere e affrontare le questioni di genere, in particolare la povertà, affinché le donne possano ottenere un recupero sostenibile dall'uso problematico di sostanze. È essenziale affrontare lo stigma

che le donne possono incontrare, in particolare se sono madri. SAOL ha sviluppato una serie di programmi (ad esempio, Reduce the Use, RecoverMe e Solas sa SAOL) che sono stati progettati specificamente per le donne, ma per i quali ora fornisce formazione e accesso gratuito alle risorse per gli altri. Questi programmi sono ora utilizzati in molti servizi in Irlanda.

Il SAOL promuove regolarmente la Giornata internazionale della donna e durante la settimana dell'8 marzo organizza un evento chiamato Talk Time, che riunisce le donne che fanno uso di sostanze e frequentano altri servizi per le dipendenze per una conversazione su cosa significa essere una donna all'inizio del recupero. SAOL è un forte sostenitore della pratica e dell'assistenza informata sui traumi e utilizza l'approccio "Seeking Safety" (Najavits 2002) nei suoi gruppi. Il progetto sta attualmente collaborando con il programma HSE sulla doppia diagnosi per trovare un modo per implementare l'approccio Seeking Safety per le donne nei centri di Dublino. Nelle strade del North End della città, il coro SAOL porta una presenza che sfida l'idea che le donne in recupero debbano essere nascoste e silenziose.

Rimane una serie di sfide per mantenere e sviluppare il servizio e gli interventi.

- ▶ Il finanziamento dei progetti è ciclico e spesso a breve termine, il che limita l'espansione e la realizzazione a lungo termine di interventi o progetti brevi e innovativi.
- ▶ Le disuguaglianze strutturali che le donne devono affrontare sono significative, in particolare per quanto riguarda l'alloggio e l'occupazione. Questo può essere molto limitante per le donne, soprattutto per quelle che sono madri.
- ▶ L'accesso a servizi di assistenza all'infanzia ragionevoli e sostenibili al di fuori di SAOL è una barriera importante per il progresso scolastico e lavorativo delle donne che si stanno riprendendo dall'uso problematico di sostanze. Il progetto sta valutando la possibilità di aumentare l'offerta di servizi di assistenza all'infanzia, ma i vincoli finanziari, di pianificazione e di costruzione lo rendono molto difficile. SAOL è anche consapevole che i servizi per i bambini della scuola primaria che vivono in famiglie in cui è in atto il recupero dalla dipendenza devono essere radicalmente migliorati.

Un contesto più ampio

SAOL lavora con le donne da 26 anni ed è stato un momento cruciale quando le donne sono state riconosciute come un gruppo a rischio nella Strategia Nazionale Antidroga 2017-25. Si sta lentamente diffondendo un più ampio riconoscimento delle esigenze specifiche delle donne e l'introduzione nei servizi di pratiche informate sui traumi è di grande aiuto. Il lavoro di SAOL sullo stigma sta portando il progetto a lavorare con il Regno Unito attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, oltre che con strutture più locali, comunitarie e nazionali in Irlanda.

La partecipazione ai programmi di formazione professionale nel campo del lavoro sociale presso l'Università Maynooth e l'University College di Dublino è fondamentale; il SAOL accetta in loco studenti provenienti da programmi di formazione nel campo del lavoro sociale, del lavoro di comunità e dell'istruzione. Il coinvolgimento del progetto in forme creative di presentazione e rappresentazione

costituisce una parte essenziale del suo lavoro con le donne e lavora a stretto contatto con il National Theatre of Ireland e Poetry Ireland nella convinzione che il coinvolgimento nelle arti cambi la percezione culturale. Il SAOL collabora con l'Irish American Writers and Artists di New York e con la St Pat's Day Parade for All, dove è rappresentato ogni anno.

Allegato 2

Elenco degli esperti

Relatore del Gruppo di lavoro sul genere

ITALIA

Elisabetta SIMEONI

Coordinatore

Ufficio tecnico-scientifico e Ufficio affari generali

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dipartimento politiche antidroga Roma

Relatore di genere del Gruppo Pompidou

Responsabili dei capitoli

FRANCIA

Carine MUTATAYI

Analista scientifico

Unità FOCUS - Popolazioni e risposte specifiche

Osservatorio francese delle droghe e delle tossicodipendenze

(OFDT) Parigi

ISLANDA

Kristín I. PÁLSDÓTTIR

CEO e portavoce

La Radice - Associazione per il benessere delle

donne di Reykjavik

IRLANDA

Dott.ssa Sarah MORTON

*Direttore dei programmi di partenariato comunitario in
materia di droga*

Scuola di politica

sociale, lavoro sociale

e giustizia sociale

Hanna Sheehy

Skeffington Università

di Dublino

MESSICO

Nadia ROBLES SOTO

Direttore del coordinamento del programma nazionale

Commissione nazionale per le dipendenze
Città del Messico

PORTOGALLO

Dott.ssa Cristiana VALE PIRES

Associazione Kosmicare

Ricercatore post-dottorato e coordinatore dell'implementazione

Facoltà di Scienze della Formazione e Psicologia
Universidade Católica Portuguesa
Porto

Revisori dei conti

MALTA

Dott.ssa Marilyn CLARK

Professore associato, Dipartimento di Psicologia

Università di Malta
Msida

SVIZZERA

Dott.ssa Bidisha CHATTERJEE

Medico del carcere

Carcere e istituto penitenziario del Cantone di Soletta
Medico di base, Ortschwaben
Berna

REGNO UNITO

Dott.ssa Marie-Claire VAN HOUT

Professore, Facoltà di Sanità dell'Università

John Moores di Liverpool, Istituto di Sanità Pubblica di Liverpool

Consulente per una recensione da una prospettiva esclusivamente trans, anche non binaria

Vic Valentine

Direttore di Scottish Trans

Rete scozzese per l'uguaglianza dei trans

Altri collaboratori

GRECIA

Maria SFIKAKI

Psicologo clinico, MPhil

Direttore scientifico

Programma per madri tossicodipendenti e i loro figli

Unità per le tossicodipendenze

Ospedale psichiatrico di Attica

ITALIA

Monica BARZANTI

Responsabile delle relazioni

internazionali della Comunità di

San Patrignano Coriano

MACEDONIA DEL NORD

Dott.ssa Liljana IGNJATOVA

MD, PhD, Professore

Ss. Università Cirillo e Metodio di Skopje

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Skopje

SERBIA

Dott.ssa Mirjana

JOVANOVIC *Md, PhD,*

Professore ordinario Facoltà

di Scienze Mediche

Università di Kragujevac

Direttore della Clinica psichiatrica del

Centro clinico universitario di

Kragujevac

PARTECIPANTI AL GRUPPO DI LAVORO

Oceana MAUND

Funzionaria per l'impegno nella comunità
Rete scozzese per l'uguaglianza dei trans

Becky KAUFFMAN

Responsabile della politica della giustizia
Rete scozzese per l'uguaglianza dei trans

SLOVENIA

Urška STEPANEK

Responsabile di progetto
Ministero del Lavoro, della Famiglia, degli Affari sociali e delle Pari opportunità Direzione degli Affari sociali
Ufficio per la politica di coesione di Lubiana

SEGRETERIA DEL GRUPPO POMPIDOU

Firenze MABILEAU

Segretario esecutivo aggiunto
Direttore dell'Unità Ricerca di genere e cooperazione mediterranea

Ourania BOTSI

Responsabile di progetto

Ana TRUDOV

Assistente di progetto

Agenti di vendita delle pubblicazioni del Consiglio d'Europa Agenti di vendita delle pubblicazioni del Consiglio d'Europa

BELGIO/BELGIO

La Librairie Européenne -
La libreria europea Rue
de l'Orme, 1
BE-1040 BRUXELLES Tel:
+ 32 (0)2 231 04 35
Fax: + 32 (0)2 735 08 60
E-mail: info@libeurop.eu
<http://www.libeurop.be>

Jean De Lannoy/DL Services
c/o Magazzini Michot
Bergense steenweg 77
Chaussée de Mons
BE-1600 SINT PIETERS LEEUW
Fax: + 32 (0)2 706 52 27
E-mail: jean.de.lannoy@dl-servi.com
<http://www.jean-de-lannoy.be>

CANADA

Renouf Publishing Co. Ltd.
22-1010 Via Polytek
CDN-OTTAWA, ONT K1J 9J1
Tel: + 1 613 745 2665
Fax: + 1 613 745 7660
Numero verde: (866) 767-6766
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
<http://www.renoufbooks.com>

CROAZIA/CROAZIA

Robert's Plus d.o.o.
Marasovičeva 67
HR-21000 SPLIT
Tel: + 385 21 315 800, 801, 802, 803
Fax: + 385 21 315 804
E-mail: robertsplus@robertsplus.hr

REPUBBLICA

CECA/REPUBLIQUE

TCHÈQUE

Suweco CZ, s.r.o.
Klecakova 347
CZ-180 21 PRAHA 9
Tel: + 420 2 424 59 204
Fax: + 420 2 848 21 646
E-mail: import@suweco.cz
<http://www.suweco.cz>

DANIMARCA/DANEMARK

GAD

Vimmelskaflet 32
DK-1161 KØBENHAVN K
Tel: + 45 77 66 60 00
Fax: + 45 77 66 60 01
E-mail: reception@gad.dk
<http://www.gad.dk>

FINLANDIA/FINLANDIA

Akateeminen Kirjakauppa
PO Box 128
Keskuskatu 1
FI-00100 HELSINKI
Tel: + 358 (0)9 121 4430
Fax: + 358 (0)9 121 4242
E-mail: akatilaus@akateeminen.com
<http://www.akateeminen.com>

FRANCIA

Si prega di contattare direttamente /
Contattare direttamente
Council of Europe Publishing
Council of Europe Publishing F-
67075 STRASBOURG Cedex
Tel: + 33 (0)3 88 41 25 81
Fax: + 33 (0)3 88 41 39 10
E-mail: publishing@coe.int
<http://book.coe.int>

Libreria Kléber
1, rue des Francs-Bourgeois
F-67000 STRASBURGO
Tel: + 33 (0)3 88 15 78 88
Fax: + 33 (0)3 88 15 78 80
E-mail: librairie-kleber@coe.int
<http://www.librairie-kleber.com>

NORVEGE/NORVEGIA

Akademika
Postboks 84 Blindern
NO-0314 OSLO
Tel: + 47 2 218 8100
Fax: + 47 2 218 8103
E-mail: support@akademika.no
<http://www.akademika.no>

POLONIA/POLONIA

Ars Polona JSC
25 Via Obbroncow
PL-03-933 WARSZAWA
Tel: + 48 (0)22 509 86 00
Fax: + 48 (0)22 509 86 10
E-mail: arspolona@arspolona.com.pl
<http://www.arspolona.com.pl>

PORTOGALLO

Marka Lda
Rua dos Correios 61-3
PT-1100-162 LISBOA
Tel: 351 21 3224040
Fax: 351 21 3224044
E-mail: apoio.clientes@marka.pt
www.marka.pt

FEDERAZIONE RUSSA/ FÉDÉRATION DE RUSSIE

Ves Mir
17b, Butlerova ul. - Ufficio 338
RU-117342 MOSCA
Tel: + 7 495 739 0971
Fax: + 7 495 739 0971
E-mail: orders@vesmirbooks.ru
<http://www.vesmirbooks.ru>

SVIZZERA/SUISSE

Planetis Sàrl
16, chemin des Pins
CH-1273 ARZIER
Tel: + 41 22 366 51 77
Fax: + 41 22 366 51 78
E-mail: info@planetis.ch

TAIWAN

Tycoon Information Inc.
5° piano, n. 500, Chang-Chun Road
Taipei, Taiwan
Tel: 886-2-8712 8886
Fax: 886-2-8712 4747, 8712 4777
E-mail: info@tycoon-info.com.tw
[orders@tycoon-info.com.tw](http://tycoon-info.com.tw)

REGNO UNITO/ROYAUME-UNI

The Stationery Office Ltd
PO Box 29
GB-NORWICH NR3 1GN
Tel: + 44 (0)870 600 5522
Fax: + 44 (0)870 600 5533
E-mail: book.enquiries@tso.co.uk
<http://www.tsoshop.co.uk>

STATI UNITI e CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Co
670 White Plains Road
USA-10583 SCARSDALE, NY
Tel: + 1 914 472 4650
Fax: + 1 914 472 4316
E-mail: coe@manhattanpublishing.com
<http://www.manhattanpublishing.com>

Consiglio d'Europa Editore/Éditions du Conseil de l'Europe
F-67075 STRASBURGO Cedex

Tel: + 33 (0)3 88 41 25 81 - Fax: + 33 (0)3 88 41 39 10 - E-mail: publishing@coe.int - Sito web:
<http://book.coe.int>

Nell'ambito dei suoi sforzi per porre i diritti umani al centro della politica sulle droghe, il Gruppo Pompidou ha deciso di continuare il lavoro già intrapreso per integrare la dimensione di genere nella politica sulle droghe, sviluppando un manuale che copre diverse aree della politica sulle droghe.

L'obiettivo è promuovere l'integrazione del genere nelle risposte ai farmaci come leva fondamentale per ridurre le disuguaglianze sanitarie e per rispettare i diritti umani, compresi i diritti alla diversità e alla dignità di donne, uomini e persone non binarie.

La pubblicazione inizia con una panoramica dei dati epidemiologici sulle differenze di genere nel consumo di droghe e nelle relative conseguenze.

Questo manuale mira a fornire ai responsabili politici e agli operatori del settore delle droghe raccomandazioni operative e basate sull'evidenza per lo sviluppo e l'attuazione di politiche e interventi che integrino meglio le esigenze specifiche di uomini e donne (approccio sensibile al genere) e promuovano una maggiore equità di genere (approccio trasformativo di genere) per coloro che sono coinvolti nella prevenzione e nella cura delle droghe (riduzione del danno e del rischio, trattamento, reinserimento), anche nel sistema di giustizia penale.

In linea con l'obiettivo del Gruppo Pompidou di collegare ricerca, politica e pratica, questo manuale esplora innanzitutto i punti di vista teorici sulla politica di genere e sulle droghe, attinge alle conoscenze scientifiche disponibili e presenta raccomandazioni ed esempi per la pratica. Si basa su un dibattito approfondito e sul consenso di esperti provenienti da 13 Paesi e da diversi contesti professionali, per una rilevanza interculturale.

www.coe.int

Il Consiglio d'Europa è la principale organizzazione per i diritti umani del continente. Ha 46 Stati membri, tra cui tutti i membri dell'Unione Europea.

L'Unione europea. Tutti gli Stati membri del Consiglio d'Europa hanno firmato la Convenzione europea dei diritti dell'uomo, un trattato concepito per proteggere i diritti umani, la democrazia e lo Stato di diritto. La Corte europea dei diritti dell'uomo vigila sull'attuazione della Convenzione. della Convenzione negli Stati membri.

<http://book.coe.int>
ISBN 978-92-871-9188-5
39 € / US\$ 78

