

Come favorire un pattern “Gender responsive” nei contesti di cura per disturbo da uso di sostanze e alcol: una ricerca-intervento

L. Pessina*, G. Giudici**, A. Greco*

Strategie nei percorsi di femminilizzazione della cura rivolti alle donne che accedono ai servizi territoriali per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol.

Introduzione di modelli e interventi gender-oriented, in un servizio prevalentemente declinato al maschile; oltre l'approccio gender blind.

Obiettivi

La ricerca di seguito esposta nasce da una stretta collaborazione tra l'Università degli studi di Bergamo e la Cooperativa sociale “Il piccolo principe”.

In quest'ottica di partecipazione è stato avviato uno studio volto a comprendere la dicotomizzazione di genere relativa all'esperienza di utilizzo di sostanze, dipendenza e ai relativi percorsi di cura. Obiettivo del presente studio è comprendere quali modelli relazionali, terapeutici o procedurali possono essere introdotti all'interno dei servizi per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol (DUS/DUA) per rendere i percorsi di cura maggiormente sensibili alle specificità del genere femminile.

L'uomo e la donna con DUS/DUA hanno un diverso posizionamento in relazione all'utilizzo e abuso di sostanze e alcol, nei confronti degli effetti della sostanza, della prevenzione, del trattamento e della cura (Svikis, 2006).

Il genere presenta dunque differenze biologiche, psicologiche e sociali in relazione all'utilizzo, all'assimilazione e alla disintossicazione da sostanze psicoattive.

Lo stigma sociale, inoltre, ancora molto presente nei confronti di chi utilizza sostanze e accede ai servizi territoriali, se rivolto al genere femminile, amplifica il suo potere escludente (Goffman, 2018) poiché nel pensiero comune e generalizzato, la donna che utilizza sostanze viene accostata ad altre intersezioni.

Tali intersezioni richiamano a sistemi di prostituzione, alla maternità e alla genitorialità come elementi non riconducibili in alcun modo all'utilizzo di sostanze e alcol. All'interno di questa cornice, può essere dunque inserita una progettualità dei servizi che disponga tempo e spazio alla raccolta di narrazioni femminili complesse, vissuti che oggi, nella maggior parte dei servizi sul nostro territorio, riferiscono ad in un unico protocollo terapeuti-

co-riabilitativo utilizzato indistintamente tra maschile e femminile.

Cornice epistemologica

Lo studio del genere femminile relazionale all'utilizzo di sostanze e alcol ha richiesto un'analisi overview della letteratura specifica (Antolini *et al.*, 2006; Becker *et al.*, 2017; Beltrami *et al.*, 2024; Greenfield *et al.*, 2018; Svikis *et al.*, 2006).

Secondariamente è stato necessario un affondo su specifici studi femministi.

Le ondate femministe e studi postcoloniali, che hanno profondamente influenzato il pensiero contemporaneo del femminile e “i meccanismi di costruzione e regolamentazione di genere” (Butler, 1999), hanno definito lo spettro gender, come un normale processo sociale di costruzione identitaria del femminile e del maschile (Pinnelli, 2019).

Gli studi femministi, dunque, insieme alle successive teorie queer, hanno gradualmente (per ondate) introdotto riflessioni su genere, antropologia, posizionamento del femminile e intersezionalità.

All'interno di questo panorama complesso e rivoluzionario, autrici di spicco quali Henrietta Moore, Gloria Anzaldúa, Kamala Visweswaran, Kimberle Krenshaw, avviarono un dibattito sull'interposizione del genere con altre variabili di differenza e diversità quali etnia, classe sociale, orientamento sessuale, età, disabilità (Corbisiero e Monaco, 2024).

L'intersezionalità, così come proposta dalle autrici femministe, è un'opportunità di analisi e intersezione delle diverse categorie sociali della donna, che interpreta e considera le istanze identitarie che compongono le differenze personali.

Oggi l'intersezionalità è spesso adottata come approccio teorico-metodologico in numerosi ambiti di ricerca (Mongibello e Russo, 2021) quale modello prospettico e interpretativo di uno specifico contesto sociale.

Questa cornice teorica ha fornito alla ricerca le basi epistemologiche da cui avviare un processo di destrutturazione delle istanze del genere femminile per ricostruirne bisogni e analizzarne i profili di funzionamento in relazione all'utilizzo di sostanze e alcol.

In tal senso, i dati raccolti durante i primi mesi di lavoro hanno evidenziato un bisogno femminile, relativo all'e-

* Università degli studi di Bergamo.

** Servizio Multidisciplinare Integrato “Il Piccolo Principe”, Albano Sant'Alessandro (BG).

mancipazione di sé rispetto ad un maschile predominante ed egemonico.

Negli ultimi anni, diversi organismi nazionali e internazionali hanno mostrato una maggiore sensibilità nei confronti delle differenze di genere contestualizzate all'utilizzo e dipendenza da alcol e sostanze.

Nel 2023, l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA) ha introdotto una mini-guida denominata: "Women and drugs: health and social responses", con l'obiettivo di sensibilizzare il binomio gender-addiction sottolineando la necessità della prevenzione, poiché le donne con DUS/DUA rappresentano, in Europa un dato in crescita.

Contestualmente, nel panorama italiano il Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, ha ratificato tale guida affermando che: "Le problematiche complesse e sovrapposte affrontate da molte donne che fanno uso di droghe, richiedono servizi coordinati e integrati [...] l'adozione di un approccio di genere ai problemi di droga, va a beneficio delle persone di genere diverso, comprese le donne, gli uomini e le persone transgender e non binarie".

Questo monito istituzionale è dunque un invito a riflettere sull'effettiva necessità di un intervento gender responsive nell'approccio della donna con DUS/DUA.

Metodi

Il presente studio etnografico si è svolto con un'osservazione partecipante e il relativo collocamento del ricercatore sul fieldwork con l'idea di una triangolazione di metodi.

A partire da gennaio 2025 vi è stato un graduale avvicinamento del ricercatore al team multiprofessionale del SMI di Cooperativa sociale "Il piccolo principe".

L'osservazione, connessa ad un approfondimento della letteratura scientifica, è durata alcuni mesi, a cui sono seguiti, uno studio di caso multiplo e la stesura e successiva fase di interviste semi-strutturate rivolte ai professionisti.

Risultati e proposta di nuove pratiche relazionali

Lo studio della letteratura scientifica ha evidenziato differenti fattori, propri dell'emisfero femminile, che richiedono una particolare attenzione.

Tali fattori sono così sintetizzabili: episodi di violenza e abusi subiti (talvolta con relativo PTSD), differenti sistemi di mercificazione del corpo, adozione di comportamenti sessuali a rischio di infezioni sessualmente trasmissibili, episodi di abortività e interruzioni volontarie di gravidanza, condizioni di subordinazione della

donna, con particolare riferimento alle figure maschili. Questi aspetti specifici, se non attenzionati durante la presa in carico, possono gravare sulla condizione di addiction e sul processo di riabilitazione (Bargagli *et al.*, 2007; Berrini, 2018; Lacatena, n.d.; Molteni, 2013).

Successivamente alla revisione della letteratura scientifica, si è deciso di procedere progettando uno studio di caso multiplo con l'obiettivo di comprendere se i casi clinici presi in analisi presentassero le stesse caratteristiche e gli stessi "fattori eziologici" evidenziati dalla letteratura scientifica (Molteni, 2013).

Attraverso il coinvolgimento di testimoni privilegiati è stato possibile individuare sei casi clinici particolarmente affini alle tre dimensioni di funzionamento scelte.

Queste tre dimensioni della vita quotidiana (Pasqualotto, 2016) risultano essere maggiormente interessate o compromesse dalla relazione con la sostanza, come poi emerso di fatto dallo studio di caso.

Le aree sono: la dimensione della vita sociale, civile e di comunità, la dimensione della cura della propria persona e la dimensione delle interazioni e relazioni interpersonali (Tabella 1).

Tab. 1 - Classificazione degli assi comparativi emersi dal percorso di ricerca secondo modello ICF-dipendenze

Dimensione della vita sociale, civile e di comunità	Dimensione della cura della propria persona	Dimensione delle interazioni e relazioni interpersonali
• Inquadramento dello stigma femminile e della duplice esclusione sociale • Indifferenti sistemi di mercificazione del corpo	• La discontinuità e resistenza col servizio • Infezioni sessualmente trasmesse: nuovi paradigmi e vecchi stereotipi	• Il posizionamento subalterno della donna nella relazione tra sostanza e maschile • L'interruzione volontaria dei consumi in gravidanza

Seguendo il paradigma bio-psico-sociale sono stati sistematizzati gli assi di interesse (Figura 1) nelle relative tre dimensioni di funzionamento, così come suggerito dal modello ICF-dipendenze (Pasqualotto, 2016).

Gli autori evidenziano come, all'interno dell'archetipo bio-psico-sociale, sia possibile articolare l'intera progettazione e riabilitazione della persona, poiché sono integrabili approcci diversi: quello clinico, quello riabilitativo, l'intervento sulla persona e sul suo ambiente di vita (ibidem, 2016). Utilizzando un linguaggio conosciuto a livello internazionale (ICF 2001), gli operatori e le operatrici del settore hanno la possibilità di monitorare le condizioni di vita della persona a distanza di tempo e in cooperazione con la stessa (Pasqualotto *et al.*, 2016). È possibile, dunque, seguendo questo modello, avvicinare l'utente (e la donna) ponendo l'attenzione sulle diverse variabili che ruotano attorno agli assunti di:

funzionamento, recovery e diagnosi centrata sulla persona.

Anche in quest'ottica di "integrazione tra saperi scientifici e umanesimo" (Pasqualotto, Carozza Cibir, 2020), il processo di cura attraversa l'individuo nella sua integrità e alterità con modalità intersezionale.

Se l'approccio si fonda su principi analitici e valutativi, la relazione con l'altro resta altresì lo strumento privilegiato in un quadro metodologico e tecnico-operativo.

Anche lo studio di caso ha confermato la presenza di fattori critici in relazione al percorso di cura. Tra i diversi assi comparativi emersi, alcuni (come sintetizzato in Tabella 1), sono di particolare interesse in un'ottica di empowerment del femminile: anche nei casi clinici studiati emerge il posizionamento della donna in subordinazione rispetto al maschile, è spesso presente una comorbidità psichiatrica, si evidenzia una forte discontinuità delle utenti nella frequenza del SMI, è presente un paradigma dell'interruzione volontaria dei consumi durante la gravidanza oltre al tema dello stigma femminile e della doppia esclusione sociale.

Infine, tutte le utenti prese in analisi presentano frequenti richieste volontarie di percorsi di istituzionalizzazione (presso cliniche o comunità terapeutico-riabilitative).

La comparazione tra i due differenti metodi di indagine ha prodotto un parallelismo tra assi tematici, suggerendo quali dimensioni e fenomeni attenzionare nell'ottica di orientare la ricerca verso l'individuazione di nuovi strumenti, approcci e modelli definiti sulle specificità delle donne.

Così, dalla revisione della letteratura e dallo studio di caso multiplo si è strutturata la traccia di intervista da sottoporre agli operatori e alle operatrici del servizio.

Partendo da questi assunti, le interviste hanno avuto ad oggetto il posizionamento subalterno della donna tra sostanza e maschile, le declinazioni relazionali, le pratiche di comunicazione e il pattern di consumo messo in atto da chi utilizza.

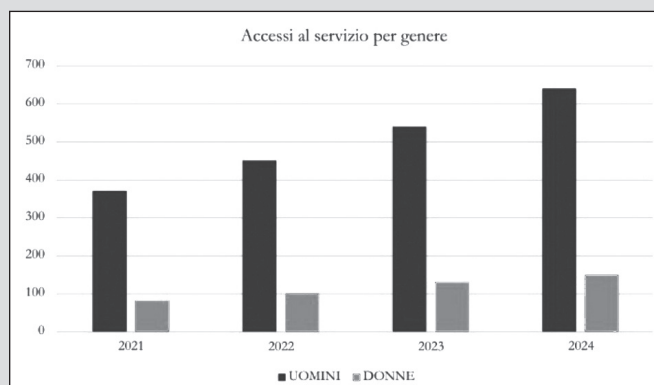
Lo studio e l'analisi delle interviste raccolte tra i professionisti e le professioniste che lavorano al SMI restituiscono il punto di partenza per la sistematizzazione dei primi parziali risultati.

Il SMI, ad oggi, rappresenta un campo di ricerca in cui una maschilità predominante si contrappone ad un femminile poco presente.

Come raffigurato in Figura 1, la presenza maschile caratterizza circa l'80% degli accessi, contro un femminile residuale al 20%; questo pone l'attenzione ad una minoranza di genere in chiara sofferenza e certamente complessa nella sua presa in carico.

Inoltre, il grafico mostra come nell'arco temporale preso in analisi, il numero di donne che accedono al servizio sia gradualmente aumentato, confermando la necessità di intervenire sui processi di femminilizzazione "anche in un'ottica preventiva" (EMCDDA, 2023).

Fig. 1 - Rappresentazione grafica degli accessi al SMI "Il piccolo principe" nel periodo 2021-2024 divisi per genere



La prima area indagata attraverso le interviste mostra come all'interno della relazione con il genere maschile, la donna che utilizza sostanze o alcol, sia collocata in una posizione subalterna e subordinata, talvolta di dipendenza.

Dalle riflessioni emerse in sede di interviste, il pattern relazionale che risalta è quello della complessità e dell'assoggettamento, l'annullamento di sé come sacrificio per l'altro (lui), oppure il sacrificio di un (noi) in relazione alla sostanza.

Le interviste raccolte rimandano alla necessità della donna di emanciparsi rispetto ad un maschile dominante, a partire dal percorso di cura e riabilitazione.

Tale emancipazione può essere incentivata dagli operatori e operatrici del servizio fornendo possibilità che consentano alla donna di porre una distanza tra sé e il maschile.

Le operatrici e gli operatori hanno chiaro il meccanismo subalterno che regola le relazioni sull'asse maschile-sostanza-femminile, ma ancora più interessante è ciò che emerge in relazione alle molteplici funzioni di cura richieste alla donna con DUS/DUA.

Le interviste evidenziano che la donna che accede al SMI mantiene comunque un profilo caregiver tra le mura di casa, tendenzialmente oberata da impegni e relazioni complesse e di responsabilità.

Alcuni esempi di Verbatim dalle interviste

Domanda: Posso chiederti come definiresti la modalità con cui la donna con DUS/DUA struttura le sue relazioni col maschile?

Risposta: La prima cosa che a me viene in mente e che ho notato da quando lavoro qui è che la maggior parte delle donne quando viene è da sola e la maggior parte degli uomini viene accompagnato da una donna. Che sia la compagna, la mamma, la sorella. E le donne, la maggior parte viene da sola e questo è proprio un po' una cosa che ho notato tanto.

Domanda: Posso chiedere come mai, secondo te c'è questa differenza tra accessi maschili e accessi femminili? L'intercettazione forse dovrebbe in qualche modo ampliarsi?

Risposta: Ma allora intercettazione rispetto alla struttura del servizio forse è il fatto che tendenzialmente il pomeriggio chi si occupa dei bambini, se ci sono di mezzo dei bambini, è la donna. L'uomo sta tornando a casa. Per cui forse questo lo possiamo inserire nella strutturazione del nostro servizio che forse non permette di intercettare le donne con bambini [...] per le adolescenti o comunque giovani donne che non hanno ancora una famiglia, eh no, certo c'è tutto un tema di stigmatizzazione. Non saprei come servizio, come poter cambiare questa cosa.

Questi stralci di intervista evidenziano come questi ruoli di accudimento e cura rientrano in modelli culturalmente incorporati nelle moderne società occidentali, rimandando ad una maschilità stereotipata portatrice di una visione maschile breadwinner (Burgio *et al.*, 2023); conservatore sul piano relazionale e distante da lavori domestici e di cura.

Un modello maschile che prevede un distanziamento della donna dallo spazio pubblico, competenza tendenzialmente riservata al maschile.

Quando a consumare è la coppia, per la donna si aprono molteplici responsabilità da caregiver, poiché l'uomo, nonostante il pieno dominio della vita pubblica appare introiettato dalle dinamiche dimostrative della propria maschilità: essere individualista, indipendente (*ibidem*, 2023), rivolto all'attività lavorativa e alla sussistenza della propria famiglia.

Differentemente dalla controparte maschile, la donna si presenta al servizio più autonoma nella sua presa in carico.

Ella, dunque, viene percepita sola in differenti contesti socio-relazionali: anzitutto perché il percorso di cura lo intraprende con maggiore indipendenza rispetto all'uomo, è più autonoma nell'approcciarsi al servizio e nel relazionarsi col personale del SMI.

Conclusioni e prospettive future

La ricerca fin qui esposta mette in luce alcuni risultati provenienti da una fase di approfondimento della letteratura scientifica, di osservazione, di analisi di uno studio di caso multiplo e dalle interviste rivolte ai professionisti e professioniste che operano presso il SMI.

Le prossime fasi della ricerca prevedono il coinvolgimento diretto delle donne che accedono al servizio attraverso focus group e questionari per renderle protagoniste di questo lavoro: potranno offrire in prima persona punti di vista e riflessioni concrete.

Osservare le posture e i posizionamenti che le donne (e gli uomini) assumono nell'approcciarsi al SMI, suggerisce una nuova modalità di analisi delle specificità del mon-

do femminile che utilizza sostanze o alcol, perseguendo l'obiettivo di rendere sempre più fruibili i sistemi di welfare, personalizzabili anche in un'ottica gender oriented.

Il femminile che accede al servizio, come visto in precedenza, vive una duplice stigmatizzazione che si traduce in una barriera all'accesso alle cure, spesso non supportata da partner e familiari.

È necessario intervenire su questo; la mancanza di un servizio strutturato in modo olistico (Molteni, 2013) e che prenda in carico la donna nella sua complessità, con approcci multidimensionali e intersezionali, lascia il femminile in una condizione liminale, dove al momento la sua presa in carico è un abito maschile (ri)adattato ad un corpo femminile.

Infatti, nel panorama italiano dei "servizi per le dipendenze", alcune sociologhe e ricercatrici (Curto, 2013; Delitala *et al.*, 2013; Lacatena, n.d; Molteni, 2013) hanno tentato un approccio innovativo in riferimento alla presa in carico dell'utenza femminile attraverso protocolli e micro-equipe di professioniste donne che si occupino dell'accesso delle utenti in risposta ad un applicativo gender responsive.

Questo modello basato sulla differenziazione di genere, che si vuole perseguire nel presente progetto, nasce da un approccio olistico, centrato sulla persona e sulla sua individualità.

Al tempo stesso, è un modello in grado di favorire socialità tra le donne che accedono al servizio, restituendo loro possibilità di confronto consentendo un lavoro autobiografico, centrato sulla motivazione e sul confronto con l'altr(a).

Intervenire sul fare, sull'azione quotidiana e sui processi di (ri)socializzazione può permettere all'utente di riorganizzare il proprio percorso riabilitativo sulla propria progettualità, in un'ottica emancipativa rispetto ad un maschile egemonico.

Sul piano concreto e della ri-progettazione del proprio percorso di vita, gli elementi che si vorranno tenere presenti durante il percorso riabilitativo del femminile, potrebbero essere sintetizzati nelle seguenti tre aree:

1. riappropriazione del sé attraverso autobiografie del femminile;
2. acquisizione di competenze e abilità concrete ed emancipative (personali, genitoriali, professionali);
3. condivisione del proprio percorso in contesti gruppalì e protetti.

Agire dunque sul piano concreto, valorizzando "il fare" riferisce a modelli di welfare centrati sulla riabilitazione e sulla recovery.

È opportuno fornire alla donna strumenti ed esempi concreti centrati sul recupero delle funzionalità (momentaneamente perse).

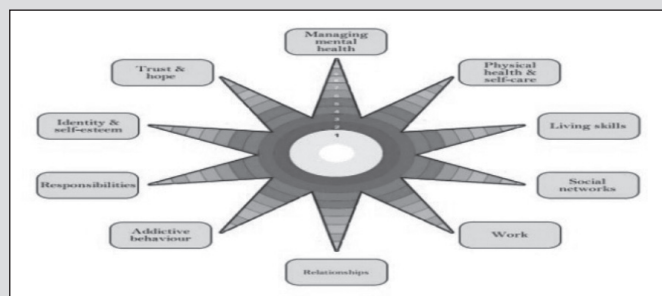
Nell'ottica metodologica, l'impiego della Mental Health Recovery Star (Figura 2) nell'approccio al femminile con problemi di utilizzo o abuso di sostanze o alcol, potrebbe essere funzionale a stabilire un contatto strutturato e pensato con l'operatore di riferimento, per favorire una progettazione condivisa degli interventi clinici e sociali.

Ogni area di funzionamento persegue gli obiettivi di empowerment, co-progettazione (operatore-utente), valorizzazione dei vissuti nell'ottica di un percorso di cambiamento personale.

Ogni punta della stella è un'area di funzionamento (ICF, 2001).

Dedicandosi ad un'area specifica è possibile notare come la progettazione possa divenire co-progettazione in un continuum di prassi e pratiche tra utente e professionista.

Fig. 2 - Mental Health Recovery Star (Placentino et al., 2017)



Lavorando in co-progettazione, l'operatore avrà un quadro generale dell'utente, i suoi modelli di funzionamento e le relative aree critiche.

Recenti studi (Pasqualotto, Carozza e Cibir, 2018), dimostrano come l'impiego del modello ICF-dipendenze con relativo approccio recovery, all'interno di servizi per DUS/DUA, abbia l'effetto di innescare nei pazienti e nelle pazienti innovativi processi di autoanalisi ed empowerment (ibidem, 2018).

Ripensare ad un gruppo di lavoro nell'ottica di un miglioramento relazionale con l'utenza, utilizzando strumenti nuovi e acquisendo nuove competenze, denota un rinnovo delle idee e del pensiero critico che governa il lavoro di equipe.

Questa è la prospettiva secondo la quale vorremo definire le strategie di femminilizzazione dei percorsi di cura rivolti alle donne che accedono ai servizi territoriali per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol.

Riferimenti bibliografici

- Antolini G., Morandi G., Pirani M., & Sorio C. (2006). Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999. *EP*, 30(2), marzo-aprile.
- Bargagli A.M., Beccaria F., Burroni P., Garneri M., Mathis F., Picciolini A., Rotelli M., Versino E., & Vigna Taglianti F. (2007). *Differenze di genere nello studio vedette*. Monografia n. 7.
- Becker J.B. (2016). *Sex differences in addiction, several research group*.
- Becker J.B., Glover Reed B., & McClellan M.L. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of neuroscience, research*, 95: 136-147.
- Beltrami F., Berrini R., Lamberti R., Luraschi E., & Sidoti R. (2024). La tossicodipendenza femminile. *Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission*, 68.
- Berrini R., Cambiaso G., Cocchini A., Santioli L., Serra T., & Troletti P. (n.d.). *La tossicodipendenza femminile: una ricerca eseguita su un campione di tossicodipendenti da oppiacei*.
- Bourdieu P. (1998). *Il dominio maschile*.
- Burgio G., Cannito M., Ferrero Camoletto R., & Ottaviano C. (2023). *Maschilità e lavoro di cura, esperienze e pratiche tra sex worker educatori e infermieri*.
- Butler J. (2004). *Fare e disfare il genere*.
- Cardiani L., Maggiorelli L., & Pananti B. (2024). In alcologia è possibile pensare in termini di genere?. *Federserd Informa*. <https://www.federserd.it/index.cfm/Archivio-federserd-inform-a/?fuseaction=federserdInforma>.
- Cipolla C., Lombi L. (2012). *Droga, mondo del lavoro e salute*.
- Courser M.W., Morales B., Redpath B., Schweinhart A., Shamblen S., Shepherd C., & Young L. (2022). Gender differences in patient outcomes following drug abuse treatment in Afghanistan: result from a new evaluation, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134, 108475.
- Curto M., Defraia L., Delitala L., Ferri F., Loi A., & Meloni M. (2013). L'ottica di genere nelle dipendenze. *Italian Journal of Addiction*, 3(1).
- Dickens G., Weleminsky J., Onifade Y., & Sugarman P. (2018). *Recovery star: validating user recovery*. Cambridge University Press.
- Diemen Von L., Grassi Oliveira R., Kessler S.H.P., Rechansky F., Rebelatto F.P., Roglio V.S., Sanviente-Vieira B., & Schuch J.B. (2022). Gender differences in progression to crack-cocaine use and the role of sexual and physical violence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, sep-oct, 44(5): 478-485.
- Franceschini A., & Fattore L. (2018). Differenze di genere (a cura di). In: *Sostanza, manuale sulle dipendenze patologiche*.
- Garcia N.M., Walker R.S., & Zoellner L.A. (2018). *Estrogen, progesterone and the menstrual cycle: A systematic review of fear learning, intrusive memories and PTSD*.
- Green C.A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research and Health*, 29(1).
- Greenfield S.F., McHugh R.K., Sugarman D.E., & Votaw V.R. (2017). Sex and gender differences in substance use disorder. *Clinical Psychology Review*, 66: 12-23.
- Lacatena A.P. (n.d.). Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... *Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission*, 53.
- Molteni L. (2013). Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive. *Italian Journal of Addiction*, 3(2).
- Molteni L. (2014). *L'eroina al femminile*.
- Molteni L., & Pellegrini (2013). Genere e sostanza. Uno studio sui pazienti in trattamento presso il Ser.t di Trento. *Italian Journal of Addiction*, 3(2).
- Mongibello A., Russo K.E. (2021). Intersezionalità e genere. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2018). Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi, ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea, Lussemburgo.
- Pasqualotto L. (a cura di) (2016). *ICF-dipendenze*.
- Pasqualotto L., Carozza P., & Cibir M. (2020). *ICF, salute mentale e dipendenze, strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*.
- Pinelli B. (2019). *Migranti e rifugiate, antropologia, genere e politica*.
- Placentino A., Fabio L., Scarsato G., & Fazzari G. (2017). La mental health recovery star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. *Rivista di psichiatria*, 52(6).
- Svikis D.S., Miles D.R., Haug N.A., Perry B., Hoehn-Saric R., & McLeod D. (2006). *Premenstrual symptomatology, alcohol consumption, and family history of alcoholism in women with premenstrual syndrome*.
- Zinberg N.E. (2019). *Droga, set e setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*.