



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica



Dipartimento di Epidemiologia
ASL RME

Differenze di genere nello studio VEdeTTE



Gruppo di ricerca “VEdeTTE DONNE”:

- Paola Burroni
- Federica Vigna-Taglianti
- Elisabetta Versino
- Marina Garneri
- Franca Beccaria
- Mara Rotelli
- Anna Picciolini

ed il Gruppo di
Coordinamento Nazionale

Il gruppo di lavoro



- Paola Burroni
- Marina Garneri **SerT ASL 1 - To**
- Mara Rotelli
- Federica Vigna-Taglianti **OED Piemonte**
- Elisabetta Versino **Università di To**
- Franca Beccaria Eclectica - **Università di To**
- Anna Picciolini **Associazione Parsec**

Lo Studio VEdeTTE



➤ Coorte italiana di

11.905 tossicodipendenti da eroina
arruolati a partire dal 1998 in

13 Regioni italiane, in

115 SerT

➤ Obiettivi

- valutare l'efficacia dei trattamenti nel ridurre la mortalità correlata all'uso di eroina
- identificare i fattori di rischio per l'abbandono del trattamento



Differenze nello stato di salute



- **speranza di vita alla nascita:**
 - Uomini: 76.7 anni
 - Donne: 82.9 anni
- **diversa morbosità e mortalità per**
 - **patologie psichiatriche**
 - depressione (uomini: 1.1%, donne: 5.2%)
 - disturbi d'ansia (uomini: 0.1%, donne: 1.7%)
 - **patologie cronico-degenerative**
 - **malattie cardiovascolari**
 - Uomini: 156.9/100 000
 - Donne: 48.5/100 000
 - **incidenti domestici**

Differenze sociali



Definizione di Differenza di Genere:

Differenza tra la costruzione del significato sociale del maschile e del femminile, visti come sistemi simbolici e valoriali e non solo come differenza sessuale.

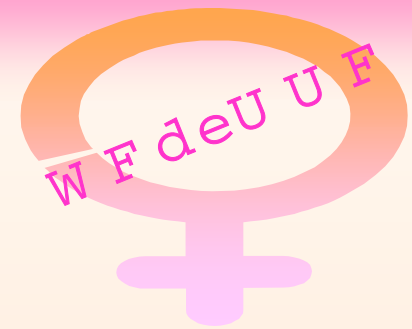
Differenze sociali



COMPREDONO LE CARATTERISTICHE SULLE QUALI SI FONDA E SI COSTRUISCE L'IDENTITA' SOCIALE MASCHILE E FEMMINILE E LA LORO RAPPRESENTAZIONE (NEL TEMPO GENERAZIONALE)

- MAGGIORE INCLUSIONE NEL MODELLO FAMILIARE PER LE DONNE**
- RIDOTTA TENDENZA ALLA TRASGRESSIONE**
- RIDOTTO E DIVERSO ORIENTAMENTO DELL'AGGRESSIVITA'**

Differenze di genere nello sviluppo psicologico



- la bambina può mantenere l'identità con la madre nel rapporto originario, senza distaccarsene, e riuscire a trovare il suo Sé femminile (rischia di rimanere in identità totale con la madre)
- il bambino sperimenta l'identità con la madre come un "non Sé" e deve riuscire a distaccarsene. Ha più probabilità di affrontare la fase edipica maggiormente differenziato, anche in presenza di una madre disturbata.

Differenze di genere nello sviluppo psicologico



- Nello sviluppo l'io femminile si identifica con il punto centrale della coscienza, ma è sempre presente il Sé femminile percepito come totalità
- nello sviluppo maschile l'identificazione dell'io è più completa ed il rapporto originario, sentito come estraneo a Sé, è più sprofondato nell'inconscio.

Differenze di genere nello sviluppo psicologico



- La distorsione dello sviluppo psicopatologico che sostiene la tossicomania si colloca nelle prime fasi della dipendenza primaria (rapporto originario) e del successivo processo di separazione dalla madre ed il confronto con il paterno.
- la maggiore gravità (supposta) della td femminile si colloca nella minore differenziazione della bambina con madre disturbata, che arriva in fase edipica, con persistente auto identificazione nel rapporto originario

Differenze di genere nello sviluppo psicologico



- spesso la figura del padre è assente, a volte incestuoso, e lascia la bambina (futura td) sola con la madre nel prolungamento del mutuo sostegno narcisistico. Molte donne td agiscono gli aspetti distruttivi del padre, presentano problemi di prostituzione, alcolismo

Differenze di genere nello sviluppo psicologico



L'orientamento dello sviluppo psicopatologico nelle prime fasi evolutive presenta quindi differenze di genere:

- i maschi sviluppano più facilmente una tossicodipendenza.
- le donne si avviano più facilmente verso disturbi del comportamento alimentare

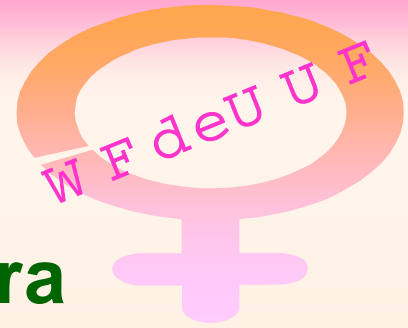
Differenze di genere nello sviluppo psicologico



Nelle anamnesi di donne arrivate alla td sono maggiormente presenti comportamenti autolesivi, tentativi anticonservativi, ricoveri psichiatrici, a testimonianza della fatica maggiore che le donne devono compiere per strutturare la propria identità, proprio perché l'identificazione col materno originario è più forte e totale.

Il corpo è svalorizzato ed usato come merce di scambio, il rapporto con il maschile è connotato da dinamiche di potere, che mettono al riparo, in modo distorto, dal ritorno a posizioni passive.

Tossicodipendenza da eroina



Differenze di genere rilevate in letteratura (sintesi in NIDA 1996, IREFREA 2000)

- fattori di rischio e di protezione
 - condizioni sociofamiliari
 - abusi/maltrattamenti infantili
 - rapporti familiari
 - disturbi psicopatologici
 - problemi emozionali/comportamentali
- uso di sostanze: eroina
 - uso più tardivo nella donna
 - associato all'influenza del partner
 - livelli di uso (quantità) simili
 - durata della tossicodipendenza inferiore nella donna

Tossicodipendenza da eroina



Differenze di genere rilevate in letteratura (sintesi in NIDA 1996, IREFREA 2000)

- **uso di sostanze**
nelle donne:
 - minor uso di alcol e marijuana
 - maggior uso di sedativi ed ansiolitici
- **accesso al trattamento**
 - accedono ai servizi in età più giovane
 - le donne costituiscono il 13% circa del totale dei tossicodipendenti da eroina trattati nei SerT

Tossicodipendenza da eroina



Differenze di genere rilevate in letteratura (sintesi in NIDA 1996, IREFREA 2000)

- le donne più frequentemente:
 - hanno figli e vivono con essi
 - sono sposate, separate, divorziate e vedove
 - hanno un reddito basso o sono disoccupate
 - si prostituiscono
 - scambiano strumenti e siringhe (con partner)
- le donne meno frequentemente
 - compiono reati

Tossicodipendenza da eroina



Differenze di genere rilevate in letteratura (sintesi in NIDA 1996, IREFREA 2000)

- trattamenti

nelle donne il primo trattamento è generalmente “autosomministrato”, mentre nell’uomo è più frequentemente associato al coinvolgimento della famiglia di origine o delle istituzioni

per quanto riguarda la ritenzione in trattamento, i dati di letteratura sono contrastanti: studi svizzeri osservano un maggior tasso di abbandono nelle donne, studi americani negli uomini



Differenze di genere nello studio VEdeTTE

Razionale dello studio



Razionale dello studio sulle differenze di genere:

- La tossicodipendenza da eroina si manifesta nel genere maschile e femminile con rilevanti differenze, che interessano tutti gli stadi che precedono ed accompagnano la dipendenza
- La letteratura internazionale non si è interrogata sulle motivazioni di tali differenze, e sulle loro conseguenze operative

Razionale dello studio



- per tale motivo si è deciso di costituire un gruppo di lavoro **interdisciplinare** al fine di utilizzare tutte le competenze necessarie, per dare ragione e spunti interpretativi alle cospicue differenze ritrovabili nella pratica clinica e nello studio VEdTTE.

Differenze di genere in VEdeTTE



Obiettivo generale

Descrivere le differenze di genere nella coorte VEdeTTE in relazione a caratteristiche individuali e di trattamento, discutendo i fattori di protezione e di rischio per lo sviluppo della dipendenza da eroina e la prognosi

Differenze di genere in VEdeTTE



Obiettivi specifici

Descrivere le differenze di genere nella coorte VEdeTTE per quanto riguarda:

- **caratteristiche alla presa in carico**
 - **fattori socio-demografici**
 - **storia di tossicodipendenza**
 - **consumo di sostanze**
 - **sintomi e disturbi psichici precedenti e conseguenti all'uso di eroina**
 - **comportamenti a rischio**
 - **stato di salute e patologie concomitanti**
- **percorsi terapeutici**
- **ritenzione in trattamento**
 - **fattori di rischio per l'abbandono**
- **mortalità**

Metodi



Unità di analisi:

Per le analisi sono stati utilizzati tutti i pazienti arruolati nei primi 18 mesi dello studio

totale analizzabili N = 10.454

Uomini N = 8953 (85.6%)

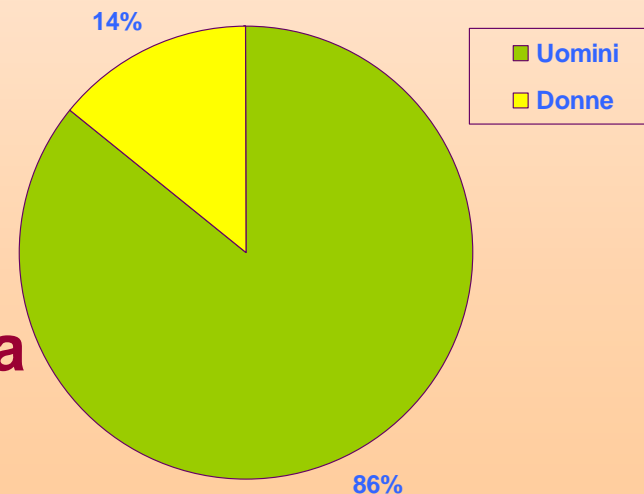
Donne N = 1501 (14.4%)

La proporzione appare rappresentativa della realtà italiana

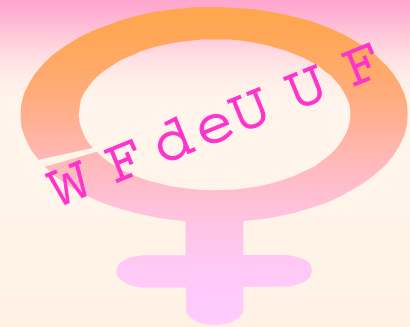
Gli utenti dei SerT

nel 1998 Uomini 86.3%

Donne 13.7%



Differenze all'arruolamento



Metodologia di analisi:

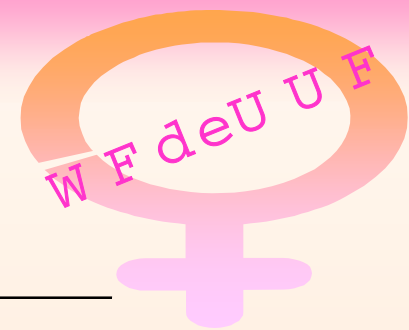
Per mettere in evidenza le differenze nella frequenza maschi/femmine all'arruolamento, per le variabili di interesse

è stato utilizzato un modello logistico multivariato

le variabili sono state valutate con un'analisi univariata (numerosità n=10454),

e successivamente con il modello multivariato che tiene conto dei possibili fattori di confondimento (numerosità n=9777)

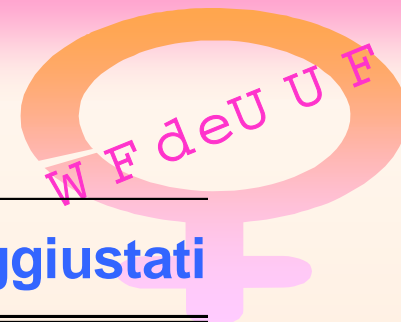
Fattori socio-demografici (I) differenze all'arruolamento



Caratteristica in esame	N	OR aggiustati
TIPOLOGIA UTENTE		
prevalenti	6753	1.00
reingressi	1888	0.91
incidenti	1136	1.22
LUOGO DI ARRUOLAMENTO		
nord	3308	1.00
centro	2628	0.83
sud/isole	3841	0.36
STATO CIVILE		
celibe/nubile	6287	1.00
coniugato/convivente	2576	1.29
separato/divorziato/vedovo	914	3.05

Sono presentati in arancione gli OR per i quali la differenza è statisticamente significativa

Fattori socio-demografici (II)



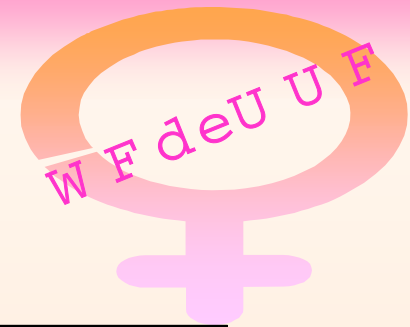
Caratteristica in esame	N	OR aggiustati
SISTEMAZIONE ABITATIVA		
con famiglia di origine	5380	1.00
con partner e/o figli	2665	3.41
con amici/da solo	1033	1.68
in comunità terapeutica	544	0.80
nessuna sistemazione stabile	155	1.89
TITOLO DI STUDIO		
nessuno/licenza elementare	1688	0.54
licenza media inferiore	5800	1.00
diploma corsi prof/media superiore	2214	2.17
laurea	75	2.67
IMPIEGO LAVORATIVO		
stabile	3300	1.00
saltuario	2581	1.97
studente	102	4.07
condizione non professionale	334	8.49
disoccupato	3460	3.36

Altre caratteristiche



Caratteristica in esame	N	OR aggiustati
CARCERE/PROBLEMI LEGALI PREC 12 MESI		
no	6765	1.00
sì	3012	0.63
HIV/AIDS		
no	8975	1.00
sì	802	1.71
ETA' AL PRIMO TRATTAMENTO SERT		
10-21 anni	3009	1.00
22-24 anni	2403	0.63
25-28 anni	2334	0.61
29-65 anni	2031	0.64
DURATA DELLA TOSSICODIPENDENZA ALL'ARRUOLAMENTO		
0-7 anni	2644	1.00
8-11 anni	2513	0.64
12-16 anni	2445	0.55
17-35 anni	2175	0.36

Uso di sostanze



Caratteristica in esame	N	OR aggiustati
USO DI CANNABIS		
no	6594	1.00
sì	3183	0.78
USO ALCOL		
no	4566	1.00
sì	5211	0.69
USO ANSIOLITICI/SEDATIVI		
no	8066	1.00
sì	1711	1.51
USO AMFETAMINE/ECSTASY		
no	9593	1.00
sì	184	1.74

Comportamenti a rischio-comorbidità



Caratteristica in esame	N	OR aggiustati
SCAMBIO DI SIRINGHE/STRUMENTI		
no	8068	1.00
sì	1709	1.38
RAPPORTI SESSUALI NON PROTETTI		
no	8428	1.00
sì	1349	0.61
COMORBIDITA' PSICHIATRICA		
no	8459	1.00
sì	1318	1.22

Sintomi precedenti l'uso di eroina



Caratteristica in esame	N	OR aggiustati*
PERDITA DI INTERESSI E DEPRESSIONE		
no	5060	1.00
sì	4717	1.55
COMPORAMENTI AUTOLESIVI		
no	8441	1.00
sì	1336	1.73
TENTATIVI DI SUICIDIO		
no	9141	1.00
sì	636	3.50
COMPORAMENTI ETERO-AGGRESSIVI		
no	7166	1.00
sì	2611	0.88
ALTERAZIONE PERCEZIONI/PENSIERO		
no	9280	1.00
sì	497	0.80
TRATTAMENTI E RICOVERI PSICHIATRICI		
no	9276	1.00
sì	501	1.20

Sintomi successivi all'uso di eroina

W F de U U F

Caratteristica in esame	N	OR aggiustati*
PERDITA DI INTERESSI E DEPRESSIONE		
no	1522	1.00
sì	8255	1.18
COMPORAMENTI AUTOLESIVI		
no	7162	1.00
sì	2615	1.50
TENTATIVI DI SUICIDIO		
no	8589	1.00
sì	1188	1.55
COMPORAMENTI ETERO-AGGRESSIVI		
no	6097	1.00
sì	3680	0.97
ALTERAZIONE PERCEZIONI/PENSIERO		
no	8324	1.00
sì	1453	0.98
TRATTAMENTI E RICOVERI PSICHIATRICI		
no	8912	1.00
sì	865	1.13

In sintesi



Le donne in VEdeTTE, rispetto agli uomini

- ❖ accedono al SerT in età più precoce ed hanno una storia di tossicodipendenza più breve
- ❖ sono più frequentemente coniugate-conviventi-separate-divorziate-vedove e più frequentemente vivono con i figli
- ❖ hanno un titolo di studio più elevato
- ❖ sono disoccupate o con occupazione non stabile
- ❖ scambiano siringhe e strumenti
- ❖ usano meno alcol e più ansiolitici
- ❖ sono HIV positive o in AIDS conclamato
- ❖ compiono reati meno frequentemente
- ❖ più frequentemente compiono tentativi di suicidio o manifestano comportamenti autolesivi

Analisi dei percorsi terapeutici



Metodologia di analisi:

I percorsi terapeutici sono stati analizzati per quanto riguarda

- le differenze tra maschi e femmine al 1° trattamento
- la proporzione di soggetti che, avendo avuto un esito positivo o negativo (concordato - non concordato) al primo trattamento, sono stati successivamente sottoposti ad un secondo trattamento

In questo modo sono stati costruiti
alberi di trattamento

Per mettere in evidenza le differenze uomini-donne per ogni percorso sono state calcolate
le probabilità condizionali

Primi trattamenti



COMUNITA' TERAPEUTICA

Uomini: 8.9%

Donne: 8.1%

MANTENIMENTO METADONICO

Uomini: 50.0%

Donne: 52.9%

SCALARE METADONICO

Uomini: 20.0%

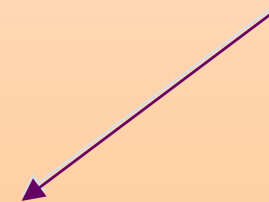
Donne: 18.5%

PSICOTERAPIA

Uomini: 2.7%

Donne: 4.5%

(differenza statisticamente significativa, $p=0.001$)



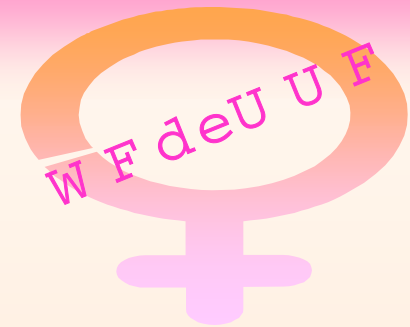
Percorsi terapeutici



Percorsi terapeutici più frequenti

Uomini					Donne				
1° ciclo	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	Prob	1° ciclo	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	Prob
MM	conc	MS	conc	0.089	MM	conc	MS	conc	0.105
MS	conc	MS	conc	0.035	MS	conc	MS	conc	0.027
MS	conc	MM	non conc	0.022	MM	conc	MS	in corso	0.022
MM	non conc	MM	non conc	0.020	MM	non conc	SSCO	in corso	0.020
MM	conc	MS	in corso	0.018	MM	non conc	MM	non conc	0.018
MM	non conc	MM	in corso	0.017	MM	conc	SSCO	in corso	0.018

Ritenzione in trattamento MM



Metodologia di analisi:

Le differenze nella ritenzione in Mantenimento con Metadone (MM) sono state analizzate utilizzando modelli di sopravvivenza

curve di Kaplan Meier (analisi univariata)

modello di Cox (analisi multivariata)

Sono stati utilizzati per l'analisi solo i primi cicli di trattamento MM iniziati nei primi 6 mesi dello studio (per fornire 1 anno di osservazione a tutti)

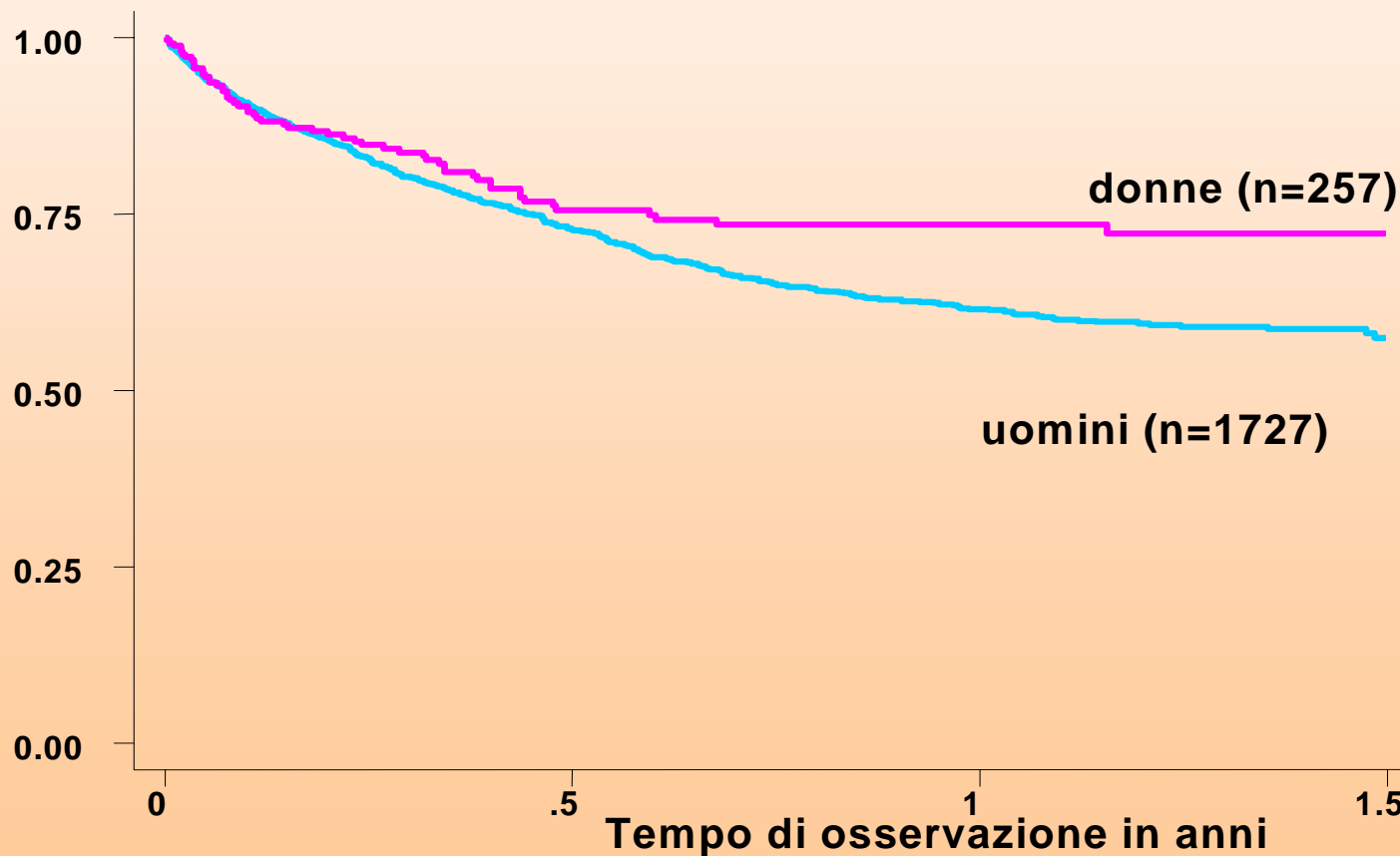
Con il modello di Cox multivariato si sono messi in evidenza

i fattori di rischio per l'abbandono del trattamento (stratificati per genere)

Curva di sopravvivenza KM



HR=0.71, p=0.015



Fattori di rischio per l'abbandono



Caratteristica in esame	UOMINI (n=1634)		DONNE (n=246)	
	HR aggiustati	p	HR aggiustati	p
LUNGHEZZA TOSSICODIPENDENZA				
<= 5 anni	1		1	
>= 6 anni	1.40	0.005	0.85	0.637
TITOLO DI STUDIO				
diploma/laurea	1		1	
media inf /element /nessuno	1.04	0.739	1.49	0.203
SISTEMAZIONE ABITATIVA				
con famiglia di origine	1		1	
con partner e/o figli	1.05	0.677	1.45	0.278
con amici/da solo/comunità	1.23	0.174	1.27	0.587
nessuna sistemaz stabile	1.93	0.009	11.0	0.004

* Gli Odd Ratios sono aggiustati per tutte le variabili presenti nel modello (3 tabelle)

Fattori di rischio per l'abbandono



Caratteristica in esame	UOMINI (n=1634)		DONNE (n=246)	
	HR aggiustati	p	HR aggiustati	p
CONDIZIONE LAVORATIVA				
stabile	1		1	
instabile	1.38	0.004	2.03	0.090
SCAMBIO SIRINGHE/STRUMENTI				
no	1		1	
sì	1.13	0.296	2.22	0.007
USO EROINA**				
no	1		1	
sì	1.62	<0.0001	1.80	0.075

* Gli Odd Ratios sono aggiustati per tutte le variabili presenti nel modello (3 tabelle)

* al momento dell'intervista

Fattori di rischio per l'abbandono



Caratteristica in esame	UOMINI (n=1634)		DONNE (n=246)	
	HR aggiustati	p	HR aggiustati	p
CARCERE PREC 12 MESI				
no	1		1	
sì	1.53	<0.0001	1.39	0.273
DOSE METADONE				
1-39 mg/die	1		1	
40-59 mg/die	0.78	0.023	0.64	0.182
> 60 mg/die	0.62	0.001	0.32	0.017
TRATTAMENTI CONCOMITANTI				
nessuno	1		1	
MM + altro	0.47	<0.0001	0.55	0.047
MM + altro + psicoterapia	0.30	<0.0001	0.33	0.073

* Gli Odd Ratios sono aggiustati per tutte le variabili presenti nel modello (3 tabelle)

Mortalità



I dati analizzati mostrano che

- Il tasso di mortalità per tutte le cause nella coorte VEdeTTE è inferiore nelle donne rispetto agli uomini
 - 8.4 per 1000 anni persona nelle donne
 - 12.7 per 1000 anni persona negli uomini

ma

- l'eccesso di mortalità per tutte le cause rispetto alla popolazione generale è di 23 volte per le donne e 7 per i maschi

Conclusioni (I)



Fattori di rischio

- ❖ Le donne più frequentemente degli uomini sono coniugate-conviventi-separate-divorziate-vedove e vivono con i figli
- ❖ Hanno una scolarizzazione più alta
- ❖ Sono disoccupate
- ❖ Hanno comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio più frequentemente degli uomini

Accesso ai Servizi

- ❖ accedono al SerT in età più precoce
- ❖ hanno una storia di tossicodipendenza più breve

Conclusioni (II)



Uso di sostanze

- ❖ Usano meno alcol e più ansiolitici

Altro

- ❖ Scambiano siringhe e strumenti più frequentemente degli uomini
- ❖ Compiono reati meno frequentemente
- ❖ Sono HIV positive o in AIDS conclamato più frequentemente degli uomini

Conclusioni (III)



Trattamenti

Le terapie sostitutive seguite da disintossicazione appaiono essere le più frequenti in entrambi i generi

TUTTAVIA

le donne mostrano maggior propensione ad effettuare

- terapie di sostegno
- psicoterapia

e.. sembrano avere una maggior capacità di concordare il trattamento rispetto agli uomini

Conclusioni (IV)



Ritenzione in trattamento di MM

Le donne abbandonano il trattamento di MM con minor frequenza, soprattutto dopo i primi 6 mesi

I fattori legati ad una maggiore gravità della tossicodipendenza, quali l'uso di eroina contemporaneo al trattamento e lo scambio di siringhe e quelli legati ad una gravità della situazione sociale (non avere sistemazione abitativa e condizione lavorativa stabile):



Influiscono sull'abbandono del trattamento in maggior misura nelle donne rispetto all'uomo

Conclusioni (V)



Ritenzione in trattamento di MM

I trattamenti associati hanno un effetto protettivo nei confronti dell'abbandono in entrambi i sessi, senza particolari differenze

mentre

Le dosi elevate di metadone hanno un effetto protettivo di entità decisamente più importante nelle donne

..... altri risultati nella
MONOGRAFIA "VEDETTE DONNE"

Raccomandazioni (I)



➤ Nella presa in carico clinica

Porre particolare attenzione all'anamnesi per comorbidità psichiatrica e rischio suicidiario o tentativi anticonservativi oltre che all'anamnesi personale e alle storie di vita che la letteratura indica come particolarmente traumatiche nelle donne rispetto agli uomini (abbandoni, traumi, maltrattamenti)

Raccomandazioni (II)



➤ Per quanto riguarda il trattamento

Tener conto del fatto che si ottiene un buon grado di stabilizzazione utilizzando dosi di metadone adeguate

**Tener conto del fatto che le donne hanno maggior propensione ad aderire ai trattamenti di sostegno-
accompagnamento e psicoterapia rispetto agli uomini**

Raccomandazioni (III)



E' inoltre necessario tenere debitamente conto delle caratteristiche specifiche e differenziate dello sviluppo psicologico femminile, sia rispetto alla singola paziente che rispetto alle rappresentazioni sociali collettive (anche la nostra cultura scientifica), caratterizzate, da una "...unilateralità ipertrofica maschile patriarcale..." (E. NEUMANN: "La psicologia femminile")



**SI PONE LA QUESTIONE DELLA CREAZIONE
DI CONTESTI DI CURA MAGGIORMENTE ATTENTI
ALLA SPECIFICITÀ FEMMINILE E NON
~~GENDER BLIND~~**