



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia

Corso di laurea in Psicologia di Comunità, Promozione del Benessere e  
del Cambiamento Sociale

Tesi di laurea Magistrale

**Comunità protettive: il  
contributo del supporto tra pari  
nella prevenzione delle morti da  
overdose post detenzione**

Protective Communities: The Contribution of Peer Support in Preventing Post-  
Release Overdose Deaths

*Relatore: Prof. Alessio Vieno*

*Laureanda: Valentina Ginori*

*Matricola: 2020985*

Anno Accademico 2023/2024

*“Io sono lo smarrimento dell’oblio,  
un’ancora senza pace,  
sono una ferita con sembianze umane”*

*“Quando nella stanza si fa un po’ di luce  
E il rumore delle chiavi si trasformano in parole,  
so che oggi è già domani.  
Quando senti i tetri sospiri del dolore delle quattro mura,  
allora sai che non c’è altra felicità che rimanga per te,  
perché oggi è già domani.”*

Poesie Recluse - Blocco C - Casa Circondariale di Torino

## **Abstract**

L'oggetto di indagine del presente elaborato è che il rischio di mortalità aumenta notevolmente quando le persone vengono rilasciate dalla prigione; questo vale per tutte le cause di morte, ma in particolare per i decessi dovuti a overdose da droghe (EMCDDA, 2020). Da tale fenomeno nasce il Progetto Ri.Da.Re., un'osservazione partecipata nel Carcere di Torino, dove sono state sviluppate attività di Riduzione Del Danno e Supporto Tra Pari. L'obiettivo della ricerca è stato quello di valutare l'efficacia del supporto tra pari nella prevenzione delle morti da overdose post-scarcerazione e, più in generale, dei danni legati al consumo di sostanze e alla condizione di detenzione. A causa della breve durata del progetto torinese, non è stato possibile ottenere risultati scientificamente rigorosi. Pertanto, l'analisi che segue si basa sulla letteratura disponibile per rispondere alla domanda di ricerca. Gli studi esaminati indicano che il *Peer Support* e, in particolare, i *Naloxone Training*, sono strumenti efficaci nella prevenzione delle morti da overdose. Inoltre, queste pratiche apportano benefici anche nelle aree psico-sociali, incrementando il senso di auto-efficacia e creando comunità più solidali e rispettose, capaci di rispondere ai bisogni degli individui coinvolti. In sintesi, la realizzazione di training, la distribuzione di kit di naloxone e altri beni di prima necessità, insieme alle iniziative di formazione e orientamento, rappresentano interventi concreti che possono migliorare la qualità della vita delle persone detenute. Questi interventi favoriscono una transizione più sicura e supportata verso la vita fuori dal carcere, promuovendo la salute, il benessere e la riduzione dei rischi per individui vulnerabili, contribuendo così a una società più inclusiva e solidale.

## ***Abstract in English***

*The focus of this study is that the risk of mortality increases significantly when people are released from prison; this applies to all causes of death, but particularly to deaths due to drug overdoses (EMCDDA, 2020). From this phenomenon arises the Ri.Da.Re. Project, a participatory observation in the Turin Prison, where Harm Reduction and Peer Support activities were developed. The aim of the research was to evaluate the effectiveness of peer support in preventing post-release overdose deaths and, more generally, the harms associated with substance use and the condition of detention. Due to the short duration of the Turin project, it was not possible to obtain scientifically rigorous results. Therefore, the following analysis is based on the available literature to answer the research question. The studies examined indicate that Peer Support and, in particular, Naloxone Training, are effective tools in preventing overdose deaths. Moreover, these practices also bring benefits in psycho-social areas, increasing the sense of self-efficacy and creating more supportive and respectful communities capable of responding to the needs of the individuals involved. In summary, the implementation of training, the distribution of naloxone kits and other essential goods, along with training and orientation initiatives, represent concrete interventions that can improve the quality of life of incarcerated people. These interventions facilitate a safer and more supported transition to life outside prison, promoting health, well-being, and risk reduction for vulnerable individuals, thereby contributing to a more inclusive and supportive society.*

<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<i>Abstract in English</i>	4
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>7</b>
<b>PRIMO CAPITOLO</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Modelli teorici all’approccio delle dipendenze</b>	<b>9</b>
1.1.1. Il Modello Proibizionista	10
1.1.2. Il modello morale ed il modello medico	13
<b>1.2. La Riduzione del danno</b>	<b>16</b>
1.2.1. Storia	17
1.2.2. Elementi teorici	17
<b>1.3. Definizioni</b>	<b>19</b>
1.3.1. Uso, Abuso e Dipendenza (DUS)	19
1.3.2. Il concetto di droga	21
1.3.3. Drug Set and Setting	22
<b>CAPITOLO 2</b>	<b>24</b>
<b>2.1. L’epidemiologia carceraria in Europa e in Italia</b>	<b>24</b>
2.1.1. Capienza delle carceri, sovraffollamento e reati prevalenti	25
2.1.2. I profili psico-sociali delle persone detenute per reati droga-correlati	28
2.1.3. Prevalenza del consumo di oppioidi in carcere e impatto del fenomeno delle overdose post scarcerazione	31
<b>2.2 Il fenomeno delle morti da overdose post carcerazione</b>	<b>33</b>
2.2.1. L’analisi del fenomeno delle morti da overdose post carcerazione attraverso il modello Biopsicosociale: la biologia di un’overdose	34
2.2.2. I Fattori psicologici coinvolti nelle overdose post-scarcerazione	39
2.2.3. Fattori sociali che influenzano questo fenomeno nel Modello Biopsicosociale	43
<b>2.3. Focus sulle donne detenute che usano sostanze</b>	<b>49</b>
2.3.1. Profili socio psico sanitari	51
<b>CAPITOLO 3</b>	<b>56</b>
<b>3.1. Il Peer Support</b>	<b>56</b>
3.1.1. Peer Support nella riduzione del danno	59
3.1.2. Take Home Naloxone Programs	61
3.1.3. Il Peer Support nei contesti carcerari	65
3.2.2. Barriere strutturali per l’accesso ai Naloxone Training	67
<b>3.2. Alcuni esempi di Naloxone Training europei</b>	<b>70</b>

<b>3.3.1. Il caso scozzese</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>82</b>

## INTRODUZIONE

Durante l'anno 2023, nella casa circondariale Lorusso e Cutugno di Torino, è stato sviluppato il progetto Ri.Da.Re. (Riduzione Del Danno in Rete). Questo progetto, elaborato dalla sottoscritta durante il tirocinio pre-lauream, si basa su un'osservazione partecipata del contesto in questione volta alla progettazione, strutturazione e realizzazione di un servizio di accompagnamento all'uscita e prevenzione delle morti da overdose post-scarcerazione, con un'ottica di riduzione del danno. La collaborazione tra l'Associazione L'Isola di Arran ODV e il Servizio per le Dipendenze interno al carcere ha permesso di coinvolgere alcuni detenuti autodichiarati come dipendenti da sostanze, residenti nelle sezioni maschili e femminili, in attività di prevenzione dei danni fisici, sociali e psicologici legati al consumo di sostanze e alla loro presenza nel circuito carcerario, utilizzando l'approccio del supporto tra pari e della Riduzione Del Danno.

Il progetto ha permesso di effettuare un'analisi approfondita dei bisogni e del contesto che coinvolgesse le stesse persone detenute e diverse figure professionali, tra cui educatori, assistenti sociali e psicologi. Queste figure hanno collaborato per elaborare un progetto di prevenzione delle morti post-carcerarie e per sviluppare un senso di comunità sia interno che esterno al carcere. Per contribuire ulteriormente alla crescita del progetto, è stato necessario approfondire i contributi scientifici a sostegno di tale proposta. Da questa esigenza nasce la presente tesi magistrale.

La personale necessità di affrontare questo tema a livello pratico, con il tirocinio formativo, ed a livello teorico, con lo studio della letteratura disponibile, ritrova nell'amore per la Riduzione Del Danno, per la comunità e per la libertà la sua linfa vitale. L'esperienza come operatrice nell'Unità di Strada di Genova, di attivista per i Diritti delle Donne e della comunità LGBTQ+ che usano sostanze tramite il collettivo Chemical Sisters, e i vari anni di impegno e partecipazione nel mondo della Riduzione Del Danno, mi ha permesso di avere un'esperienza diretta di un approccio socio-sanitario rispettoso della dignità umana, libero dai giudizi e comunitario, unico nel suo genere e fortemente denigrato dalle politiche sociali.

Seppur esistano varie linee guida e diritti di tutela delle persone detenute l'ambiente carcerario rimane un inferno terrestre, dove è implacabile il circolo di violenza e disprezzo tra esseri umani. Aver avuto esperienza diretta di un luogo così socialmente

deteriorato e ignorato è stata un'occasione unica per analizzare la società moderna nella sua interezza e osservarne le contraddizioni strutturali, ampiamente trattate in questo elaborato, che alimentano e perpetuano l'oppressione di quegli esseri umani che ne sono direttamente toccati. A partire dalle persone detenute, fino al personale penitenziario e a quello sanitario che lavorano all'interno del carcere. L'analisi di tali condizioni, portata avanti con questo elaborato, è stata utile nel trovare delle basi teoriche a supporto dell'esperienza vissuta. Esse, seppur con ovvie limitazioni numeriche, rappresentano una base importante per un'analisi critica dell'istituzione carceraria e per l'implementazione di interventi volti al benessere personale delle soggettività coinvolte e della comunità nella sua interezza.

A tal proposito, vorrei introdurre tale analisi citando una frase di bell hooks che, a mio parere, descrive la maggioranza delle opinioni e sentimenti convenzionalmente legati al luogo del carcere e che rappresenta il *fil rouge* con cui è stata costruita e pensata l'analisi critica di tale studio. hooks (2014) scrive: "La maggior parte delle persone guarda altrove quando passa davanti a una prigione, un cimitero o una discarica. La natura umana è così". Come i cimiteri possono essere visti come luoghi di riconciliazione per gli spiriti e le discariche come luoghi di trasformazione per i rifiuti, anche le prigioni possono essere considerate spazi dove donne e uomini, pur essendo vivi, sono spesso trattati come rifiuti umani. Tuttavia, la maggior parte di loro alla fine esce da questi luoghi. Per la collettività, però, c'è ancora resistenza nel considerare il carcere come parte integrante ed influente nella nostra comunità. Come società e come operatori-promotori del benessere sociale è fondamentale che gli sforzi del nostro lavoro e del nostro studio siano rivolti alle persone che attraversano questi luoghi dimenticati e che l'impegno nella salute mentale e comunitaria sia diretto a promuovere alternative alla reclusione, che sono possibili e necessarie.

La domanda di ricerca su cui si basa questa analisi è la valutazione dell'efficacia dello strumento del supporto tra pari e dell'approccio della riduzione del danno nella prevenzione delle morti da overdose post-scarcerazione. Questo tema è particolarmente rilevante poiché le overdose, in particolare da oppioidi rappresentano ancora una delle principali cause di morte tra i soggetti appena rilasciati dal carcere, nonostante l'esistenza di farmaci salvavita, come il naloxone, in grado di invertire gli effetti dell'overdose e salvare vite umane.

A tal proposito, il presente elaborato si apre con un capitolo iniziale che esplora i modelli teorici delle dipendenze e il loro impatto sugli approcci adottati per affrontare il problema. In particolare, si analizzano i principali modelli teorici: il modello proibizionista, il modello morale e il modello medico. Successivamente, si passa a una descrizione dettagliata della pratica della riduzione del danno, trattandone gli elementi teorici fondamentali e le definizioni chiave. Questo capitolo fornisce una base teorica solida per comprendere il mondo delle sostanze con un'ottica di riduzione del danno, un approccio pragmatico che mira a minimizzare i rischi e i danni associati all'uso di droghe.

Il secondo capitolo si concentra sul fenomeno delle morti da overdose post-scarcerazione, analizzando il contesto carcerario, i profili psico-sociali delle persone detenute per reati droga-correlati e i fattori che influenzano le overdose dopo il rilascio. Un focus particolare viene posto sulle specificità di genere, esaminando come le donne siano influenzate in modo diverso rispetto agli uomini.

Il terzo capitolo esplora l'importanza del supporto tra pari come strumento di prevenzione delle morti da overdose nell'ambiente carcerario. Si discutono esempi di programmi di naloxone training nel mondo, con un'attenzione particolare alle barriere strutturali che limitano l'accesso a questi programmi e agli esempi europei, come il progetto scozzese *My First 48 Hours Out*.

Infine, nonostante le limitazioni temporali e contestuali che impediscono una ricerca scientificamente rigorosa, nell'ultimo capitolo vengono descritte le fasi di realizzazione ed implementazione del progetto *Ri.Da.Re.*, effettuato nella casa circondariale di Torino, analizzando il contesto specifico di tale struttura, delle sue limitazioni e particolarità. Verrà infine descritto il percorso di *Peer Support* effettuato nella sezione femminile del carcere, descrivendone le componenti ed evoluzioni.

# **PRIMO CAPITOLO**

## **1.1. Modelli teorici all'approccio delle dipendenze**

L'uso di sostanze psicoattive è da sempre inscindibilmente intersecato alla storia dell'essere umano. Facendo un salto sulla linea temporale, dall'utilizzo di sostanze ritualistico delle popolazioni indigene dell'amazzonia (Grob et al.,1996), a quello dei veterani della guerra del Vietnam con i successivi studi a riguardo, sino a quello ludico-ricreativo osservabile nei contesti del divertimento contemporanei, non si può che sottolineare come l'assunzione di sostanze sia notevolmente cambiata nel tempo (e come sia sempre stata diversificata nello spazio). Le droghe, siano esse legali o illegali, possono avere un impatto significativo sulla salute e sul benessere degli individui e delle comunità. Dagli inizi del XX secolo, questo tema è entrato a far parte del dibattito pubblico e politico. In particolare, le politiche si sono concentrate sul controllo della circolazione delle sostanze e dell'uso che ne consegue.

### **1.1.1. Il Modello Proibizionista**

Negli Stati Uniti, a partire dai primi anni del Novecento, ha preso forma l'approccio proibizionista verso l'uso di sostanze stupefacenti. Questo approccio si fonda sull'idea che le droghe siano intrinsecamente pericolose e debbano essere criminalizzate, relegandole alla sfera dell'illegalità. Si tratta di una politica che prevede la criminalizzazione del possesso, della produzione e del commercio di droghe (Marlatt, 1996). Tuttavia, nonostante l'adozione diffusa di questo approccio nel corso dell'ultimo secolo e la sua dominanza geografica, si è sviluppata una critica significativa da parte degli studiosi delle dipendenze e della società civile. Tale critica mira a superarne i limiti e, in alcuni casi, a proporre una sua radicale riforma.

Uno dei principali limiti dell'approccio proibizionista riguarda la sua inefficacia nel ridurre effettivamente il consumo di sostanze stupefacenti. Nonostante l'obiettivo primario sia quello di dissuadere le persone dall'uso di droghe, le evidenze indicano che la criminalizzazione non sia sufficiente a raggiungere questo scopo. Anzi, in alcuni casi, può persino aumentare l'attrattiva dell'illegalità e alimentare un ciclo di dipendenza

difficile da interrompere (Buchanan & Young, 2000). Le politiche proibizioniste adottate negli ultimi decenni del XX secolo hanno mostrato un impatto limitato sull'uso generalizzato di droghe. Studi condotti su *trend* di consumo durante questo periodo indicano un aumento dell'uso di sostanze stupefacenti, soprattutto tra i giovani. Ad esempio, un'analisi condotta tra gli studenti delle scuole nel Nord-Ovest dell'Inghilterra ha rivelato che circa il 64% aveva sperimentato l'uso di una sostanza illecita intorno all'età di 18 anni (Parker et al., 1998). Allo stesso modo, secondo il British Crime Survey del 1998, circa il 16% delle persone tra i 16 e i 29 anni aveva fatto uso di droghe illegali nel mese precedente (Ramsay & Partridge, 1999). Questi dati evidenziano un trend di crescita costante dell'uso di droghe a partire dalla metà degli anni '80 fino alla fine degli anni '90, con un aumento significativo delle segnalazioni di consumo di eroina.

Un ulteriore grave limite dell'approccio proibizionista a consumo di droga è rappresentato dalla violenza fisica, psicologica e sociale che ne deriva. Esso contribuisce a creare un circolo vizioso di abusi e criminalità che mina l'incolumità pubblica e la coesione sociale, con conseguenze impattanti sulla salute ed il benessere degli individui che consumano sostanze. La criminalizzazione delle droghe, infatti, crea un ambiente favorevole alla proliferazione di comportamenti violenti dovuti sia dalle pratiche legale all'esercizio della legge, sia dal mercato nero che si crea conseguentemente. La risposta primaria ai danni associati all'uso illecito di droghe, in particolare per via iniettiva, nella maggior parte dei contesti coinvolge l'intensificazione delle pratiche burocratiche e legali nel tentativo di limitare l'offerta e l'uso di droghe (Kerr, Small, & Wood, 2005). Vari studi hanno rilevato un frequente esercizio di soprusi sui consumatori di sostanze. Ad esempio, Milliken (1998) e di Pollanen e collaboratori (1998) hanno effettuato una ricerca sulle morti in stato di delirio eccitato, indagate dall'Ufficio del Coroner Capo dell'Ontario tra il 1988 e il 1995. Le analisi tossicologiche effettuate post-mortem sugli individui coinvolti nella ricerca hanno registrato che la maggior parte di essi fosse sotto effetto di cocaina al momento del decesso. Gli autori hanno ricondotto lo stato di eccitazione e di delirio agli effetti neurobiologici caratteristici dell'assunzione di questa sostanza. Inoltre, questa ricerca pone in rilievo le modalità adottate dai corpi di polizia. Con “pratiche a mani nude” ci rifacciamo a perquisizioni fisiche, pratiche di neutralizzazione fisica (Syker & Ma7za, 1957), strozzature, e altri metodi indiretti di incapacitazione fisica, come l'uso di pistole stordenti o spray al peperoncino (Milliken, 1998; Pollanen, Chiasson, Cairns, &

Young, 1998). Queste modalità incrementano notevolmente le possibilità di danni fisici sia per le persone che usano sostanze che per gli agenti di polizia coinvolti (Small et al., 2006). La messa in atto di queste pratiche è stata riscontrata anche da Ross che nel 2002 ha effettuato uno studio sul consumo di droga e i rischi associati in una popolazione di consumatori e trafficanti nella strada centrale Calle 19 di Bogotá, in Colombia. La violenza è emersa come un tema centrale dello stile di vita della vendita di droghe di strada, in particolare quella causata dai comportamenti criminali legati al traffico illegale di sostanze. Anche dalla systematic-review di Werb e collaboratori del 2011 si evince che l'applicazione della legge sulle droghe difficilmente ridurrà la violenza all'interno del mercato della droga. Al contrario, la base di prove esistenti suggerisce che la violenza armata e gli alti tassi di omicidio possono essere una conseguenza inevitabile della proibizione delle droghe e che la destabilizzazione dei mercati ad esse correlati possa paradossalmente aumentare la brutalità che ne consegue (Werb et al., 2011). Nel contesto delle politiche sulle droghe, la violenza generata dal proibizionismo emerge come un limite cruciale di questo approccio, evidenziando la necessità di considerare alternative che riducano i rischi associati alla *War On Drugs* (termine utilizzato da Nixon nella campagna del governo federale statunitense per la proibizione delle droghe) e promuovano soluzioni alla violenza sulle persone che usano sostanze.

Le politiche proibizioniste, inoltre, contribuiscono alla perpetrazione dello stigma sociale (Goffmann, 1972) nei confronti dei consumatori di droghe. La criminalizzazione dell'uso di sostanze stupefacenti può portare, infatti, alla discriminazione ed all'emarginazione delle persone che ne fanno uso, anziché offrire loro il supporto e l'assistenza necessari per affrontare eventuali difficoltà legate al loro consumo. Alcuni autori, come Ashton (1992), hanno osservato che la guerra alle droghe potrebbe essere più accuratamente descritta come una "guerra alle persone che usano droghe" (Buchanan & Young, 2000). Questo ha conseguenze impattanti soprattutto sulla popolazione giovanile le quali, in alcuni casi, considerano l'uso ricreativo di certe sostanze, come cannabis o ecstasy, un'attività "normalizzata", nonostante la sua illegalità (Parker et al., 1998). La conseguenza più dannosa è la criminalizzazione di vasti strati della società. Nel 1998, ad esempio, 115.232 persone sono state trovate colpevoli, ammonite, multate o trattate nel sistema di giustizia penale per il possesso illegale di droghe (Corkery, 2000, p. 40). Oltre a ciò, il processo di criminalizzazione della *War On Drugs*, condiziona fortemente la salute dei consumatori, in particolare per i consumatori di oppioidi

(Hartnoll, 1994), che rimangono spesso paralizzati in un circolo di stigmatizzazione, emarginazione ed isolamento sociale. Gli autori Buchanan e Young (2000) basandosi su tre studi di ricerca qualitativa che coinvolgono 200 utenti problematici nei confronti del proprio consumo nel Merseyside. Il consumo problematico, che verrà definito più approfonditamente nel paragrafo 1.2.1., viene definito come uno “*step*” precedente allo stato di dipendenza in cui vi è un’assunzione abituale di sostanze controllata, che non comporta conseguenze dannose nello stile di vita e di salute della persona. Gli autori hanno evidenziato questa situazione basandosi sui risultati dei loro studi qualitativi condotti con utenti problematici di droga. Attraverso queste ricerche, hanno osservato che la politica britannica sulla droga degli anni '80 ha contribuito a perpetuare la discriminazione nei confronti delle persone che consumano droghe anziché fornire loro un sostegno adeguato. Questa osservazione è stata supportata dalle esperienze e dai racconti dei partecipanti allo studio, che hanno evidenziato il modo in cui le politiche governative hanno influenzato negativamente la percezione e il trattamento dei consumatori di droghe nella società. Esse, in particolare quando si trovano in uno stato di dipendenza, oltre a dover superare le difficoltà di questa condizione problematica, devono inoltre superare varie barriere sociali. Dal loro studio risulta che la discriminazione subita da questa categoria sociale abbia portato molti degli individui qui considerati ad interiorizzare sentimenti di colpa ad inadeguatezza rispetto agli *standard* societari, percependosi *in primis* come etichettati, scartati e isolati dalla società (Buchanan & Young, 2000). Lo stigma subito effettivamente e percepito dalle persone che consumano sostanze può ostacolare l'accesso ai servizi sanitari e di supporto per coloro che ne hanno bisogno. Le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti potrebbero essere riluttanti rispetto al cercare assistenza per paura di essere perseguitate legalmente o stigmatizzate socialmente. Di conseguenza va delineandosi il paradosso per il quale è il proibizionismo stesso che può impedire ai consumatori di droghe di accedere a trattamenti efficaci ed alla prevenzione delle malattie consumo-correlate, aumentando il rischio di danni per la salute pubblica. Queste condizioni rappresentano uno stato di vulnerabilità e fragilità estremamente compromettente e limitante per la salute delle persone che usano sostanze.

### 1.1.2. Il modello morale ed il modello medico

Lo psicologo clinico pioniere della Riduzione Del Danno Gordon Alan Marlatt nel 1996 ha realizzato una serie di studi ed analisi dei vari modelli teorici di approccio alle dipendenze, evidenziando i vantaggi di questa pratica d'avanguardia. L'analisi effettuata dallo studioso risulta di grande interesse agli scopi di questa tesi perché fornisce una visione ad ampio spettro sui vari approcci teorici che storicamente hanno guidato le discussioni in materia di politiche sulle sostanze e salute pubblica. Inoltre, essa fornisce anche una mappatura geografica, storica e politica delle modalità con cui si è cercato di affrontare questo fenomeno. Lo studioso identificò tre modelli teorici su cui si basano gli approcci alle dipendenze che verranno spiegati successivamente. Essi sono il modello morale, il modello medico ed infine quello della riduzione del danno (Marlatt,1996). I primi due modelli, quello morale e quello medico, provengono storicamente dal continente oltreoceano, gli Stati Uniti, che negli anni sono stati pionieri delle politiche di controllo sulle droghe, caratterizzate da uno stampo prettamente proibizionista.

Per il modello morale la dipendenza è una conseguenza di una debolezza morale ed il consumo e possesso di sostanze viene visto come un reato nei confronti dello Stato, da affrontare tramite un approccio punitivo. Per quanto riguarda l'approccio medico le persone con una dipendenza vengono considerate malate da curare attraverso interventi sanitari. Per il modello della Riduzione Del Danno, invece, il consumo di sostanze è un comportamento complesso che non può estinguersi esclusivamente tramite la privazione dell'oggetto d'interesse. L'obiettivo è ridurre i rischi e i danni associati al consumo di droga, offrendo alternative realistiche che non riguardano soltanto l'astinenza completa. Analizzeremo nel dettaglio questi approcci qui di seguito.

Nel modello morale, l'uso illegale di droghe e/o la loro distribuzione è visto come un atto di "debolezza morale" e quindi come un crimine meritevole di punizione (Marlatt, 1996). La sanità, dunque, in collaborazione con la giustizia penale, persegue la cosiddetta "War on Drug", con il fine di sviluppare una società libera da essa, concentrandosi sulla riduzione dell'offerta del mercato. Gli obiettivi illusori principali dei programmi che adottano tale approccio, come le agenzie federali con programmi di controllo, come ad esempio la *Drug Enforcement Agency* degli Stati Uniti, è quello di minimizzare la presenza delle droghe nel mercato attraverso l'arresto di venditori e consumatori. Conseguenza naturale di questo modello vi è il sovraffollamento delle carceri dovuto

all'elevato numero di persone detenute per reati droga-correlati; a dimostrazione di ciò, in uno studio recente (Eatmon, 2022) è emerso che più del 50% delle persone attualmente incarcerate sono in prigione per questo motivo.

Il secondo approccio definito dall'autore viene chiamato modello medico, o *disease*. Partendo dalla definizione del concetto di dipendenza e vedendola come una malattia, in questo secondo modello il consumatore viene visto come un malato che, a causa di un'infermità di origine biologica e/o genetica, necessita di un trattamento e di un percorso riabilitativo che abbia come scopo la sua guarigione e che avvenga solo attraverso l'astinenza totale dall'uso (Marlett, 1996). Se per il primo approccio l'obiettivo era quello di "ridurre l'offerta" del mercato, in questo caso la finalità è quella di "ridurre la domanda" da parte dei consumatori attraverso la creazione di percorsi terapeutici che si concentrino principalmente sulla "riduzione dell'uso" da parte di chi consuma sostanze. Il rischio di questo modello è che, agendo nella prospettiva del "tutto o niente" ("astinente o dipendente"), i consumatori vengano passivizzati e stigmatizzati, relegando l'approccio della Riduzione Del Danno a una sorta di "ultima chance per cronici" (Zuffa, Ronconi, 2017, p.16).

Appare chiaro come i due approcci, seppur provenienti dal medesimo paese, siano intrinsecamente contrastanti. Il primo si concentra sul mercato delle sostanze, mentre il secondo adotta una prospettiva che passivizza l'utente, concependo l'uso di sostanze come una malattia genetica da cui è necessario guarire e allontanarsi. Nonostante queste differenze però questi modelli condividono un principio significativo: l'insistenza sull'astinenza totale come unico obiettivo accettabile sia per l'incarcerazione che per il trattamento (Marlatt, 1996). Infatti, la politica "*zero tolerance*" (Tolleranza Zero) adottata dagli Stati Uniti vede un qualsiasi uso illegale di droghe come intollerabile, sia il consumo saltuario di cannabis che l'iniezione endovenosa di eroina, e pone come prerequisito ai programmi di trattamento l'astinenza, innescando un paradosso terapeutico dove la persona che consuma sostanze deve quindi astenersi in modo continuativo prima di poter accedere ai servizi che si occupano proprio del mantenimento dell'astinenza, questo al fine di dimostrare di meritare la fiducia del terapeuta e di avere abbastanza motivazione da riuscire a rispettare "l'impegno preso" (Cacciamani, 2023).

La riduzione del danno, ovvero il terzo modello proposto dello studioso, affonda le sue radici filosofiche nel pragmatismo, e, con la sua compatibilità ad un approccio di salute pubblica, offre un'alternativa pratica sia al modello morale che a quello della

malattia, spostando l'attenzione dall'uso di droghe stesso alle conseguenze o agli effetti del comportamento di dipendenza (Marlatt, 1996).

Nel panorama della ricerca, emergono evidenze a sostegno dell'efficacia dei progetti di ricerca-intervento intensivi su piccola scala con comunità multiproblematiche come strumenti economicamente vantaggiosi per identificare comportamenti a rischio e favorire cambiamenti significativi (Werb et al., 2011). Questi progetti facilitano il contatto tra la popolazione target e le strutture della società circostante, incoraggiando l'emergere di leader naturali come agenti di cambiamento e influenzando le politiche a livello locale e nazionale.

Tuttavia, la comprensione di questo concetto richiede un'analisi più approfondita. In particolare, è importante definire chiaramente cosa si intende per "progetti di ricerca-intervento intensivi su piccola scala con comunità multiproblematiche". Si tratta di iniziative che operano a livello locale, concentrando le risorse su gruppi specifici all'interno della società che affrontano molteplici sfide, tra cui la dipendenza da sostanze.

La Riduzione del Danno (RdD) rappresenta un esempio concreto di come questo approccio possa essere attuato. Esso si è affermato come alternativa al proibizionismo, riconoscendo la complessità del comportamento umano legato al consumo di droghe e promuovendo una strategia basata sulla riduzione dei rischi e dei danni associati (Werb et al., 2011). Questo approccio offre alternative realistiche all'astinenza completa, riconoscendo che tale obiettivo potrebbe non essere raggiungibile per tutti gli individui coinvolti.

In conclusione, i progetti di ricerca-intervento intensivi su piccola scala con comunità multiproblematiche, insieme all'adozione dell'approccio della Riduzione del Danno, rappresentano strategie cruciali per affrontare le sfide legate al consumo di sostanze e promuovere cambiamenti positivi nelle comunità ad alto rischio. Questi, insieme alla pratica della sua essenza, saranno oggetto del seguente paragrafo.

## 1.2. La Riduzione del danno

La Riduzione del Danno, in inglese *Harm Reduction*, anche chiamata Limitazione Dei Rischi (Newcombe, 1994, p. 9), rappresenta una prospettiva teorica e pragmatica nel campo del trattamento delle dipendenze e del consumo di sostanze che, a differenza delle tradizionali strategie d'intervento, non mira all'astinenza totale del consumatore ma ha come obiettivo la minimizzazione dei rischi legati al consumo delle stesse attraverso un'ottica non giudicante della persona. Originariamente concepita come risposta pratica ai rischi legati all'uso di sostanze psicoattive, e alle diffuse morti da overdose degli anni '80 e a venire, essa si compone di pratiche che, attraverso la diffusione di informazioni di stampo socio-sanitario, la distribuzione di siringhe sterile e altro materiale per il consumo di oppioidi, preservativi per la limitazione della trasmissione di Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST), trovano una valida alternativa al tema del consumo di sostanze. Al fine di ridurre i contagi avendo garanzia di raggiungere la popolazione *target*, il passaggio dei messaggi informativi arriva dai consumatori stessi, direttamente nei loro contesti di consumo, solitamente, quindi, nelle strade. Questi "portavoce", chiamati "Pari" o "Peer" diventano delle vere e proprie fonti di stimolazione al consumo consapevole, e attraverso la pratica della *Peer Education* (Educazione Tra Pari) promuovono l'adozione di comportamenti di prevenzione dei rischi legati al consumo di sostanze. Gli interventi spaziano dalla distribuzione di kit di riduzione del danno (contenenti preservativi e/o materiali sterili per il consumo), ad azioni di *advocacy* e sostegno socio-psicologico delle persone che usano sostanze. Essendo questi interventi praticati da persone direttamente coinvolte, esse acquistano una maggiore credibilità agli occhi dei loro interlocutori e, risultando maggiormente credibili, aumentano la probabilità che le competenze e conoscenze vengano apprese. Esse, stimolando l'adozione di norme di prevenzione della salute psico-fisica-sociale, riducono simultaneamente i danni sociali e sanitari legati al mondo delle droghe. Queste azioni pratiche ed accoglienti con il tempo hanno dato forma ad una vera e propria metodologia d'intervento chiamata "bassa soglia". Essa si costruisce attraverso rapporti di fiducia informali ed intenzionali che, tramite un'ottica non giudicante, massimizzano l'accessibilità di questi servizi e facilitano la richiesta di aiuto. Il titolo del libro scelto da Marlatt nel 1996 "*Come as you are*" (Arriva come sei) racchiude in sé il significato fondamentale dell'approccio della Riduzione Del Danno: un approccio accogliente e comprensivo all'uso di sostanze, dove vengono minimizzati gli

sforzi di richiesta di aiuto da parte della persona, supportando ed incontrandola “così come è”.

### **1.2.1. Storia**

La prima conferenza internazionale sulla Riduzione Del Danno, dove ne è stato coniato il nome, si tenne a Liverpool, in Inghilterra, con il patrocinio della *Merseyside Health Authority*, nel 1990 (O'Hare, Newcombe, Matthews, Buning & Drucker, 1992) e mise in evidenza i limiti degli approcci proibizionisti in vigore all'epoca. Come anticipato precedentemente, queste politiche guardavano la Riduzione Del Danno con diffidenza, sostenendo che fosse, invece, un incentivo al consumo di sostanze. Nonostante la presenza di politiche e approcci contrastanti, la crescente preoccupazione per il problema sanitario legato al consumo di sostanze fece emergere la necessità di intervenire efficacemente e in modo realistico per rispondere omogeneamente al dibattito sulla droga a livello europeo. Nasce così nel 1993 l'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), un'agenzia decentrata dell'Unione Europea (UE) con l'obiettivo di comprendere la natura dei problemi legati alla droga dando una risposta omogenea al dibattito su di essa (EMCDDA, 2009). Nel 1994 sottoscrive i quattro pilastri delle politiche sulle droghe in Europa che sono: prevenzione, terapia, riduzione dei danni e repressione. (EMCDDA, 2024). Nonostante l'importanza di un approccio integrato e pragmatico al consumo di sostanze fosse già da quegli anni chiaramente evidenziata, le politiche socio-sanitarie hanno, per la maggior parte, mantenuto il tradizionale metodo proibizionista, ponendo forti resistenze “etiche” all'integrazione in esse di pratiche di Riduzione Del Danno. A trent'anni di distanza dalla creazione di questo organo e della prima conferenza, Venerdì 22 Marzo 2024, in occasione della 67° sessione della Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite (CND), è stata approvata una risoluzione che include esplicitamente la Riduzione Del Danno tra le azioni utili a risolvere le morti ed i danni socio-sanitari correlati al mondo delle droghe. Questo rappresenta uno storico passo avanti in cui, per la prima volta, viene espressa formalmente una critica e messa in discussione dell'approccio proibizionista statunitense storicamente praticato.

### 1.2.2. Elementi teorici

Nell'ambito della ricerca sulla Riduzione Del Danno, comprendere i principi teorici è cruciale per poterne valutare l'efficacia e la rilevanza. In un articolo del 1998, Stimson (1998) ne teorizza per la prima volta alcuni elementi teorici, classificando quattro elementi chiave, ricordati attraverso l'acronimo inglese ACME (fig.1):

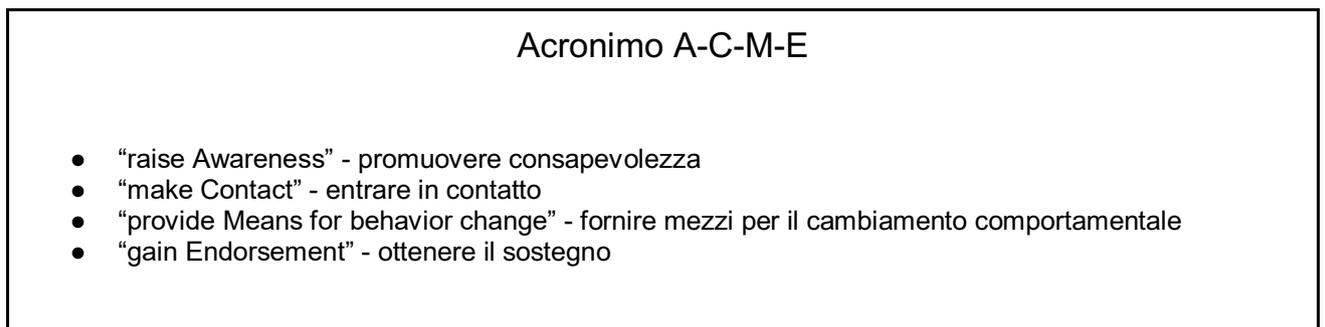


Figura 1: Elementi chiave della RdD in inglese

*fonte: Stimson (1998)*

Il primo elemento "*raise Awareness*" (promuovere consapevolezza) riguarda la necessità di sensibilizzare la popolazione rispetto alle sfide e condizioni di chi usa sostanze. Ciò può essere messo in pratica attraverso campagne mediatiche o attraverso strategie rivolte alle comunità e alle sottoculture per agevolare cambiamenti nelle norme sociali, come il lavoro sul campo e l'educazione tra pari (Stimson,1998). Per "*make Contact*" (entrare in contatto), l'autore fa riferimento ai metodi innovativi che devono essere messi in atto per raggiungere la popolazione d'interesse. Lo scopo fondamentale di tali programmi è la fruizione di informazioni sulla promozione della salute, la facilitazione della richiesta di aiuto e la continuità del trattamento al fine di scardinare le barriere politiche e sociali che rendono difficile il raggiungimento di questa popolazione. Il terzo elemento "*provide Means for behaviour change*" (fornire mezzi per il cambiamento comportamentale), tratta dell'azione di fornire gli strumenti necessari affinché le persone possano adottare comportamenti che favoriscano la propria salute, modificando quelli dannosi preesistenti. Questo avviene attraverso la distribuzione di materiale sterile per il consumo (come siringhe, aghi e pipette), di preservativi e nel complesso di strumenti utili a minimizzare i danni legati all'uso di sostanze. Un altro

approccio ampiamente utilizzato è stato quello del mantenimento con metadone o con altre sostanze sostitutive (ad esempio, buprenorfina). Infine “*gain Endorsement*” (ottenere il sostegno) fa riferimento al fatto di ottenere appoggio per le misure di Riduzione Del Danno da parte del governo, della comunità scientifica e dalla popolazione *target*, attraverso la creazione di reti sociali ed alleanze tra gli attori coinvolti.

In conclusione, la pratica della Riduzione del Danno si basa su una serie di elementi interconnessi che lavorano sinergicamente per affrontare le sfide legate all'uso di sostanze. Dalla promozione della consapevolezza alla fornitura di mezzi per il cambiamento comportamentale, passando per l'importanza di stabilire contatti efficaci e ottenere il sostegno necessario, ogni aspetto contribuisce al successo e alla sostenibilità di questa strategia. Attraverso l'implementazione di questi elementi, siamo in grado non solo di mitigare i danni associati all'uso di sostanze, ma anche di favorire una maggiore inclusione sociale e un miglioramento complessivo della salute e del benessere delle persone coinvolte.

### **1.3. Definizioni**

Come si evince dalla discussione dei paragrafi precedenti, il tema delle droghe e della loro “gestione” politica e sanitaria è stato al centro di molti dibattiti che hanno interessato sia l’ambito professionale che quello dell’opinione pubblica. Molti di essi si sono focalizzati sui danni fisici e sociali legati alla condizione fisiologica della “dipendenza”, spesso ignorando che il consumo di sostanze può anche verificarsi senza conseguenze problematiche. Questo approccio riflette molte delle visioni che hanno dominato il dibattito, le politiche e le ricerche scientifiche sulle droghe, come quelle precedentemente descritte focalizzate sugli aspetti prettamente morali e sanitari del consumo di sostanze. L'approccio della Riduzione del Danno, nel suo impegno a contrastare il moralismo dominante nel contesto delle sostanze, si concentra anche sull'esame critico dei termini comunemente utilizzati come "droga" e "dipendenza", insieme ai concetti sottostanti. Questi termini, sebbene ampiamente adottati, spesso non trasmettono chiaramente la complessità della questione. L'emergere di diverse prospettive sul consumo e sulla dipendenza sottolinea la necessità di un'analisi approfondita per comprendere appieno tali aspetti. Questo processo di analisi mira a chiarire i concetti,

spesso soggetti a fraintendimenti diffusi, al fine di fornire una base concettuale solida per la trattazione in questione.

### **1.3.1. Uso, Abuso e Dipendenza (DUS)**

L'uso di sostanze può variare notevolmente da persona a persona, con alcuni individui che riescono a mantenere un consumo controllato, mentre altri sviluppano problemi fino a una dipendenza vera e propria. Questo processo avviene lungo un *continuum* che inizia con un uso sperimentale o ricreativo e può progredire verso l'abuso e la dipendenza (Denning & Little, 2011). All'estremo opposto dello stato di dipendenza troviamo l'uso controllato di droghe: un uso non patologico e non problematico per la persona che la può esporre a rischi per la salute correlati al consumo ma che non presenta un problema di dipendenza né fisica né psicologica dalla sostanza e non è associata a emozioni negative (Hart, 2017). L'approccio adottato è moderato, consapevole e finalizzato al piacere dell'esperienza o all'esplorazione di stati alterati di coscienza, come per i cosiddetti "psiconauti". Questi individui spesso non si identificano come abusatori o dipendenti dalle sostanze, dimostrando una notevole padronanza nel rapporto con queste 'ultime, oltre che una significativa capacità linguistica, descrittiva e riflessiva delle proprie esperienze sugli stati alterati di coscienza, fondamentali per comunicare in modo accurato le loro pratiche psichedeliche. Orsolini et al. (2016), nella loro analisi sul fenomeno degli psiconauti, identificano le principali caratteristiche socio-demografiche di questa categoria: di solito sono giovani, di sesso maschile, non sposati, di origine caucasica e hanno una buona posizione lavorativa, come ingegneri informatici, impiegati o docenti universitari (Orsolini et al., 2016). La loro inclinazione a esplorare il "mondo interno" attraverso sostanze psicoattive è accompagnata da una vasta conoscenza farmacologica, chimica e informatica, insieme a un interesse per la ricerca nel campo psichedelico e chimico, oltre che alla condivisione delle loro esperienze tramite "*trip reports*", ovvero dei resoconti personali e soggettivi di esperienze vissute durante l'assunzione di sostanze psicoattive, specialmente con le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP).

A metà del *continuum* tra abuso e uso di droghe si situa uno stile di consumo non ancora definibile nei termini di dipendenza patologica ma che espone il consumatore a

rischi e potenziali danni per la salute, esso viene definito come “consumo problematico” o “abuso”. L'uso intensivo di droghe, solitamente con dosi elevate e frequenti, è simile alla categoria precedente ma più marcato. Spesso è motivato dalla necessità dell'individuo di trovare sollievo o raggiungere un elevato livello di prestazione. Ad esempio, potrebbe essere il caso di un lavoratore che beve in modo consistente come parte della sua routine lavorativa, per poi rilassarsi alla fine della giornata (UNODOC, 2022). Il soggetto consumatore si immerge nell'uso prolungato della sostanza, adottando un regime di consumo che si estende periodicamente nel tempo. In questo caso il consumo abituale comporta inevitabilmente alcuni danni fisiologici consumo-correlati; tuttavia, essi non nuocciono gravemente lo stato di salute dell'individuo e gli ambiti psicologici e sociali non presentano gravi compromissioni. Questa situazione, che attualmente non può essere considerata una dipendenza poiché l'uso della sostanza rimane sotto controllo, potrebbe comunque essere considerata come una fase preliminare.

All'estremo opposto del *continuum* in questione troviamo, infine, lo stato di dipendenza da sostanze psicotrope, o DUS (Disturbo Da Uso di Sostanze). Esso comprende due tipologie di dipendenza, quella fisica e psicologica (APA, 2013). Questa condizione si caratterizza per alcuni elementi che la distinguono dall'uso problematico. Un fattore distintivo è la Tolleranza, ovvero la necessità di dosi sempre maggiori della sostanza per ottenere lo stesso effetto desiderato. Un ulteriore sintomo dello stato di dipendenza è l'astinenza, uno stato caratterizzato dalla presenza di sintomi provocati dall'assenza della somministrazione, lo sono ad esempio tremori, nausea e ansia, a cui consegue l'assunzione per alleviamento di tali fenomeni. Infine, un ulteriore segnale per riconoscere lo stato di dipendenza è il *craving*, ovvero un forte desiderio compulsivo per la sostanza che porta a dedicare molto tempo e risorse per ottenerla e consumarla, spesso a discapito di attività sociali, lavorative o ricreative. Ciò che ne succede viene chiamato “*relapse*” ovvero ricaduta, esso rappresenta l'elemento distintivo e caratteristico di questa condizione ed intende la recidiva nell'assunzione di sostanze nonostante la consapevolezza dei danni della messa in atto di tale comportamento (Denning & Little, 2011). La dimensione psicologica della dipendenza, nota anche come "dipendenza persistente" secondo Peele (1991), implica, quindi, una significativa difficoltà nel modificare il proprio schema di consumo, nonostante i suoi effetti problematici su vari aspetti della vita dell'individuo, che vanno dal benessere psicologico alle questioni socio-economiche (Peele, 1991). Questa difficoltà si manifesta con cambiamenti nello stile di

vita che favoriscono il consumo della sostanza indipendentemente dalle conseguenze. Tuttavia, questo processo non segue necessariamente una progressione lineare e inevitabile, ma si presenta come una dinamica fluida in cui gli individui possono muoversi tra i diversi livelli di consumo o rimanere stabili in uno di essi. È importante sottolineare che l'uso di sostanze nella maggior parte dei casi non è patologico e la dipendenza è solo uno dei possibili esiti (Robins, 1993; Robins et al., 2010). Nonostante gli sforzi della scienza, non esiste ancora un singolo fattore che spieghi completamente perché alcune persone sviluppano dipendenza mentre altre no (Shewes & Gonzalez, 2013). Alcuni modelli, come il *Brain Disease Model of Addiction* (o modello medico), cercano di individuare una spiegazione univoca alla dipendenza, mentre altri, basati sul Modello Biopsicosociale, che spiegheremo meglio successivamente, offrono una visione più olistica di questo fenomeno complesso (Engel, 1977; Leshner, 1997; Volkow, Koob & McLellan, 2016). In conclusione, quando si parla di consumo di sostanze, è fondamentale tenere presente che esso può manifestarsi in modi diversi da persona a persona e che comporta una vasta gamma di comportamenti e sfumature. Essere consapevoli di queste variazioni può essere utile nel riconoscere i rischi legati all'uso di sostanze e nell'implementare interventi preventivi e terapeutici specifici.

### **1.3.2. Il concetto di droga**

È indubbiamente difficile accettare che l'uso di sostanze sia un fenomeno ampiamente diffuso e radicato nella vita quotidiana dell'uomo, e il concetto stesso di "droga" risulta essere un concetto complesso, il cui significato varia notevolmente in base al contesto sociale e culturale (Gossop et al., 2007). Ciò che definisce una sostanza come "droga" dipende spesso dai significati sociali che ad essa vengono attribuiti, i quali influenzano significativamente il modo in cui viene categorizzata e interpretata nella società (Faupel et al., 2010). Questo processo di categorizzazione genera una distinzione netta tra droghe "buone", considerate accettabili e relativamente sicure, e droghe "cattive", che vengono generalmente condannate e considerate pericolose per la salute e il benessere (Ravenna, 1997). Tale suddivisione è spesso influenzata dallo *status* legale delle sostanze, il quale determina in larga parte le percezioni sociali e culturali ad esse associate. Tuttavia, è importante notare che questa distinzione non sempre riflette la reale pericolosità delle sostanze stesse. Studi condotti sull'argomento hanno dimostrato che il

concetto tradizionale di "droghe leggere" e "droghe pesanti" non corrisponde necessariamente alla gravità degli effetti e dei rischi associati all'uso di tali sostanze (Nutt et al., 2007). Ad esempio, sostanze comunemente considerate "leggere", come alcol e tabacco, possono comportare rischi significativi per la salute che spesso vengono sottovalutati, mentre altre sostanze come LSD ed ecstasy, classificate come "pesanti", possono essere meno dannose in termini di dipendenza e danni fisici. Questi risultati sottolineano l'importanza di una valutazione più accurata e obiettiva dei rischi e dei benefici associati all'uso di sostanze, oltre che di una riflessione critica sulle percezioni sociali e culturali che influenzano la nostra comprensione delle droghe e dei loro effetti sulla salute e sulla società.

### **1.3.3. Drug Set and Setting**

Le indagini condotte da Zinberg (1984) sulle esperienze legate all'uso di sostanze e alle loro varie progressioni, che vanno dall'uso controllato a quello problematico, hanno rivelato un importante aspetto: tali progressioni dipendono non solo dalla natura della sostanza stessa (*drug*), ma anche dallo stato mentale dell'individuo coinvolto (*set*) e dall'ambiente circostante in cui avviene l'assunzione (*setting*). Questa prospettiva descrive i fattori che influenzano l'insorgenza dei problemi legati all'uso di sostanze, essi vengono considerati da diverse prospettive e integrati in un modello complesso e interattivo, che spiegano le varie possibilità di cui si può fare esperienza dell'uso di sostanze. Tali caratteristiche vengono riassunte e descritte in quello che prende il nome di "Triangolo di Zinberg" (Zinberg, 1984), una raffigurazione grafica utile per comprendere che nessun singolo elemento è considerato sufficiente per spiegare appieno l'esperienza di usare droghe e le possibili problematiche associate ad essa (fig. 2).



Figura 2: Triangolo di Zinberg (1984)

*fonte: Zinberg (1984)*

Per quanto riguarda il concetto di "drug", l'autore si riferisce alle caratteristiche intrinseche della sostanza stessa, compresi aspetti farmacologici come la durata degli effetti e il metodo di somministrazione. D'altra parte, il "set" si riferisce al complesso stato psicofisico dell'individuo coinvolto, che include elementi come il suo stato emotivo e di salute, le aspettative riguardanti gli effetti dell'uso della sostanza e le motivazioni che lo spingono al consumo. Infine, il concetto di "setting" abbraccia il contesto ambientale in cui avviene l'assunzione della sostanza. Questo include non solo il luogo fisico in cui avviene l'assunzione, come ambiente aperto o chiuso, ma anche la presenza di altre persone e la natura delle relazioni con esse (Cacciamani, 2023). Inoltre, il "setting" comprende anche il clima sociale e politico circostante rispetto all'argomento delle sostanze, inclusa la loro legalità o illegalità.

In questa analisi, emerge l'importanza di considerare non solo la natura delle sostanze stesse e lo stato mentale dell'individuo, ma anche il contesto ambientale in cui avviene l'uso di tali sostanze. Come evidenziato da Zinberg (1984), il *setting* riveste un ruolo fondamentale nella comprensione delle dinamiche legate all'uso di sostanze e alla transizione tra un consumo controllato e uno problematico. Tuttavia, l'analisi del *setting* non può prescindere dalla considerazione dei contesti particolarmente complessi, come quello carcerario, dove le condizioni e le dinamiche sociali possono rendere il trattamento delle dipendenze estremamente difficile. Il carcere rappresenta un *setting* unico e sfidante, caratterizzato da una serie di variabili che influenzano l'uso di sostanze e la gestione delle dipendenze. Pertanto, il secondo capitolo, si concentrerà sull'approfondimento di come il

contesto carcerario possa influenzare il trattamento delle dipendenze da sostanze. Esplorando le sfide specifiche che emergono in questo contesto, verranno proposte le strategie e le pratiche più efficaci per affrontare tali sfide. Attraverso questa analisi, si mira a contribuire a una migliore comprensione delle complesse interazioni tra *setting* e trattamento delle dipendenze, con particolare attenzione al contesto carcerario e alle varie condizioni che incrementano i rischi di sperimentare overdose da sostanze nel periodo post carcerario.

## CAPITOLO 2

### 2.1. L'epidemiologia carceraria in Europa e in Italia

L'ambiente carcerario, caratterizzato da un'elevata complessità e specificità, necessita di essere osservato e analizzato con particolare attenzione. L'amministrazione del carcere richiede una collaborazione tra il dicastero giudiziario e quello sanitario, sebbene dotati di prerogative diverse: il primo riguarda la supervisione penale mentre il secondo la tutela della salute degli individui. Questa dinamica rende il carcere un contesto complesso, nel quale si intrecciano aspetti psicologici, sociali, sanitari e legali. Il carcere diventa così un terreno di intervento in cui le condizioni possono influenzare la salute e il benessere delle persone private della libertà, con conseguenze talvolta durature, soprattutto dopo il rilascio, e in alcuni casi in modo cronico. Nonostante il diritto alla salute sia costituzionalmente garantito in ogni condizione in cui si trovi l'individuo, specialmente nelle istituzioni statali, l'esperienza detentiva spesso porta a danni significativi per la salute, che perdurano talvolta in modo cronico. In questo contesto il consumo non controllato di sostanze psicoattive contribuisce ad esacerbare i rischi ed i danni per la salute, già connessi intrinsecamente al consumo, e ad aumentare la pericolosità, come avviene in caso delle morti da overdose post-scarcerazione. Il presente sottocapitolo ha lo scopo di offrire una panoramica rispetto alla popolazione potenzialmente a rischio di overdose, in particolare da oppioidi, detenuta nelle carceri europee ed italiane. Per costruire questo quadro il contesto carcerario verrà osservato e studiato attraverso la lente del consumo di droghe da parte della popolazione carceraria, al fine di restituire dignità a questo comportamento sommerso. In seguito a una descrizione della popolazione attualmente presente negli istituti penitenziari, con i rispettivi tassi di sovraffollamento e prevalenza per tipologie di reato, verranno proposti i profili psico-sociali maggiormente legati ai reati droga correlati. Successivamente verranno riportati alcuni dati riferiti al consumo di oppioidi nella popolazione detenuta, con un *focus* specifico sull'impatto delle morti da overdose post scarcerazione. In conclusione, dall'analisi dei dati verranno raccolte informazioni utili per fare fronte alle sfide vissute dalla popolazione *target in questa sede sarà dedicata inoltre* una particolare attenzione alla condizione delle donne detenute, con lo scopo di identificare fattori di

rischio e di protezione, che possano influenzare efficacemente gli interventi di prevenzione delle morti da overdose post scarcerazione.

### **2.1.1. Capienza delle carceri, sovraffollamento e reati prevalenti**

Nel 2019, oltre 856.000 persone erano detenute nei circa 2.000 istituti penitenziari situati nei 27 Stati membri dell'UE, in Norvegia, Turchia e Regno Unito (Walmsley, 2018; Aebi e Tiago, 2020). Questo dato corrisponde ad un tasso di popolazione carceraria equivalente a 142 persone ogni 100.000 abitanti (numero di persone in carcere ogni 100.000 abitanti del paese o della regione) (EMCDDA, 2022). Dal Report Europeo sulle carceri dell'EMCDDA (2020) risulta che la popolazione carceraria femminile rappresenti circa il 5% della popolazione carceraria europea complessiva. Questo dato è importante poiché la scarsa presenza di donne nelle carceri comporta che tali istituti siano organizzati principalmente secondo criteri maschili, ignorando le necessità specifiche delle donne detenute. L'affollamento carcerario, misurato dall'occupazione per posto disponibile in prigione, è segnalato in 12 paesi, ovvero in quasi la metà degli stati considerati (EMCDDA, 2020). In Italia, a fronte di una capienza regolamentare di 51.249 posti, al 30 aprile 2023 il totale dei detenuti nelle carceri italiane era di 56.674 unità, di cui il 31,3% costituito da stranieri ed il 4,4% da donne (Di Iorio, 2023; ANTIGONE, 2023). Dal 30 Aprile 2022, la capienza ufficiale è cresciuta dello 0,8%, mentre le presenze sono cresciute del 3,8%. È aumentato soprattutto il numero delle donne, cresciuto del 9%, mentre l'aumento degli stranieri, del 3,6%, è più o meno in linea con quello della popolazione detenuta complessiva (ANTIGONE, 2023).

Questi dati indicano un grave problema comune presente in maniera endemica sia nelle carceri europee sia italiane: il sovraffollamento. Il fenomeno del sovraffollamento nelle carceri è definito come il rapporto tra capienza tollerata ed effettiva degli istituti penitenziari e rappresenta uno dei fattori contestuali con un maggiore impatto significativo sulla salute della popolazione carceraria. Nel rapporto sullo stato di salute delle prigioni dell'OMS (2023), il sovraffollamento è stato segnalato nel 20% degli Stati membri. Per quanto riguarda il caso italiano, la Camera della Corte europea dei Diritti Umani (CtEDU), con la sentenza nel caso Torreggiani, adottata l'8 gennaio 2013, ha

condannato lo Stato italiano per la violazione dell'art. 3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani (CEDU) il quale riporta che:

“Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti” (Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, 1950).

La denuncia avvenne attraverso sette ricorsi provenienti, dalle carceri di Busto Arsizio e di Piacenza, i quali denunciavano condizioni di vita dei detenuti che non soddisfavano i requisiti necessari, facendo riferimento in particolare alla dimensione delle celle e alla sovra capienza delle stesse. È dimostrato che le conseguenze negative del sovraffollamento sulle persone detenute hanno sia effetti diretti che indiretti sulla salute. Gli effetti diretti includono un aumento del rischio di trasmissione di malattie trasmesse per via aerea come la tubercolosi (Cords et al.,2021) e un'incrementata esposizione alla violenza, come evidenziato da uno studio condotto da Glazener e Nakamura nel 2020. Gli effetti indiretti comprendono, invece, una ridotta capacità del sistema sanitario penitenziario di fornire cure adeguate ai detenuti, una carenza di personale educativo e sanitario, e una limitata disponibilità di opportunità lavorative e formative (Warmesley, 2005). Sia da parte della Corte (CEDU) sia da parte dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC), il sovraffollamento carcerario è considerato come un sintomo di disfunzione nell'intero sistema di giustizia penale. Pertanto, vengono esortati gli Stati membri a sviluppare strategie che mirino alla riduzione del numero delle persone incarcerate, in particolare attraverso una maggiore applicazione di misure punitive non privative della libertà e tramite una riduzione al minimo del ricorso alla custodia cautelare in carcere. Si raccomanda, inoltre, di considerare misure alternative alla detenzione per reati che non presentano un alto rischio per la società e per i quali esistono misure più efficaci, come nel caso del trattamento delle persone incarcerate con disturbi legati all'uso di droghe (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021).

L'analisi delle cause principali della detenzione carceraria rivela una connessione stretta ed intima tra l'alto numero di individui puniti per reati legati alle droghe e il problema del sovraffollamento all'interno degli istituti di detenzione. A livello europeo, i reati contro il patrimonio, seguiti da quelli legati alle droghe e gli omicidi, costituiscono la maggior parte delle condanne penali, con un tasso di recidiva che estremamente

significativo (EMCDDA, 2020). In Italia, la violazione delle norme sulle droghe si colloca al terzo posto tra le cause di detenzione, con un numero rilevante di individui coinvolti in questa tipologia di reato (ANTIGONE, 2023). I dati del 2022 evidenziano un significativo 26,1% di ingressi nelle carceri italiani per violazione dell'art. 73 del Testo unico, mentre il 34,4% dei detenuti è ristretto della legislazione in materia di droghe, superando di gran lunga la media europea (18%) e mondiale (22%) (ANTIGONE, 2023). Le simulazioni, come quelle presentate nel XIX Libro Bianco sulle droghe, un documento informativo che fornisce un'analisi approfondita sul tema delle sostanze in Italia, indicano che l'assenza di detenuti colpevoli ai sensi dell'articolo 73 potrebbe risolvere il problema del sovraffollamento carcerario (Zuffa et al., 2023). Il recente XIX Libro Bianco sulle droghe infatti ha sottolineato gli impatti negativi dell'Articolo 73, evidenziando come la normativa vigente continui a essere uno dei principali motivi di detenzione in Italia (Zuffa et al., 2023).

Le simulazioni, come quelle presentate nel XIX Libro Bianco sulle droghe, un documento informativo che fornisce un'analisi approfondita sul tema delle sostanze in Italia, indicano che l'assenza di detenuti colpevoli ai sensi dell'articolo 73 potrebbe risolvere il problema del sovraffollamento carcerario (Zuffa et al., 2023). Questo evidenzia il ruolo cruciale del sistema penale nell'affrontare l'impatto della repressione carceraria sugli individui: l'attuazione di politiche come la depenalizzazione potrebbe ridurre il numero della popolazione detenuta, mentre l'approccio coercitivo in vigore, basandosi sulla criminalizzazione delle azioni legate alle droghe, sembra avere un forte impatto sul suo aumento (Zuffa et al., 2023).

In definitiva, l'analisi dei dati sulla prevalenza dei reati correlati alle droghe e la composizione della popolazione carceraria rivela un quadro complesso e allarmante. Il sovraffollamento carcerario, prevalentemente causato dai reati droga-correlati, presenta serie implicazioni sulla salute e sulla qualità della vita di tutti i detenuti. Questo sottolinea l'importanza di rivalutare criticamente le politiche punitive nei confronti dei reati legati alle droghe e di considerare approcci alternativi, come la depenalizzazione e la promozione di politiche di riduzione del danno, per affrontare in modo più efficace le sfide legate all'uso di sostanze e alla criminalità (Zuffa et al., 2023).

### **2.1.2. I profili psico-sociali delle persone detenute per reati droga-correlati**

L'uso di droghe è stato associato ad un aumentato rischio di conseguenze negative sulla salute, tra cui: malattie infettive, abuso di alcol, fumo, malattie cardiovascolari e problemi di salute mentale. Oltre ai rischi aumentati per le conseguenze negative sulla salute, le persone che fanno uso di droghe illecite, specialmente le forme che vedono un uso più problematico di droghe, sono esposte anche a maggiore rischio di essere arrestate e imprigionate per reati legati alle droghe e altri reati correlati alle droghe rispetto al resto della popolazione (van de Baan et al., 2021). Una meta-analisi che ha esaminato la relazione tra uso di sostanze e crimine ha riscontrato, coerentemente, che le persone che consumano droghe hanno una probabilità molto più ampia di commettere reati rispetto a coloro che non ne fanno uso, circa otto volte superiore. Dalla stessa analisi però è emerso che questa correlazione subisce delle variazioni in base al tipo di sostanza consumata: nel caso delle persone che fanno uso di eroina e altri oppioidi questa probabilità è maggiore di circa tre volte (Goldstein, 1985; Bennett et al., 2008). A livello europeo, una recente revisione sistematica degli studi condotti in 12 paesi mostra che la prevalenza a vita dell'uso illecito di droghe all'ingresso in carcere era in media del 61%, con variazioni tra gli studi che vanno dal 30% al 93% (van de Baan et al., 2021). L'alta prevalenza dell'uso di droghe tra le persone in prigione riflette diversi fattori sociali, i quali verranno discussi attraverso il grafico sottostante (fig. 3) estratto dallo studio di de Andrade (2018). Allo stesso tempo è importante considerare che questo fenomeno influenza gli stessi fattori sociali che risultano determinarlo all'interno di una dinamica di reciproco condizionamento.

### Intersezione tra droghe, uso di droghe e prigione

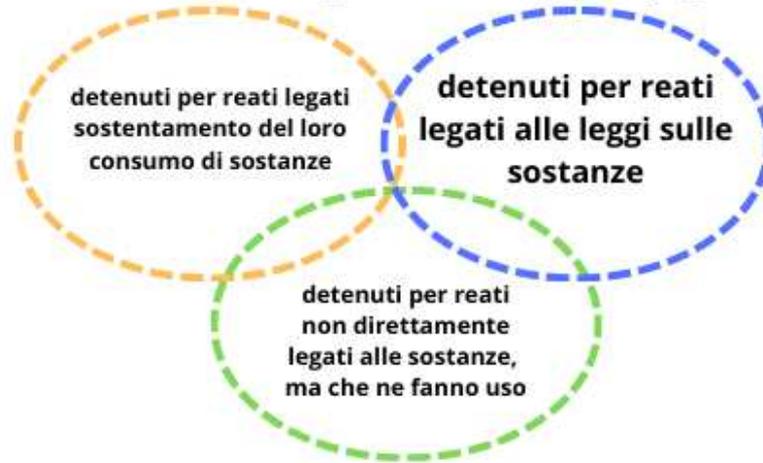


Figura 3: Intersezioni tra droghe, uso di droghe e prigione

*fonte: EMCDDA 2020*

In figura 3 è opportuno osservare il quadrante superiore sinistro, il quale fa riferimento alle persone detenute per reati commessi con lo scopo di mantenere il proprio consumo di sostanze. I reati in questione possono comprendere: atti volti al finanziamento del proprio consumo, chiamati crimini acquistivi (EMCDDA,2020), o altre azioni messe in atto sotto l'effetto di sostanze (Gaffney et al., 2010; Gjersing and Bretteville-Jensen, 2019). Il secondo quadrante superiore fa riferimento alle persone che si trovano nello stato di detenzione per reati legati alle leggi sulle droghe, ma che non necessariamente riportano una storia di consumo di sostanze. Alcuni di questi reati possono includere attività legate al narcotraffico o azioni legate nello specifico alla produzione di droghe in maniera illecita. A fronte di quanto appena considerato, è importante sottolineare che in Europa nel 2019 il 18% delle persone detenute ha ottenuto una condanna definitiva per reati legati all'uso, al possesso o alla fornitura di droghe illecite (Aebi e Tiago, 2020). Infine, nel riquadro in basso sono rappresentati coloro che fanno uso di droghe ma che si trovano in carcere per reati non strettamente legati al consumo di sostanze. Le cause della loro detenzione riflettono in modo chiaro come l'uso di sostanze ed il commettere reati siano comportamenti connessi a fattori di rischio comuni (EMCDDA, 2020). Alcuni di questi fattori sono: la marginalità sociale, un basso stato socio-economico e l'essere disoccupati. A tal proposito, numerosi studi (Arain et al., 2014; Fazel & Baillargeon,

2011; Stover & Kastelic, 2014) dimostrano che molti di coloro che entrano in prigione provengono da gruppi vulnerabili e comunità povere e che una grande proporzione proviene da contesti colpiti da problematiche sociali come l'*homelessness*, la disoccupazione e bassi livelli di istruzione.

Anche la presenza di un disturbo da uso di sostanze (DUS) rappresenta un fattore di rischio per l'incarcerazione. A livello mondiale, circa il 30% degli uomini e più della metà delle donne detenute presentano un disturbo legato all'uso di droghe (Fazel et al., 2017). Questo dato è confermato anche a livello europeo, dove tra il 30 e il 75% delle persone con problemi legati alle droghe hanno trascorso del tempo in carcere in tutta la loro vita (Ravndal e Amundsen, 2010; EMCDDA, 2020b). In Italia, nel 2021, coerentemente con i dati europei, quasi un terzo della popolazione carceraria era costituita da individui con problemi legati alla dipendenza da sostanze (ANTIGONE,2023). La percentuale di “tossicodipendenti” tra i detenuti è stata registrata dal 2006 al 2022 ed è illustrata nella figura 4.

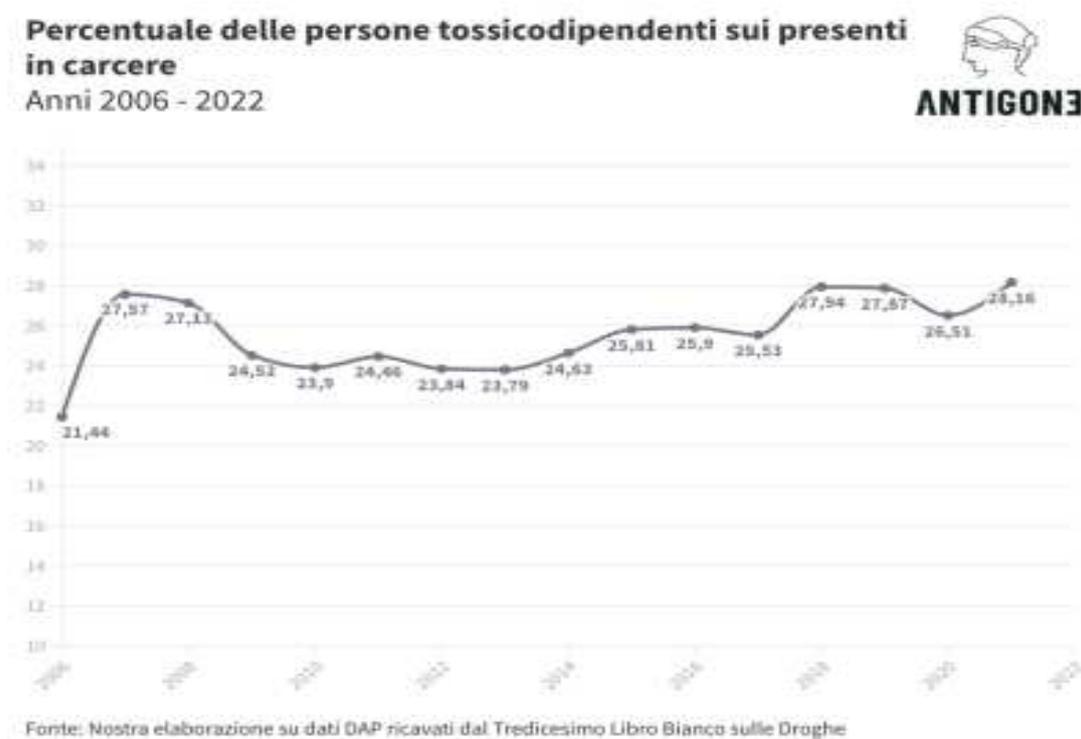


Figura 4: Percentuale delle persone tossicodipendenti in carcere (2006-2022)

fonte: Antigone (2023)

I dati disponibili dal XIX Libro Bianco sulle Droghe 2023 (Zuffa et al., 2023), che fanno riferimento agli andamenti dell'anno 2022, riportano che oltre il 40% di chi entra in carcere consuma sostanze illecite. I dati sugli ingressi e le presenze di detenuti dichiarati "tossicodipendenti" sono ancora più significativi: essi rappresentano il 40,7% di coloro che entrano in carcere ed il 30% dei presenti, con un aumento del 10% sul 2021. Secondo gli autori questa presenza da record è spiegata dal continuo ingresso in carcere di persone "tossicodipendenti", che dopo i due anni di pandemia ha ripreso ad aumentare anche nella popolazione generale (Zuffa et al., 2023).

### **2.1.3. Prevalenza del consumo di oppioidi in carcere e impatto del fenomeno delle overdose post scarcerazione**

Per offrire una panoramica completa sulla popolazione potenzialmente a rischio di overdose post scarcerazione è utile riportare, dove è possibile, alcune statistiche rispetto al consumo di oppioidi in questa popolazione. Al fine di non incorrere in errori interpretativi, è fondamentale considerare che la ricerca condotta in ambiente carcerario è soggetta a significative limitazioni metodologiche. Ci sono diversi fattori che influenzano la fattibilità della raccolta dati negli ambienti carcerari, tra cui le limitazioni strutturali dei sistemi penitenziari, le caratteristiche della popolazione carceraria e la spesso bassa priorità ad essa attribuita sia dalle agende politiche che di ricerca (EMCDDA,2020). Di conseguenza, in mancanza di dati generalizzabili sul consumo di oppioidi nella popolazione europea e italiana, si discuteranno le informazioni disponibili in letteratura, considerando che tali osservazioni provengono da ricerche condotte in paesi specifici e in fasi specifiche del processo penitenziario. In particolare, l'analisi si soffermerà sull'intera storia di consumo di oppioidi: considerando prima, durante e dopo il periodo di detenzione.

Il report sulle carceri dell'EMCDDA (2020) riporta una spiccata prevalenza d'uso di eroina prima della detenzione: la media europea è circa il 4%, con alcuni paesi che raggiungono percentuali molto maggiori, come il caso del Belgio, in cui esso arriva al 29%. Esistono diversi fattori che possono influenzare la variazione registrata tra i vari paesi europei rispetto alla prevalenza registrata dell'uso di sostanze prima della

carcerazione. Questi fattori comprendono sia ragioni sociali, come le variazioni tra le sostanze più utilizzate in un determinato paese (EMCDDA,2020), sia differenze metodologiche, ad esempio le implicazioni legate alla divulgazione del proprio consumo di sostanze alle autorità penitenziarie (Carpentier et al., 2012).

Per quanto concerne l'uso di oppioidi durante il periodo di detenzione, i dati provenienti dal monitoraggio nazionale sull'uso di droghe nelle carceri europee indicano che la prevalenza dell'uso di eroina durante la detenzione nel 2020 ha oscillato tra l'1% e il 29% (EMCDDA,2020). Ricerche condotte in un carcere femminile lituano hanno riscontrato, similmente, che il 4% di coloro che usano droghe in carcere hanno iniziato a farlo durante la detenzione (Narkauskaite et al., 2010). Secondo uno studio belga condotto da Todts e colleghi nel 2008, più di un terzo dei detenuti che consumano droghe ha segnalato di aver iniziato a utilizzare una sostanza aggiuntiva durante la loro permanenza in carcere, con un particolare aumento nell'uso di eroina come nuova sostanza predominante. In sostegno a queste affermazioni, uno studio effettuato nel 2002 delle persone detenute in Inghilterra e Galles, circa il 15% delle persone indagate ha riferito di aver iniziato a usare eroina, cocaina o entrambe in carcere (Boys et al., 2002). Perciò, nonostante le carceri siano comunemente percepite come ambienti *drug free*, esiste la possibilità che alcuni individui inizino a consumare sostanze stupefacenti diverse rispetto ai loro modelli di consumo abituale quando si trovano in carcere, confermando la necessità di specifici interventi di prevenzione della salute basati sui rischi associati al consumo di oppioidi, come la trasmissione di infezioni sessualmente trasmissibili, attraverso la condivisione di attrezzature per l'iniezione, e all'abbassamento della tolleranza post scarcerazione.

Per quanto riguarda infine l'uso post scarcerazione, a livello epidemiologico, in Europa, sei su dieci morti nei primi tre mesi del rilascio erano legate all'assunzione di droghe dopo il rilascio dal carcere (EMCDDA, 2012; Merrall et al., 2010). In Europa sono state condotte numerose indagini su questo fenomeno. Uno studio irlandese su 105 decessi tra persone che usavano droghe con una storia di incarcerazione tra il 1998 e il 2005, ha riscontrato che il 28% dei decessi per overdose dopo il rilascio dalla prigione sono avvenuti nella prima settimana dal rilascio e un altro 18% nel primo mese (Lyons et al., 2010). Tra le persone in prigione con una storia di uso problematico di oppioidi, il rischio aumentato di overdose è principalmente legato al consumo di tali sostanze nelle settimane immediatamente successive alla scarcerazione (Darke and Hall, 2003). La

causa che contribuisce maggiormente all'importante aumento di questo rischio è la forte riduzione della tolleranza agli oppioidi dopo un periodo di astinenza, o di consumo intermittente, differente dagli standard abituali (Merrall et al., 2013). Un'analisi combinata rispetto ai dati sulla mortalità e sulla detenzione In Lituania, ha dimostrato che, su 83 decessi correlati al consumo di sostanze segnalati nel 2017, il 10% è avvenuto entro i 6 mesi dal rilascio dal carcere, dove la prevalenza dei decessi era riportata dalla popolazione maschile, con un'età media di 35 anni e che assumevano eroina e altri oppioidi, inclusi oppioidi potenti come il *fentanyl* e il *carfentanil* (EMCDDA, 2020). Inoltre, un'indagine sui decessi droga-correlati tra i detenuti appena rilasciati in Inghilterra e Galles tra il 1998 ed il 2000, riporta che gli oppioidi erano coinvolti nel 95% dei decessi, registrando un rischio maggiore per le donne rispetto agli uomini (Farrell and Marsden, 2008).

L'analisi della letteratura scientifica disponibile sul contesto carcerario e sulle sue conseguenze in termini di salute e benessere degli individui ci mostra un quadro approfondito delle sfide e degli andamenti della popolazione detenuta, evidenziando la complessità delle problematiche e l'urgenza di intervenire a livello politico e sanitario in questo contesto altamente a rischio. Le condizioni strutturali ed ambientali delle carceri, come il sovraffollamento, il limitato accesso alle risorse carcerarie tra cui i servizi per le dipendenze e di prevenzione, risultano fattori critici che impattano negativamente sulla salute della popolazione detenuta, in particolare per coloro a rischio di overdose post scarcerazione. Solo attraverso una riflessione critica sulla realizzazione dell'istituzione carceraria e una costante collaborazione tra giustizia penale e sanità è possibile approfondire l'influenza delle condizioni carcerarie sulla salute degli individui. Attraverso questa collaborazione sarà possibile facilitare ed incentivare la ricerca nelle carceri, in modo da sviluppare interventi e politiche efficaci volte al miglioramento delle condizioni di vita degli individui coinvolti nel sistema carcerario. Nel prossimo paragrafo saranno analizzati, attraverso un approccio Bio Psico Sociale, i maggiori fattori di rischio e di protezione legati al fenomeno delle overdose post scarcerazione.

## 2.2 Il fenomeno delle morti da overdose post carcerazione

Il fenomeno dell'overdose post carcerazione è un complesso meccanismo in cui si integrano diversi fattori biologici, psicologici e sociali. Per averne una comprensione più approfondita e completa, risulta utile affidarsi a modelli teorici che, utilizzando un approccio integrato, risultano utili per avere una chiave di analisi coerente con le peculiarità di questa dinamica. L'analisi che segue affronterà le maggiori cause di origine biologica, psicologica e sociale coinvolte nel fenomeno delle overdose fatali (e non) nel periodo successivo al rilascio dal carcere. Il primo paragrafo si occuperà di trattare il fenomeno dell'Overdose, in particolare causata dal consumo di oppioidi, in una prospettiva biologica. Dopo aver definito l'overdose in termini di risposta fisiologica, verrà analizzato il fenomeno fisiologico della tolleranza e le potenzialità del Naloxone, un antagonista totale dei recettori oppiacei estremamente utile nella prevenzione delle morti da overdose post scarcerazione. Successivamente, verranno studiati gli elementi psicologici correlati a questa problematica sanitaria attraverso "Il Modello concettuale di Rischio di Overdose da Oppiacei dopo il Rilascio" sviluppato da Joudrey, Khan, Wang e colleghi nel 2019 (Joudrey et al., 2019), come il trauma ed esposizione alla violenza, l'elevato grado di stress e comorbidità psichiatrica nella popolazione detenuta che usa sostanze e la propensione al comportamento suicida. Questi fattori di rischio verranno analizzati in termini di impatto sulla salute della popolazione carceraria, ponendo l'attenzione sulle sfide che essa deve affrontare anche in termini di salute mentale. Il terzo paragrafo, invece, fornirà un'analisi delle maggiori cause contestuali implicate in questo intricato processo. A partire dalla contestualizzazione dell'ambiente post-carcerario, verrà definito il concetto di tolleranza condizionata, per poi dedicarsi ad alcune delle maggiori sfide strutturali di questo contesto come l'interruzione dei reticoli sociali, lo stigma associato alle persone detenute che consumano sostanze ed, infine, il limitato accesso ai servizi di prevenzione con programmi di *Take Home Naloxone*. La parte finale dell'elaborato verrà riservata ad analisi mirata sui bisogni e sulle sfide legate alla popolazione femminile che consuma sostanze e che attraversa il sistema penitenziario.

### **2.2.1. L'analisi del fenomeno delle morti da overdose post carcerazione attraverso il modello Biopsicosociale: la biologia di un'overdose**

Come anticipato nel capitolo precedente il rischio di mortalità aumenta notevolmente quando le persone vengono rilasciate dalla prigione; questo vale per tutte le cause di morte, ma in particolare per i decessi dovuti a overdose da droghe (EMCDDA, 2020; Bukten et al., 2017; Brummer et al., 2018). Il rischio di morte per overdose è estremamente alto nella prima settimana dopo il rilascio (e in misura minore nella seconda settimana), ma rimane elevato, rispetto alle persone senza esperienza di prigione, per tutta la vita (Binswanger et al., 2007). Nel momento che segue l'uscita dall'ambiente carcerario, le persone che usano sostanze rilasciate dalle strutture penitenziarie affrontano molteplici sfide, tra queste ci sono il reinserimento sociale, la ricerca di un'occupazione e di un alloggio stabili, e la continuità di trattamento delle dipendenze. Queste molteplici difficoltà incrementano la vulnerabilità al consumo di sostanze ed il rischio di un'overdose fatale (e non) da sostanze. Per via di questa moltitudine di fattori potenzialmente rischiosi, l'approccio teorico che verrà utilizzato come *fil rouge* per l'analisi del fenomeno delle overdose post scarcerazione in questo capitolo è il Modello biopsicosociale di Engel (1972). Sviluppato come alternativa critica ai tradizionali modelli biomedici basati sull'approccio biologico dello studio delle cause delle malattie, il modello biopsicosociale pone l'enfasi sulla centralità della comprensione della salute umana, intesa come un costrutto multifattoriale in cui si influenzano sistematicamente fattori biologici, psicologici e sociali. Dallo studio delle interazioni tra questi elementi è possibile comprendere sempre più nella sua interezza la natura umana ed analizzare in modo integrato alcuni fenomeni socio-sanitari caratterizzati da un'elevata complessità strutturale, come nel nostro caso d'interesse le morti da overdose post scarcerazione.

In primo luogo, per lo studio di questo fenomeno, è utile comprendere i meccanismi biochimici e fisiologici implicati nell'overdose, in particolare quella causata dagli oppioidi. Questa analisi ci fornirà una base per comprendere le interazioni tra il corpo umano e queste sostanze, così come le conseguenze legate ad esse, in modo da sviluppare strategie mirate alla prevenzione dei rischi associati al consumo e promuovere il benessere delle persone coinvolte. La condizione di overdose è uno stato fisiologico che può verificarsi successivamente all'eccessiva somministrazione di una sostanza. Questa viene definita come: "La dose di un farmaco che risulta eccessiva in relazione alle

possibilità di tolleranza dell'organismo umano (...) più spesso con riferimento ad assunzione di droga, che come tale induce una pericolosa condizione di intossicazione acuta”(NIDA, 2024). Nel contesto delle dipendenze e del consumo di sostanze, l'overdose da oppioidi è una delle emergenze mediche più gravi e potenzialmente letali possibili. Dagli anni '80 in poi, questo fenomeno si è ampiamente diffuso, tanto da essere definita una vera e propria epidemia, attirando l'attenzione della salute pubblica mondiale. Gli oppioidi sono una classe di sostanze psicoattive principalmente derivate dal papavero da oppio che, attraverso la loro azione sul sistema nervoso centrale, esercitano un'azione analgesica sull'organismo e conseguentemente alleviano il dolore sia cronico che acuto. La manifestazione farmacologica di questa classe di farmaci avviene attraverso l'interazione dei recettori oppioidi presenti nel sistema nervoso centrale che sono situati in varie aree dell'encefalo cervello, del midollo spinale, del tronco cerebrale e del sistema limbico. I principali recettori coinvolti sono tre, mu, kappa e delta, e ognuno di loro contribuisce nei meccanismi biochimici che portano all'effetto analgesico sopracitato ma anche agli effetti collaterali indesiderati e potenzialmente mortali che interessano questa ricerca. In caso di sovradosaggio, infatti, possono verificarsi condizioni di sonnolenza, confusione mentale, diminuzione della frequenza respiratoria, del battito cardiaco, nausea, vomito e una profonda sedazione del sistema nervoso centrale (Ciraulo et al., 1992). Gli oppioidi, presentando una struttura chimica analoga a quella degli oppiacei naturalmente prodotti dal nostro corpo, come l'endorfina, risultando efficaci nell'alleviare sia la sofferenza fisica sia quella emotiva. Grazie alla stimolazione dei centri del piacere del cervello, questi farmaci tendono ad essere estremamente soggetti all'autosomministrazione (Ciraulo et al., 1992). L'uso di oppioidi, quindi, può facilmente trasformarsi in abuso cronico che può portare a uno stato di tolleranza e dipendenza, aumentando il rischio di overdose acuta e di conseguenze avverse devastanti per la salute e il benessere della persona.

Quando alcune sostanze vengono consumate perpetuamente, può svilupparsi un fenomeno fisiologico chiamato “tolleranza”. La tolleranza riguarda una specifica situazione in cui, in seguito a ripetute assunzioni ravvicinate nel tempo, il corpo dell'individuo, adattandosi agli effetti della sostanza, necessita di una dose sempre maggiore di sostanza per ottenere la stessa risposta che il corpo percepiva inizialmente. Lo sviluppo della tolleranza in seguito ad un uso ripetuto è una caratteristica comune a tutti gli oppioidi, come il fatto che la velocità e lo sviluppo di essa tra i vari effetti invece

sia soggettiva ed irregolare (Ciraulo et al., 1992). E' importante ricordare che lo sviluppo della tolleranza non rappresenta per forza una condizione di dipendenza, ma quest'ultima si sviluppa conseguentemente alla tolleranza, esprimendo un nuovo equilibrio omeostatico mantenuto dalla somministrazione periodica della sostanza. Tra le persone in prigione con una storia di uso problematico di oppiacei, l'aumento del rischio di overdose è principalmente legato al ritornare a consumare la sostanza dopo il rilascio dal carcere (Darke and Hall, 2003). Questo avviene perché la riduzione della tolleranza dopo un periodo di astinenza è un importante fattore che, se non risaputo, contribuisce all'aumento del rischio di imbattersi in un'overdose (Merrall et al., 2013). L'immagine sottostante (fig. 5), ricavata dallo studio di Binswanger et al., 2007, ci mostra come il numero delle morti per overdose da sostanze sia estremamente elevato nella prima settimana dopo il rilascio e in misura minore anche nella seconda settimana (EMCDDA,2020).

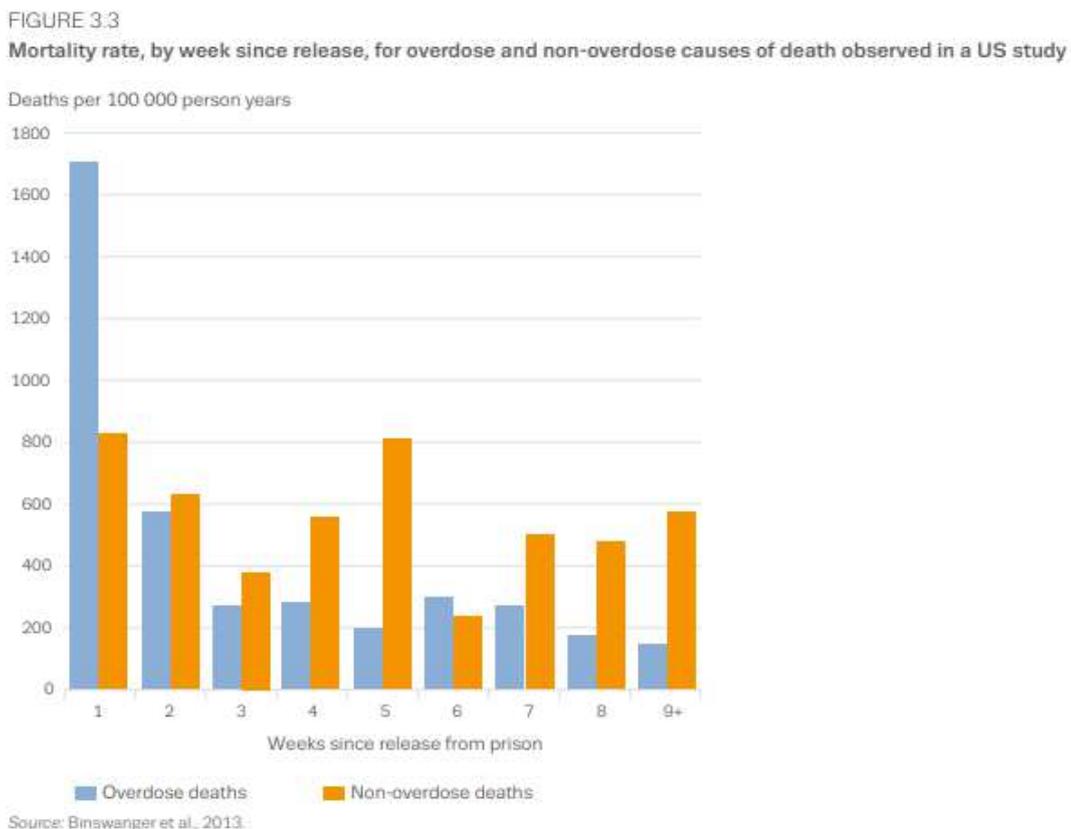


Figura 5: Tasso di mortalità, settimana per settimana dopo il rilascio, per cause di overdose e non overdose osservate in uno studio negli Stati Uniti.

Fonte: EMCDDA (2022)

Numerosi altri studi (Merrall et al., 2010; Farrell and Marsden, 2008) hanno confermato costantemente questo elevato rischio di morte correlata alle droghe nelle prime settimane dopo il rilascio dalla prigione (EMCDDA,2020). In una ricerca sistematica delle morti avvenute dopo la scarcerazione in Europa, Australia e Stati Uniti, si è scoperto che 6 su 10 morti avvenute nelle prime 12 settimane dal rilascio dalla prigione erano correlate alle droghe (Merrall et al., 2010). Inevitabilmente, anche il rischio di imbattersi in un'overdose non fatale nel periodo iniziale risulta essere elevato, esponendo gli individui che ne fanno esperienza a potenziali problemi di salute aumentando, inoltre, il rischio di futura overdose fatali (Winter et al., 2015). È chiaro che per affrontare efficacemente il problema della tolleranza nel contesto carcerario sia necessario un approccio multifattoriale, che si concentri sulla fornitura tempestiva di trattamenti efficaci e che includano anche il sostegno sociale, l'attivazione di servizi per le dipendenze tempestivi e la diffusione di pratiche di educazione alla salute per chi usa sostanze, in modo da promuovere la consapevolezza e ridurre il rischio di episodi di overdose post scarcerazione.

Da molti decenni l'alta mortalità delle persone che consumano oppioidi registrata nel periodo post scarcerazione ha attirato l'attenzione della sanità e dei decisori politici nel tentativo di ridurre il numero dei decessi e affrontare le cause di questa specifica situazione. Tra queste strategie si è proposta quella di distribuire il farmaco antagonista Naloxone (Narcan) ai soggetti dediti all'uso di eroina, affinché lo usino sulle persone che vanno incontro a fenomeni di overdose da eroina nel corso di episodi di uso comune (Darke & Hall, 1997; Strang et al.,1999). Come antidoto alle overdose da oppioidi, il naloxone si è dimostrato uno strumento prezioso nel combattere le morti per overdose e la morbilità associata (Kerensky & Walley, 2017). Il naloxone è un antagonista degli oppioidi puro, le cui principali azioni farmacologiche sono di bloccare l'azione dei farmaci agonisti oppioidi (eroina, morfina, metadone, ecc.) incluse quelle che conducono al coma e alla depressione respiratoria (Favaretto et al., 2020). Questo farmaco non ha alcun effetto quando viene somministrato in soggetti che non hanno assunto oppioidi, mentre nel caso contrario scatena rapidamente la crisi d'astinenza. In seguito alla somministrazione il naloxone compete per i recettori oppioidi interrompendo la loro azione e ripristinando le funzionalità cardiache e respiratorie in tempi estremamente brevi, pochi minuti dall'assunzione. Il naloxone si presenta generalmente sotto forma di

fiala iniettabile o di spray nasale ed è considerato un farmaco salvavita nei casi di emergenza da overdose. Le limitazioni legate alla somministrazione di questo farmaco riguardano la sua breve durata (15-45 minuti) rispetto all'attività degli oppioidi. Per questo motivo è necessario che esso venga reiniettato a brevi intervalli di tempo al fine di evitare che si presentino gli effetti depressivi causati dall'agonista oppioide a più lunga durata d'azione (Jamin et al., 2021). A tal proposito, se il naloxone viene somministrato fuori da un contesto ospedaliero, ad esempio per strada o in casa, è consigliata la chiamata al servizio di emergenze mediche di riferimento, con il conseguente trasporto in Pronto Soccorso. Altra limitazione di questo farmaco riguarda l'impossibilità di somministrazione per chi fa un consumo solitario di sostanze, specialmente in casa, dove è impossibile raggiungere il consumatore e quindi prevenire il decesso. Infine, per quanto riguarda il caso della legislatura italiana, alla richiesta di soccorso tramite 118 viene automaticamente accompagnato l'intervento delle Autorità Giudiziarie Locali. Perciò, chi richiede assistenza medica per un caso di overdose si ritrova oggi, soprattutto in alcuni paesi, tra cui l'Italia, nella condizione di dover fornire delle spiegazioni all'Autorità Giudiziaria, rientrando nelle indagini orientate a individuare chi ha venduto o ceduto la sostanza, condizione che in certi casi può portare all'evitamento del soccorso a scapito della protezione del proprio coinvolgimento legale. Da ricerche sulle morti da morti per overdose, risulta che esse potrebbero essere prevenute se coloro coinvolti nel consumo, nella vendita o nell'assistenza durante un'intossicazione cercassero immediatamente soccorso. A fronte di ciò, in Italia, alcune organizzazioni della società civile che lavorano per difendere e promuovere i diritti delle persone che usano sostanze hanno proposto il progetto di legge del Buon Samaritano, ispirandosi a esperienze straniere come quella statunitense (Fuoriluogo, 2020). Questa proposta mira a proteggere legalmente coloro che cercano aiuto per sé stessi o per altri in situazioni di overdose, offrendo protezione legale a individui che forniscono soccorso a persone in situazioni di emergenza o in pericolo, rinunciando a perseguire penalmente chi interviene per salvare una vita.

Il naloxone, essendo inserito tra i farmaci salvavita, può essere somministrato da chiunque ne sia in possesso, tramite iniezione intramuscolare, sublinguale o spray nasale. I servizi che si sono occupati maggiormente della distribuzione di questo farmaco, come Unità di Strada e altri servizi di Riduzione Del Danno, condividono tra le loro *mission* la distribuzione di kit provvisti di Naloxone, siringhe e istruzioni per la somministrazione nelle comunità di consumatori, tra e persone a loro vicine e nei luoghi dove vi è un

consumo massiccio, in modo da essere utilizzati in caso di emergenza. Essendo un farmaco con varie specificità che possono compromettere il suo unico scopo, evitare il decesso della persona, è necessaria una formazione specifica sulle caratteristiche, funzionalità e modalità della sua corretta somministrazione, assicurandone così l'efficacia. I kit di naloxone sono ampiamente disponibili e vengono distribuiti nelle comunità e nelle strutture sanitarie per essere utilizzati in caso di emergenza. La formazione sull'uso del naloxone è essenziale per garantire una corretta somministrazione e massimizzare l'efficacia del farmaco. Per il caso specifico del rilascio dal carcere, dove l'aumento delle possibilità di incorrere in un'overdose è nettamente maggiore a causa dell'interruzione del consumo, risulta cruciale la diffusione di pratiche di consapevolezza rispetto i potenziali rischi dell'assunzione, soprattutto per il fatto che l'accesso alle cure e al sostegno sociale può essere limitato nel periodo immediatamente successivo al rilascio. In conclusione, affinché il naloxone sia efficace nel ridurre il numero di morti da overdose è necessario implementare strategie di distribuzione e formazione rispetto all'utilizzo di questo farmaco, in particolar modo nelle strutture carcerarie e nelle comunità vicine a questa problematica. Questo può avvenire attraverso programmi di educazione e accesso al naloxone. Inoltre, in modo da minimizzare i casi dove avviene una mancanza d'intervento, sarà necessaria l'introduzione di una norma che tuteli le persone che richiedono l'intervento dei soccorsi, privilegiando la salute delle persone che usano sostanze. Attraverso queste strategie è possibile garantire che le persone in uscita dal carcere siano provviste del farmaco e delle conoscenze utili per il suo corretto utilizzo, in modo da generare risposte tempestive a possibili episodi di overdose.

### **2.2.2. I Fattori psicologici coinvolti nelle overdose post-scarcerazione**

Il fenomeno delle overdose post scarcerazione rappresenta una problematica rilevante per le politiche che si occupano di salute pubblica, con implicazioni devastanti per la salute degli individui coinvolti e per la società nel suo insieme. Affrontare questa sfida nella sua interezza richiede un'analisi multifattoriale che si concentri sui vari fattori che possono influenzare questo processo. Il Modello concettuale di Rischio di Overdose da Oppiacei dopo il Rilascio proposto da Joudrey, Khan, Wang e colleghi nel 2019, ci offre una base teorica significativa per la comprensione di questo complesso meccanismo. Il modello in questione riconosce che gli effetti di un periodo di detenzione possono

incidere significativamente sul rischio di overdose attraverso una serie di “determinanti intermedi”, che includono fattori psicologici individuali, sociali e biologici (Joudrey et al., 2019). Prima di affrontare alcuni dei determinanti più influenti è utile ricordare che nell’interpretazione di questi fattori essi non vengono riconosciuti come dei conduttori diretti alla mortalità per overdose da oppioidi; sono piuttosto dei collegamenti causali che li legano ai decessi per sovradosaggio attraverso i cosiddetti “determinanti prossimali o Esiti”, riguardanti la sfera psico-sociale, che a loro volta, sono legati agli effetti prettamente biologici del fenomeno (Joudrey et al., 2019). La figura 6 riporta la rappresentazione grafica del modello proposto dagli autori che fungerà da base teorica per la stesura di questa ricerca.

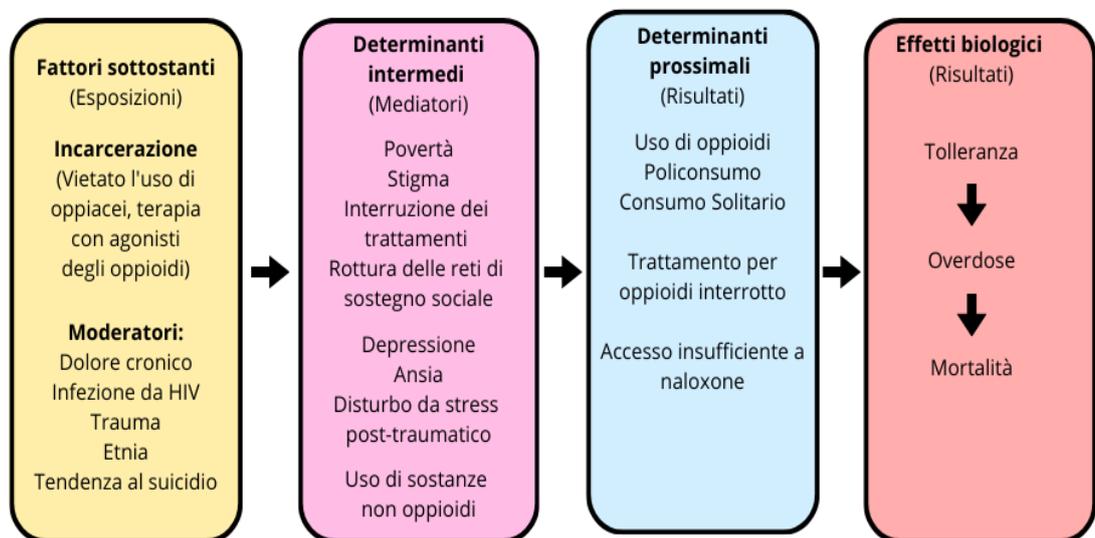


Figura 6: Modello concettuale del rischio di overdose correlato agli oppioidi dopo il rilascio.

*Fonte: Joudrey et al. (2019)*

Nel seguente capitolo, analizzeremo alcuni fattori psicologici che possono condizionare il rischio di overdose post scarcerazione. Prima di addentrarci nello studio di questo fenomeno, è utile ricordare che le ricerche in ambito carcerario presentano importanti vincoli che incidono sulla raccolta dei dati nel contesto carcerario. Il rapporto sulle carceri dell’EMCDDA del 2020, infatti, evidenzia diversi fattori che influenzano la fattibilità della raccolta dati nel contesto carcerario. Questo *bias* di ricerca è influenzato

da vari elementi, tra cui le limitazioni strutturali dei sistemi penitenziari, le caratteristiche della popolazione carceraria e la scarsa priorità attribuita ad essa, sia dalle agende politiche che di ricerca. Inoltre, le limitazioni strutturali alla ricerca e al monitoraggio in carcere comprendono procedure complesse e talvolta lunghe per ottenere l'accesso alle strutture carcerarie a fini di ricerca, comprese le approvazioni etiche (EMCDDA, 2020). Nonostante ciò, cercheremo di definire i fattori di rischio più incidenti e che richiedono l'attenzione della salute pubblica, attraverso un'analisi critica della letteratura disponibile utilizzando la lente delle teorie psicologiche e sociali esistenti. Questa ricerca auspica di contribuire alla costruzione di strategie di intervento efficaci che affrontino in modo mirato le cause che incidono sul fenomeno delle morti da overdose post scarcerazione.

Il trauma e l'esposizione alla violenza rappresentano degli importanti fattori di rischio per le persone che usano sostanze, in particolare per coloro che possono sperimentare un'overdose in seguito alla scarcerazione. Svartati studi dimostrano che questa popolazione è spesso soggetta a livelli elevati di trauma e di esposizione alla violenza. Fazel e collaboratori nel 2016 hanno registrato che le persone in uscita dal contesto penitenziario sperimentano aggressioni fisiche e sessuali con una frequenza di 13- 27 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Fazel et al.,2016). A riguardo, alcune ricerche recenti mostrano che vi sia un'associazione tra una storia di trauma e un aumento del rischio di overdose da oppiacei (Joudrey et al., 2019;Harlow, 1998; Lake et al., 2015). La violenza fisica o sessuale è stata associata, rispettivamente, a un aumento del 36% e del 48% delle probabilità di un evento di overdose non fatale tra le persone che fanno uso di droghe per via iniettiva (Lake et al.,2015). Questi dati suggeriscono che l'alta prevalenza di traumi tra le persone che usano sostanze e che escono dal carcere potrebbe interagire con altri fattori che contribuiscono alla mortalità per overdose da oppiacei. In aggiunta, l'elevato grado di stress e di traumi subiti durante il periodo detentivo possono contribuire a generare uno stato di vulnerabilità che incrementa notevolmente il rischio di overdose post scarcerazione. La presenza di traumi e violenze tra la popolazione indagata evidenzia l'importanza di fornire un supporto psicologico e sociale adeguato e di interventi mirati che si focalizzino nell'affrontare le esperienze traumatiche in modo da ridurre il rischio di overdose dopo il rilascio dal carcere.

La comorbilità psichiatrica, definibile come la co-occorrenza di due o più disturbi mentali nella stessa persona, dove solitamente convivono un disturbo mentale e un disturbo legato all'uso di sostanze (EMCDDA, 2020), è un aspetto comune tra le persone

in uscita dal carcere. Questo *target* di popolazione presenta una elevata prevalenza di disturbi psichiatrici, tra cui depressione, ansia e disturbo da stress post-traumatico, che possono aumentare il rischio di overdose da oppioidi dopo il rilascio (Fazel et al., 2016). Recenti studi hanno registrato che circa il 50-60% di questi individui presenta un disturbo di salute mentale, di cui il 20-30% con sintomi di depressione maggiore, e che il 40-50% che manifesta una situazione di comorbidità, presentando sintomi sia disturbi psichiatrici che correlati all'uso di sostanze (James & Glaze, 2006; Anderson, Geier, & Cahill, 2016). L'esposizione al sistema di giustizia penale stesso può esacerbare i disturbi psichiatrici sottostanti. La natura stressante e disruptiva della detenzione e del rilascio sembrano essere alla base dell'aumento dei sintomi psichiatrici dopo il rilascio (Van den Berg et al., 2016). Uno studio effettuato nel Rhode Island ha riportato che un terzo degli individui rilasciati dalla detenzione aveva i sintomi di depressione peggiorati al ritorno nella comunità (Van den Berg et al., 2016). Questo ci indica che, nonostante una proporzione sostanziale delle persone che escono dallo stato detentivo e che usano sostanze abbiano precedenti disturbi psichiatrici al momento dell'incarcerazione, le esperienze di detenzione e rilascio possono anche esacerbare i sintomi, con effetti visibili sia immediatamente dopo il rilascio che a lungo termine (Shinkfield & Graffam, 2009), sottolineando l'interdipendenza tra fattori contestuali e individuali, e il loro impatto sulla salute delle singole persone. Il momento dell'uscita dal carcere, rappresentando un momento altamente stressante per le persone che lo esperiscono, può far ricorrere gli individui a tecniche di automedicazione, utilizzando l'uso di sostanze come strumento di *coping* per sedare gli stati ansiosi e affrontare i sintomi dei disturbi psichiatrici. Per cui, il trattamento dell'ansia dopo il rilascio con benzodiazepine può aumentare il policonsumo e il rischio di overdose da oppiacei (Bowen, Rogers, & Shaw, 2009). Pertanto, è importante che nella creazione di percorsi mirati alla riduzione delle morti da overdose post scarcerazione siano proposte strategie preventive che includano del loro sguardo non solo gli aspetti diagnostici dei disturbi psichiatrici, ma anche i fattori contestuali e le caratteristiche stressogene dell'ambiente post carcerario, combinandoli con pratiche di gestione e accompagnamento del dolore e riduzione del danno legato al consumo di sostanze. In conclusione, per assicurare una completa e precisa assistenza per le persone che usano sostanze e che escono dallo stato detentivo è necessario adottare un approccio integrato che tenga conto dell'incidenza di questa moltitudine di fattori sulla salute di questa popolazione altamente vulnerabile, con il fine di promuovere pratiche di riduzione del rischio e di reinserimento positivo nella società esterna.

Il suicidio è una delle principali cause di morte prematura tra le persone in prigione con disturbi in comorbidità (EMCDDA, 2020). Il recente studio francese di Désesquelles et al. del 2018, riporta che il 78% dei decessi in prigione è dovuto a cause violente, e l'11% di questi è attribuibile a un'overdose o a un'intossicazione intenzionale o accidentale di sostanze. Infatti, è importante notare che una considerevole proporzione delle persone che si suicidano in carcere ha problemi legati alle droghe. Studi recenti sulle persone che attraversano il sistema penale effettuati dopo il rilascio, hanno registrato un alto livello di rischio di suicidio post-scarcerazione, mostrando anche un conseguente incremento del rischio di overdose da oppiacei dopo l'uscita (Olsson, Bradvik, Öjehagen, & Hakansson, 2016). Questi studi confermano questa ipotesi di interdipendenza e consequenzialità. Infatti, risulta che le popolazioni che attraversano il sistema di giustizia penale e che tendono a sperimentare overdose e azioni suicidarie, abbiano in comune molti fattori di rischio come l'uso di eroina, il consumo eccessivo di alcol e la precedente ospedalizzazione psichiatrica (Olsson et al., 2016). I dati disponibili ci indicano che gli individui rilasciati dalla prigione hanno un rischio di mortalità correlato al suicidio sei volte maggiore rispetto alla popolazione generale, e per le donne rilasciate dalla prigione o dalla detenzione il rischio è ancora maggiore (Fazel et al., 2016). Recenti studi evidenziano la correlazione tra il rischio di un'overdose non fatale e l'incidenza di atti suicidari dopo la scarcerazione; gli stessi dimostrano che sia il rischio di overdose che il rischio di suicidio aumentano congiuntamente dopo il rilascio, molto probabilmente a causa degli estremi stress del reinserimento nella comunità (Pratt et al., 2006; Binswanger et al., 2011). Per effettuare una corretta analisi del fenomeno è utile ricordare che nella raccolta dati delle morti da overdose da oppiacei risulta di difficile effettuare una discriminazione precisa tra quelle accidentali ed intenzionali. Le seconde, infatti, potrebbero essere sottostimate (Bohnert et al., 2013), suggerendo che il legame tra suicidio e overdose potrebbe avere un ruolo significativo, nonostante ancora non sia adeguatamente riconosciuto. La prevalenza delle malattie mentali, dell'uso di sostanze e di stress potrebbero quindi rappresentare dei fattori incidenti sul rischio di suicidio nel momento del reinserimento nella comunità. In aggiunta, la continuità delle cure e la reperibilità dei farmaci potrebbero essere difficili da ottenere per le persone che presentano dei disturbi mentali e che esauriscono le scorte fornite dalle carceri. Gli interventi futuri dovrebbero puntare a una migliore pianificazione della transizione tra vita interna ed esterna al carcere. E' necessario che si miri alla continuità di trattamento,

facilitando l'accesso ai servizi competenti e riconoscendo la collaborazione tra fattori BioPsicoSociali, miri alla riduzione del rischio delle morti post-scarcerazione.

### **2.2.3. Fattori sociali che influenzano questo fenomeno nel Modello Biopsicosociale**

Nel contesto dell'indagine sulle overdose dopo il rilascio dal carcere, all'interno del Modello BioPsicoSociale, si dedica particolare attenzione ai fattori sociali come componenti essenziali per capire e prevenire questo fenomeno. Il ritorno nella comunità dopo essere stati in prigione presenta una serie di ostacoli e tensioni che possono incrementare il pericolo di recidive e di overdose tra gli ex detenuti. La definizione di Stress Ambientale proposta da Lazarus & Folkman nel 1984 considera lo stress, anziché come una variabile singola, come una rubrica complessa, dove emozione, motivazione e cognizione, vengono considerate variabili interconnesse e interdipendenti. Essa definisce che da qualsiasi interazione tra persona e ambiente è possibile osservare delle reazioni specifiche sulle risposte emotive a breve termine ed in quelle comportamentali (Folkman & Lazarus, 1984), e che queste osservazioni siano il risultato di una valutazione dell'individuo sui potenziali rischi o risorse di un determinato ambiente. Perciò, il contesto in cui gli individui sono immersi, con le sue particolarità fisiche e sociali, risulta essere un elemento impattante sul funzionamento psicologico di una persona, con conseguenze significative anche in termini di efficacia delle loro azioni e decisioni. Il seguente paragrafo si occuperà, quindi, di delineare i maggiori fattori di rischio sociali e contestuali che la popolazione che usa sostanze incontro all'ambiente post-carcerario al momento del rilascio.

Nel capitolo 2.1.2. abbiamo introdotto il concetto di tolleranza attraverso lo studio delle risposte fisiologiche che seguono una somministrazione di farmaci o sostanze, stabilendo che le reazioni biologiche prodotte da questo stato fossero conseguenza diretta dell'assunzione delle stesse. Effettivamente, queste risposte sono incondizionate, dal momento che sono proprio la conseguenza diretta della sostanza (Fabozzi & Francesco Cassese, 2012). Tuttavia, accade che in seguito all'associazione tra sostanza e ambiente, l'organismo attivi una risposta compensatoria anche in assenza della sostanza stessa, generando comunque lo sviluppo della tolleranza agli effetti della sostanza (Ramos et al.,

2002). Questo effetto viene definito come “Fenomeno della Tolleranza Condizionata” ed indica una risposta “psico-fisiologica complessa e globale” ad una sostanza psicotropa, tenendo presente sia gli elementi fisico-chimici della sostanza in sé, sia della situazione nella quale tale sostanza viene assunta (Fabozzi & Cassese, 2012; Siegel et al., 2002; Pinel, 2000). Questo caso particolare di tolleranza comportamentale induce, quindi, una complessa risposta psico-fisiologica rispetto ad una sostanza psicotropa. Essa si manifesta quando l’assunzione avviene in presenza di stimoli ambientali, compresi quelli olfattivi e visivi, precedentemente associati all’esperienza del consumo in quel determinato contesto. L’individuo, in seguito a questa attivazione anticipata, risponde attraverso meccanismi compensativi che, analogamente al condizionamento di Pavlov, anticipano la presenza della sostanza. Essi, inoltre, inducono fenomeni di adattamento che hanno come conseguenza la riduzione della risposta del farmaco e quindi del loro effetto sull’organismo. Questo complesso meccanismo viene definito da Pinel (2000) come “assuefazione contesto-specifica”. Un esito coerente ma opposto a questo funzionamento si verifica quando l’assunzione avviene in modo inatteso e quindi fuori dal contesto abituale (decontestualizzato). In questo caso il rischio di overdose aumenta notevolmente, essendo che il corpo non più preparato è maggiormente suscettibile agli effetti della sostanza (Siegel, 1984; Siegel e Ellsworth, 1986; Siegel et al., 1982; Pinel J.P.J., 2000). Anche il concetto di “ricaduta”, che nell’ambito dei trattamenti per le dipendenze fa riferimento al ritorno al consumo dopo un periodo di astinenza, si lega al fenomeno della Tolleranza Condizionata.

Svariati studi dimostrano che molte persone che consumano sostanze, una volta tornate nei loro contesti di vita quotidiana, essendo esposte nuovamente agli stimoli precedentemente associati all’uso, tornano a consumare (Blakey & Baker, 1980). Questo dimostra l’influenza significativa dei fattori ambientali sui meccanismi decisionali che regolano l’assunzione di sostanze, con il conseguente aumento del rischio di recidiva. Ciò concerne non solo il consumo di sostanze ma anche, per quel che riguarda il nostro caso d’interesse, la probabilità di ripetere reati, aumentando il rischio di re-incarcerazione (Fabozzi & Cassese, 2012). Pertanto, la prevenzione delle morti da overdose post-scarcerazione dovrà quindi focalizzarsi sull’educazione e diffusione di informazioni rispetto al fenomeno della tolleranza, tentando di estinguere il più possibile l’attivazione automatica del desiderio di assunzione della sostanza in presenza degli stimoli condizionati. Se si vuole contrastare il problema delle morti da overdose post-

scarcerazione, anche in questo caso, è utile riconoscere l'influenza degli effetti dei fattori contestuali sull'individuo e contemporaneamente prestare attenzione anche alle dimensioni biologiche e psicologiche coinvolte; sviluppando strategie di prevenzione che, attraverso una visione olistica, riescano a ridurre le morti da overdose osservando questo fenomeno nella sua completezza e multifattorialità.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS,1948) ha definito il concetto di salute come:” una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità.” I reticoli sociali, perciò, rappresentano un'importante fonte di benessere per gli individui offrendo, attraverso un supporto emotivo, pratico ed emotivo, la possibilità di ammortizzazione degli effetti negativi sulla salute durante gli eventi stressanti, come nel nostro caso l'esperienza detentiva e il momento della scarcerazione. Il momento dell'incarcerazione, rimuovendo fisicamente la persona dalla sua famiglia, affetti e comunità, comporta una drastica rottura con i legami sociali esterni, interrompendo le relazioni sociali durante un periodo altamente stressante. Gli studi di Khan et al. (2011) e Morrow (2009) riportano che tra il 50 e l'80% delle persone sono in relazioni impegnate al momento dell'ingresso in prigione, ma anche che il 30-50% di quelle relazioni si interrompono durante l'incarcerazione (Khan et al., 2011, pp. 365-375; Morrow, 2009, pp. 235-243). Un recente studio effettuato su un campione di uomini afroamericani rilasciati di recente in Carolina del Nord, ha dimostrato che coloro che hanno interrotto delle loro relazioni con partner affettivi durante l'incarcerazione, riportassero un livello di stress più elevato al momento del reinserimento in comunità, rispetto agli individui che hanno mantenuto la relazione con un partner impegnato (Khan et al., 2018). Il pregiudizio sociale subito dalle persone che attraversano il sistema detentivo, potrebbe influenzare negativamente la continuità dei rapporti sociali e la ricerca di un supporto comunitario. Alcuni studi effettuati in Ohio (Winnick & Bodkin, 2008), riferiscono che gli individui rilasciati dal carcere mettono in atto anticipatamente strategie di “ritiro sociale preventivo” e “segretezza” con lo scopo di constatare una possibile discriminazione dovuta al loro legame con la giustizia. Inoltre, la preoccupazione di essere ri-esposti ad uno stile di vita che precedentemente li ha condotti nel sistema carcerario, può portare gli individui in uscita a comportamenti di evitamento dei vecchi legami sociali, inducendo all'isolamento domestico (Joudrey et al., 2019). Il confinamento sociale tra le mura di casa, nel caso in cui se ne possedeva una, e più in generale il consumo solitario dovuto all'isolamento sociale, rappresenta un

importante fattore di rischio per le morti da overdose. Nel caso delle overdose da oppioidi, se l'individuo è solo al momento dell'assunzione, sarà impossibile somministrare il Naloxone e chiamare i soccorsi. Infatti, insieme all'abbassamento della tolleranza dopo un periodo di astinenza, il consumo solitario rappresenta una delle maggiori cause di morte da overdose nella popolazione che consuma sostanze. Uno studio effettuato dal 1997 al 2000 a San Francisco, ha stimato che il 68% delle morti è avvenuto quando la vittima dell'overdose era da sola (Davidson et al., 2003). Anche il sito italiano Geo Overdose.it, il quale registra le morti da overdose in tempo reale in Italia, riporta che il 67,8 % delle morti da overdose avvenute tra il 2017 ed il 2024, sia avvenuta in solitudine (Geoverdose, consultato il 21/03/2024). In aggiunta, un'analisi multivariata, ha dimostrato che aver trascorso del tempo in prigione era associato ad un consumo solitario (Hagan et al., 2007). La co-occorrenza di due fattori estremamente pericolosi per l'incolumità della salute come l'abbassamento della tolleranza (vedi capitolo 2.1.2.) ed il consumo solitario, aumentano notevolmente il rischio di overdose fatale post-scarcerazione. Anche l'acquisto delle sostanze è un fattore che può subire l'influenza della rottura dei legami sociali tra le persone che escono dal carcere. Infatti, queste potrebbero ritrovarsi nella condizione di rifornirsi da fonti sconosciute una volta tornate nella società, esponendosi in modo non intenzionale al rischio di assumere droghe sintetiche con effetti molto più potenti di quelli presunti, come avviene in molti casi recentemente registrati, dove le sostanze sono contaminate inconsapevolmente con il *fentanyl* (Brinkley-Rubinstein et al., 2018). Considerando che l'accesso al *Drug Checking*, ovvero all'analisi qualitativa o quantitativa delle sostanze, è scarsamente diffuso e ostacolato dalle varie barriere e approcci politici dei diversi Paesi in materia di sostanze, la probabilità di assumere una sostanza non corrispondente alle nostre aspettative diventa una prospettiva reale, con conseguenze negativamente incidenti sulla salute di chi usa sostanze. Molti paesi europei, tra cui l'Italia, la Spagna, l'Olanda e la Svizzera, stanno insistendo sull'importanza di implementare servizi di analisi delle sostanze. Inoltre, le linee guida europee proposte dall'EMCDDA suggeriscono l'implementazione di ambienti per un consumo sicuro, come le *Drug Consumption Room* (trad.: Stanze per il Consumo di Sostanze), che promuovano uno stile di consumo consapevole e che siano congiuntamente in grado di stimolare gli individui nello sviluppo di un senso di comunità (EMCDDA, 2014). La ricerca riconosce ampiamente l'importanza del sostegno sociale come fattore di protezione per le morti da overdose post-scarcerazione (Binswanger et al., 2012). L'ampliamento e diffusione di servizi di

riduzione del danno e di promozione di comunità rappresentano, quindi, un'alternativa d'intervento efficace in grado di ridurre gli effetti negativi sulla salute legati al consumo solitario e all'isolamento sociale post-scarcerazione. Adottare un approccio integrato costituisce un importante avanzamento verso il miglioramento della salute e del benessere delle persone durante il delicato processo di reinserimento dopo la condizione di privazione della libertà.

Uno dei vari costrutti psicologici con conseguenze devastanti sulla salute delle persone che usano sostanze è lo stigma. Lo stigma è un fenomeno complesso definito come un marchio negativo e discriminatorio nato da un pregiudizio nei confronti di una determinata categoria sociale (Goffmann,1972). Le conseguenze che genera si manifestano in atteggiamenti avversi, credenze pregiudizievoli che condizionano non solo le dinamiche delle interazioni sociali e lo stato di salute dell'individuo ma anche, a livello più ampio, le decisioni delle politiche sociali e sanitarie. Vi sono alcune categorie sociali che sono maggiormente stigmatizzate rispetto alle altre, come le persone che usano sostanze e che escono dalla condizione detentiva. Esse sono soggette ad un duplice stigma, quello di consumare sostanze e quello di essere percepiti socialmente come dei "criminali". Essere soggetti a questa condizione discriminante può portare gli individui ad interiorizzare lo stigma ed, infine, ad auto-stigmatizzarsi (Moore, 2016). Le difficoltà legate all'isolamento sociale e alla povertà sono, quindi, ulteriormente esacerbati dallo stigma legato all'incarcerazione (Joudrey et al., 2019). Lo stigma condiziona fortemente l'efficacia del reinserimento sociale, influenzando i processi di raggiungimento di un'occupazione, ricerca abitativa ed il rischio di recidiva. (Moore, 2013). In uno studio effettuato su un campione di donne uscite dalla condizione detentiva a San Francisco evidenzia come lo stigma eserciti la sua influenza su ogni ambito del reinserimento comunitario, dall'ambito lavorativo, all'accesso al trattamento e la reintegrazione familiare. (Van Olphen et al., 2009). Inoltre, il grado di stigma è molto maggiore per le donne a causa degli stereotipi di genere che impongono alle donne standard diversi rispetto agli uomini. Il paragrafo 2.4 tratterà nello specifico la condizione delle donne che usano sostanze che escono dal carcere, essendo questo *target* soggetto a dinamiche specifiche e fortemente dannose per la loro salute. A livello psicologico lo stigma viene associato ad un dannoso funzionamento psichico, come l'aumento dei sintomi depressivi e del consumo disfunzionale di sostanze come metodo compensativo (Semple, Patterson, & Rant, 2005; Schomerus et al., 2011). Tali effetti influiscono anche sull'auto-

percezione, con conseguenze dirette sul livello di autostima e senso di autoefficacia. Sono autori come Miller (1999) e Ryan (1995) che, all'interno dello studio della psicologia evolutiva, ci ricordano che i processi coinvolti nella creazione di un'autonomia personale sono molto più "relazionali" di quello che comunemente ci si aspetti. Un'ulteriore conseguenza diretta di questo fenomeno è quella che viene definita da Lemert nel 1981 come "devianza secondaria" ovvero una stigmatizzazione in cui un effetto conseguente al sentimento di diversità e isolamento, è quello di perseverare nel comportamento visto come deviante. Ciò aumenta la probabilità di assumere sostanze da sole, aumentando notevolmente il rischio di incorrere in overdose fatali o addirittura di omettere la richiesta di soccorso nei casi di emergenza (Van Olphen et al., 2009). Anche i processi di cura e di riabilitazione possono essere evitati dai consumatori per paura di subire anche in quei contesti, la discriminazione sociale e loro associata. Perciò, i percorsi trattamentali, se non riconoscono l'impattante azione dei determinanti relazionali e sociali subiti da questa comunità, rischiano di essere un ulteriore ostacolo al cambiamento della persona. Il timore di essere riconosciuti come frequentatori del Ser.D., la paura di rimanere "schedati", l'ansia di rendersi in qualche modo più visibile per la propria dipendenza, costituiscono un freno che ritarda e spesso preclude l'accesso al servizio (Grosso, 2023). In base a queste considerazioni, è importante che gli operatori sociosanitari, ed in generale gli attori coinvolti nel percorso di trattamento e reinserimento sociale delle persone che usano sostanze uscite dalla prigione, si pongano come mediatori tra le amministrazioni locali e i territori, con il fine di diminuire lo stigma subito da questo gruppo, promuovere la salute degli individui e diffondere una visione realistica ed integrata sul mondo dell'uso di sostanze.

Da quando si è cominciato a parlare di "Epidemia da oppioidi" le politiche sanitarie e sociali hanno impiegato sforzi limitati nella prevenzione delle morti da overdose e nella distribuzione ed educazione all'uso del naloxone. Il ridotto accesso al naloxone rappresenta una barriera significativa per le persone che usano sostanze, in particolare per coloro che vengono scarcerati. Nella prima parte di questo capitolo abbiamo discusso ampiamente dell'importanza del Naloxone nell'invertire l'azione depressiva degli oppiacei sul Sistema Nervoso Centrale, tuttavia, l'accesso a questo farmaco e a servizi di Riduzione Del Danno non è ancora omogeneamente diffuso nei servizi sanitari dei vari paesi. Questo ostacolo sanitario contribuisce all'incremento delle

morti da overdose post scarcerazione, con effetti diretti sul benessere e la salute degli individui coinvolti.

A New York, dove la disponibilità di Naloxone è supportata da una vasta e solida comunità, si è svolto uno studio sull'efficacia dei programmi di *Take Home Naloxone* nei contesti carcerari. Lo studio ha permesso di evidenziare le potenziali barriere subite dagli individui che consumano sostanze, infatti, solo 200 persone su 700 segnalate hanno ricevuto il kit di Naloxone da portare a casa al momento di rilascio (Zucker et al., 2015). Queste analisi mettono in luce come le sfide legate all'accessibilità al Naloxone non derivino solo dall'aspetto pragmatico del numero di servizi disponibili, ma che le loro cause risiedono principalmente nell'influenza degli stigmi sociali delle politiche sociali sulle persone che usano sostanze, ancora di più se hanno una storia di detenzione. Queste discriminazioni spesso provengono dall'influenza degli approcci tradizionali alle dipendenze basati sul modello medico e morale. La conseguenza di queste visioni può limitare le decisioni di investire su percorsi preventivi in favore di interventi punitivi, che osservano limitatamente la numerosa e varia porzione di fattori biologici, psichici e sociali influenti nello sviluppo di una dipendenza. La frase "*Just Say No*", usata storicamente come *slogan* dalle politiche antidroga, riflette in modo chiaro la visione centrale di questa prassi rispetto all'astinenza e la dimensione morale impiegata nella scelta di consumare o meno sostanze psicoattive, soprattutto illegali. Lo studio condotto da Sondhi, Ryan e Day (2016) ha riscontrato tre delle principali barriere nell'implementazione dei progetti di *Take Home Naloxone*: disinformazione sul naloxone, difficoltà nell'identificare e coinvolgere le persone a rischio di overdose da oppiacei e la necessità di supporto amministrativo senior per l'implementazione del programma. Le politiche di salute pubblica dovrebbero investire sull'abbattimento di tali barriere, anziché esacerbarle, riconoscendo l'impatto positivo di un approccio preventivo e non giudicante nella riduzione del numero delle morti da overdose post scarcerazione e l'influenza diretta che i pregiudizi sociali possono causare sul benessere delle persone già ampiamente marginalizzate.

### **2.3. Focus sulle donne detenute che usano sostanze**

Le donne che usano sostanze e che sono detenute affrontano un insieme di difficoltà sanitarie che le rendono particolarmente vulnerabili. Tra queste, problemi di salute mentale (depressione, ansia, trauma), problemi di salute fisica (malattie infettive, patologie croniche), bisogni di salute riproduttiva e sessuale, che non sembrano adeguatamente soddisfatti. Si aggiungono le barriere all'accesso alle cure, causate da stigma e discriminazione, mancanza di servizi sanitari adeguati e personale non formato per la gestione di problematiche femminili. Comprendere le specificità di questa popolazione è fondamentale allo scopo di questa ricerca per due motivi: innanzitutto, le donne detenute hanno un rischio di overdose post-scarcerazione fino a 12 volte superiore a quello degli uomini detenuti (Binswanger et al., 2015), in secondo luogo, la progettazione di interventi efficaci per la prevenzione delle morti da overdose post-scarcerazione deve tenere conto delle esigenze specifiche delle donne. Questo sottocapitolo si occuperà di analizzare la popolazione femminile detenuta attraverso lo studio della letteratura e dati disponibili. L'obiettivo è quello di identificare i fattori di rischio specifici per le donne che aumentano il rischio di overdose post-scarcerazione e di esaminare alcune strategie efficaci da sviluppare negli interventi di prevenzione delle morti da overdose post-scarcerazione tra le donne.

Le donne in prigione sono state descritte come uno dei gruppi di donne più vulnerabili della nostra società (Adams, 1995; Jose & Kampfner, 1995; Maeve, 1997). Le questioni che contribuiscono a questa vulnerabilità sono strettamente connesse alle questioni di salute e sociali. Mentre la mancanza di rappresentanza delle donne nella ricerca sulla salute è diventata una preoccupazione nazionale, la ricerca sulla salute delle donne detenute è ancora particolarmente carente “(Maeve, 1999). Inoltre, il *bias* di ricerca che intacca la popolazione femminile mostra una carenza anche rispetto alla questione etnica, infatti, le conoscenze esistenti relative alle donne detenute sono rappresentative principalmente di quelle europeo-americane di classe media (Hall et al., 2004), nonostante il fatto che la maggior parte delle donne carcerate non lo siano effettivamente (Maeve, 1999). Le donne detenute costituiscono una piccola proporzione della popolazione carceraria in tutto il mondo, di solito tra il 3% e l'8% del totale (van den Bergh et al., 2014; Aebi e Tiago, 2020). Le statistiche di imprigionamento segnalano una presenza femminile che varia significativamente in tutto il mondo: 3,2 per 100.000 abitanti donne in Africa, 6,2 in Asia, 11,3 in Oceania e fino a 31,4 nelle Americhe (EMDDDA, 2020). A livello globale, il numero di donne in carcere è aumentato di più del

50% tra il 2000 e il 2017, rispetto a un aumento del 20% negli uomini (Walmsley, 2017). Nonostante la proporzione di donne private della libertà sia rimasta stabile negli anni, l'aumento generale della popolazione carceraria ha portato anche ad un aumento del numero effettivo delle donne incarcerate (Tournier, 2001; Aebi e Tiago, 2020). Al 31 gennaio 2019 c'erano 41.114 donne detenute nei 27 Stati membri dell'UE, Norvegia, Turchia e Regno Unito, rappresentando circa il 5% della popolazione carceraria totale (EMCDDA, 2020). Tra queste, le cittadine straniere rappresentano una fetta importante di popolazione, con una presenza che varia dal 16% al 20% (Aebi e Tiago, 2020) tra i veri paesi europei, arrivando in certi casi a superare la popolazione straniera maschile. In Italia la percentuale di presenze di donne in carcere segue i numeri europei, attestandosi da molti anni sopra il 4% del totale della popolazione detenuta. Erano 2.392 le donne presenti negli istituti penitenziari italiani al 31 gennaio 2023, di cui 15 madri con 17 figli al seguito (ANTIGONE, 2024). La figura che segue mostra l'andamento delle presenze femminili italiane dall'anno 1991 al 2022 in Italia (fig. 7).

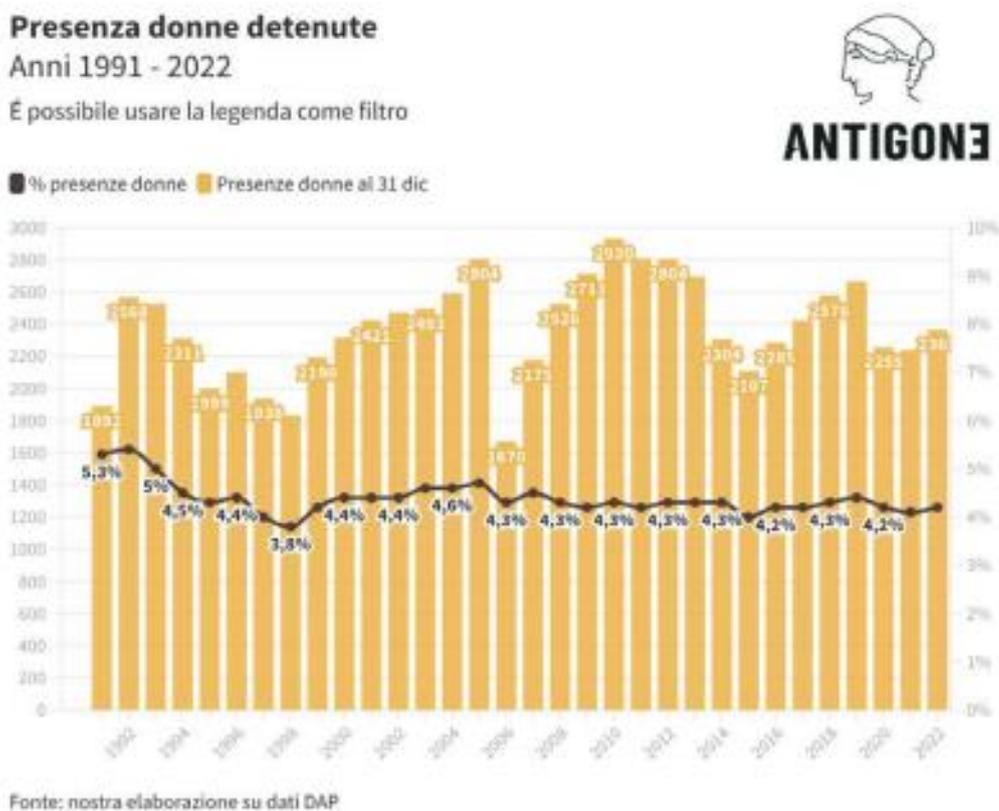


Figura 7: Presenza donne detenute in Italia dal 1991 al 2022

*Fonte: Report Antigone - Focus sulle donne (2023)*

Per ciò che concerne i profili delle detenute italiane, il disagio psichico e le problematiche di salute mentale e dipendenza da sostanze risultano un fenomeno di ampio impatto, con conseguenze gravi sulla salute di queste persone. Le donne con diagnosi psichiatriche gravi sono il 12,4% delle presenti, contro il 9,2% dei presenti negli istituti in cui ci sono solo uomini, e fanno regolarmente uso di psicofarmaci il 63,8% delle donne presenti, contro il “solo” 41,6% degli uomini. Sono inoltre in trattamento per tossicodipendenze il 14,9% delle donne detenute, contro il 18,7% degli uomini (ANTIGONE,2024). Analoghe sono le preoccupazioni rispetto ai tassi di suicidio, i casi di tentati suicidi erano al 3,7 ogni 100 detenuti negli istituti e sezioni femminili, più del doppio degli 1,6 degli istituti che ospitano solo uomini (ANTIGONE,2024). Infatti, le carceri che ospitano anche sezioni femminili registrano anche un tasso di violenza maggiore rispetto a quelle solo maschili, con un tasso dello 7,7 di aggressioni a danno di altri detenuti ogni 100 presenze negli istituti e reparti femminili contro le 5,5 degli istituti che ospitano solo uomini. Perciò, nonostante culturalmente le donne vengano percepite come persone più “docili” rispetto agli uomini, i dati dimostrano che la vita nei reparti femminili non appare affatto meno problematica rispetto a quella che si incontra in qualunque reparto detentivo maschile d’Italia (ANTIGONE,2023). Per ciò che riguarda le circostanze che portano le donne ad essere detenute, i dati riportano che le donne tendono a commettere reati in numero e tipologia diverso rispetto agli uomini (Braithwaite, 1989; Gottfredson e Hirschi, 1990; Akers, 2009; Robert, 2009), e, secondo alcuni studi, alcuni giudici concedono pene più lievi alle donne a causa dell’alto costo sociale della loro incarcerazione, poiché spesso, a causa del ruolo di cura socialmente condiviso, esse forniscono la maggior parte del lavoro domestico non retribuito e di assistenza della prole (Steffensmeier et al., 1993; Cho e Tasca, 2019). La maggior parte di essi riguardano reati non violenti, spesso correlati al mondo della droga (Borrill, 2003; Fazel et al., 2017), rappresentando a livello mondiale la popolazione che maggiormente finisce in condizione detentiva per tali accuse (UNODC, 2018). In Europa, su tutte le donne in carcere, la proporzione di coloro che sono incarcerate per reati legati alla droga varia considerevolmente, dal 5% in Bulgaria al circa 25% in Danimarca, Finlandia e Svezia, al 33% in Italia e al 40% in Spagna (UNODC, 2018).

### 2.3.1. Profili socio psico sanitari

Un elemento centrale e unico della detenzione femminile è quello della maternità. Come nella società libera, la figura della donna è accostata al ruolo di madre e anche nel carcere le donne sono molto più inclini degli uomini a essere i principali *caregiver* della loro prole, come riportato in un *briefing* britannico del 2015 (Prison Reform Trust, 2015). Per quanto riguarda la Costituzione Italiana essa con l'art. 27 dichiara che "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità" e proprio per questo la legge tutela il diritto di maternità nella condizione carceraria. La priorità rimane quella di non interrompere il legame con i figli e vengono proposte una serie di condizioni ad *hoc*, tra le quali la possibilità delle madri di tenerli con sé nelle sezioni nido (Ordinamento Penitenziario del 1975 e successivi decreti di riforma del 2018) o di avvalersi della detenzione domiciliare (l. n. 663 del 1986 e l. n. 165 del 1998). Le pratiche, tuttavia, restituiscono contraddizioni e ambiguità, specie verso le straniere (Antigone, 2023). Nonostante le intenzioni delle misure legislative in tutela al diritto di maternità, queste subiscono gli effetti di essere inserite in un contesto in cui l'esercizio dei diritti rimane limitato e subordinato alle regole imposte del dispositivo disciplinare (Zizioli, 2023). Questa condizione mina fortemente ad una delle dimensioni umanamente fondanti dell'adulthood, quella della cura delle relazioni affettive in cui si è immersi. La deprivazione affettiva destabilizza, svuota l'esistenza di uno dei suoi sensi fondamentali e trasforma la detenzione in una "doppia pena". Gandus e Tonelli (2019), analizzando la condizione delle donne madri in stato detentivo, hanno evidenziato le modalità con cui l'inadempienza di questo diritto fondamentale condiziona la vita delle detenute, in particolare delle loro scelte. Risulta, infatti, che la scarsità della qualità e frequenza delle comunicazioni familiari, in cui i colloqui sono spesso troppo brevi e quelli telefonici avvengono una volta alla settimana e per pochi minuti, amplificano il senso di isolamento già intrinseco nella natura dell'incarcerazione, con conseguenze significative sia per le donne che per i loro figli (Maeve, 1999). L'isolamento ed il timore della separazione crea una condizione in cui esse si trovano di fronte a scelte obbligate con lo scopo di limitare i danni di questa condizione come, ad esempio, la decisione di mantenere custodia dei figli in carcere fino ai limiti consentiti dalla legge, o invece la scelta di affidare le cure alla cerchia familiare, fino a quella di effettuare gli incontri in carcere o invece di rinunciare

a questo diritto per proteggerli dalla visione di una realtà così dura (Gandus & Tonelli, 2019). L'essere condannate mina quindi all'autorevolezza di quel ruolo sociale che, per la maggior parte dei casi, rappresenta una componente identitaria forte a cui vengono attribuiti significati che condizionano il senso di autoefficacia delle donne, i loro sentimenti e le loro decisioni. Il pensare di "non essere una buona madre" può portare ad una predisposizione alla rassegnazione e alla rinuncia, non solo nei confronti del mantenimento del legame con la prole ma anche nei confronti della vita stessa. Nelle interviste effettuate da Susanna Ronconi nel 2014 a tre donne con una storia di tentato suicidio in carcere, la maternità mancata, e la sofferenza che ne consegue, era un tema centrale e ricorrente, ed è stato possibile riscontrare una maggiore pervasività del tema del materno sulle donne recluse rispetto a quanto già succeda nel mondo libero.

L'analisi delle sfide incontrate dalle donne nello stato detentivo rappresenta un campo di ricerca fondamentale all'interno del sistema penitenziario. Le donne detenute hanno profili socio-sanitari unici e complessi con problematiche che spaziano dalla salute mentale alla gestione della maternità, fino ad arrivare alla violenza di genere e alla mancanza di programmi di reintegrazione specifici. Gli studi di van den Bergh et al. (2014) e Wattanaporn e Holtfreter (2014) riportano un alto livello di vulnerabilità delle donne che commettono crimini e vengono condannate a carcere (van den Bergh et al., 2014; Wattanaporn & Holtfreter, 2014), molta di essa viene ricondotta a situazioni contestuali e sanitarie già esistenti prima dell'incarcerazione. Sempre nello studio di van den Bergh e colleghi del 2014, viene evidenziata una situazione di cure insufficienti o inadeguate ricevute dalle donne prima del loro ingresso in carcere (van den Bergh et al., 2014). Molte di esse hanno subito traumi multipli fin dall'infanzia in contesti di svantaggio sociale (Fuentes, 2014), con un numero considerevole di segnalazioni di abusi fisici, sessuali ed emotivi prima di essere imprigionata. Queste circostanze rappresentano un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di disturbi comportamentali e della personalità, con storie di autolesionismo, abusi e abbandono, anch'essi frequentemente segnalati in questa popolazione. Inoltre, le donne detenute con una storia di traumi e violenza sono a maggior rischio di overdose post-scarcerazione (Campbell et al., 2017; Kessler et al., 2016). Nel complesso, poche donne vengono condannate a carcere, ma quelle imprigionate spesso presentano profili sociali e sanitari (fisici e mentali) complessi (EMCDDA, 2020).

Per far fronte a questo disagio psichico viene spesso la sanità carceraria ricorre ad una terapia farmacologica antidepressiva, anche se poche delle donne in trattamento ricevono una consulenza sostanziale a lungo termine, causata dalla limitatezza delle risorse carcerarie (EMCDDA, 2020). Infatti, nonostante il principio di equivalenza argomenti che "il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria disponibile ai detenuti devono essere gli stessi disponibili per la società nel suo complesso" (Coste 1976; Friedman 1992; Harding 1987; Thomas e Costigan 1992), in generale, le persone incarcerate hanno un accesso significativamente inferiore a cure mediche di qualità rispetto alla popolazione libera (Vaughn & Carroll, 1998). Nei fatti, la politica benevola sopracitata rimane un diritto teorico scarsamente conseguito. Essa, infatti, entra in conflitto con il "movimento del danno penale", un metodo che sostiene che le condizioni di vita e sanitarie all'interno delle prigioni debbano avere *standard* più severi rispetto a quelli esterni. L'obiettivo di questo metodo è di dissuadere dal comportamento criminale e far sì che chiunque commetta reati affronti una punizione significativa, sottolineando l'idea di utilizzare la pratica detentiva come strumento punitivo anziché rieducativo (Vaughn & Carroll, 1998). Nonostante la trasgressione di vari diritti umani universalmente riconosciuti, tale approccio ha trovato ampio impiego nelle politiche proibizioniste del passato ed esercita ancora oggi un impatto rilevante sulla gestione delle strutture penitenziarie e sulla salute degli individui detenuti. Le ricerche disponibili sulla sanità nelle carceri, infatti, mostrano che la dinamica della cura sanitaria all'interno delle carceri presenti una forte contraddizione: da una parte c'è un'aspettativa di "attivazione" personale per la propria salute e condizione, di cui forte è la componente "motivazionale", ma al contempo presenta delle restrizioni strutturali che ne limitano la possibilità. Infatti, nonostante l'aumentare della responsabilità individuale dei detenuti sia un obiettivo dichiarato, Vaughn & Carroll (1998) nel loro studio sull'adozione delle carceri del principio di equivalenza, riportano quanto essa venga in realtà ostacolata dagli scopi reali di questa istituzione, ovvero la punizione ed il controllo. Il perseguimento di questi obiettivi influenzano fortemente le norme delle sottoculture che operano all'interno del carcere, in particolare degli ufficiali di custodia e del personale medico, che si trovano a perseguire maggiormente pratiche correzionali e punitive, a sfavore di quelle di promozione del benessere. Questo aspetto risulta particolarmente rilevante per il caso delle donne, dove la completa e totale dipendenza imposta dalla realtà carceraria porta alla percezione di una forte separazione dalla possibilità di essere attivamente coinvolte nella gestione della propria salute, rinforzando il ruolo di vittima appreso principalmente

durante l'infanzia e l'adolescenza (ANTIGONE, 2024). Il prezioso contributo sulla vita carceraria delle donne fornito da Susanna Ronconi e Grazia Zuffa in “Recluse: lo sguardo della differenza femminile sul carcere” (2014) ritrova nella consapevolezza e attivazione personale delle componenti significative per la limitazione dei danni causati dai processi di vittimizzazione che, di contro, espongono le donne ad atteggiamenti di passività, fragilità e dipendenza (Ronconi & Zuffa, 2014). Da un punto di vista filosofico e strutturale, le prigioni non sono in sintonia con le esigenze delle donne che vi sono detenute. All'interno di queste strutture, le donne non trovano risposte ai loro problemi di salute; anzi, è possibile che la loro salute peggiori. Inoltre, le opportunità per migliorare la salute che vengono trascurate durante la detenzione avranno certamente ripercussioni sui futuri bisogni e comportamenti relativi alla salute al di fuori delle mura della prigione. Quel senso di benessere tanto desiderato rimane elusivo: dopotutto, non esiste una medicina che possa risolvere completamente i loro disagi (Maeve, 1999).

I dati sul disagio psichico e sul consumo di psicofarmaci delle donne detenute ci dimostrano che nella popolazione detenuta femminile i livelli di fragilità e sofferenza, pregressa o legata all'adattamento alla vita in carcere, sono estremamente più elevati rispetto agli uomini, di questo i frequenti atti di autolesionismo sono certamente un segnale (Antigone, 2023). Dal report dell'EMCDDA del 2020 risulta che la maggior parte delle donne entra nel sistema penitenziario con almeno una depressione situazionale, spesso spiegata da ragioni contestuali esterne ragionevolmente invalidanti; ne sono un esempio lo stato di povertà, l'assenza di una fissa dimora, la mancanza di accesso all'istruzione e all'assistenza sanitaria e l'esposizione a traumi e violenze. L'umiliazione intrinseca nell'idea di essere mandate in prigione e l'umiliazione effettiva vissuta all'interno del sistema penitenziario stesso, aggravano la depressione per la maggior parte delle donne. La complessità di questo stato psicologico è ulteriormente accentuata dalla frequente presenza di una storia di abuso di sostanze che rappresenta la ragione principale per cui le donne vengono incarcerate. L'uso di sostanze tra le donne detenute emerge come un fattore critico legato alla mortalità all'interno di questa popolazione. È evidente che, rispetto alle donne nella società generale e agli uomini che consumano droghe in carcere, le detenute hanno una maggiore probabilità di esperienze di suicidio, sia all'interno che all'esterno del carcere, e segnalano un aumento dei comportamenti di autolesionismo durante la detenzione, indipendentemente dal loro utilizzo di sostanze (Farrell e Marsden, 2008; Douglas et al., 2009). Inoltre, le donne che hanno fatto uso di

droghe e hanno scontato una pena carceraria sono particolarmente a rischio di morte correlata alle droghe dopo essere state rilasciate. Uno studio condotto negli Stati Uniti sulla mortalità per overdose dopo il rilascio dal carcere ha rivelato che, tra coloro che avevano trascorso del tempo dietro le sbarre, il tasso di mortalità per overdose era più del 50% superiore tra le donne rispetto agli uomini (236 rispetto a 154 per 100 000 persone-anni) (Binswanger et al., 2013). Esiste un ulteriore fattore che aumenta il rischio di mortalità post-scarcerazione, e questo è rappresentato dalle condizioni sociali esterne. Infatti, le donne detenute che hanno una rete di supporto sociale limitata sono particolarmente esposte al pericolo di overdose dopo essere state rilasciate dalla prigione (Binswanger et al., 2015). Sebbene le evidenze siano applicabili anche agli uomini, gli studi suggeriscono che, al momento di lasciare il carcere, le donne con problemi legati all'abuso di sostanze affrontano conseguenze sociali a lungo termine più gravi rispetto alle loro esperienze durante la detenzione (INCB, 2018). Le donne hanno meno probabilità degli uomini di ricevere sostegno durante il loro reintegro nella famiglia o nella comunità e possono trovarsi socialmente isolate e svantaggiate dal punto di vista economico e sociale. Questo può tradursi nella perdita dell'alloggio e in difficoltà aggiuntive nel cercare lavoro (Douglas et al., 2009).

Il paragrafo ha esplorato il complesso e spesso oscuro mondo delle donne che utilizzano droghe, evidenziando le sfide e le vulnerabilità che queste donne affrontano. È emerso con forza che il sistema carcerario, anziché offrire soluzioni, amplifica spesso le difficoltà di queste donne. L'incarcerazione, lungi dall'essere un percorso di riabilitazione, le espone a ulteriori traumi, ostacola l'accesso a cure adeguate e mina le loro relazioni interpersonali. Questo circolo vizioso di marginalizzazione e sofferenza contribuisce a deteriorare il loro stato di salute fisica e mentale, perpetuando il ciclo di dipendenza e recidiva. Il crimine, e le sue conseguenze, sono questioni di salute socialmente significative per vittime e colpevoli (Maeve, 1999). La riabilitazione diventa quindi una questione di salute pubblica, poiché il benessere della nostra società dipende anche dal reinserimento delle donne e degli uomini rilasciati dalle prigioni. È imperativo che la società nel suo complesso, e le professioni sanitarie in particolare, prestino attenzione allo stato di salute delle donne in prigione, di quelle non ancora imprigionate e di coloro che sono state rilasciate. Infatti, come sottolinea Maeve (1999), riabilite o meno, la maggior parte di loro tornerà a vivere tra noi. Inoltre, continuare a dare valore alle storie personali delle donne detenute è centrale per sensibilizzare e rendere visibile le difficoltà e

complessità di tale popolazione, che come spesso accade per le donne e per la popolazione detenuta, vengono scarsamente interpellate nel dibattito pubblico. Riformare il sistema carcerario in base ai reali bisogni di questa popolazione è fondamentale per garantire il benessere delle donne detenute. Occorre creare spazi sicuri e accoglienti, dove le donne possano ricevere il supporto psicologico e medico di cui hanno bisogno, intraprendere percorsi di riabilitazione e formazione e mantenere relazioni significative con le loro affettività. In parallelo, occorre implementare programmi di prevenzione mirati alle esigenze specifiche delle donne, in un'ottica di *empowerment* e sviluppo di competenze di vita. Inoltre, è fondamentale promuovere programmi di reinserimento sociale che facilitino il passaggio dal carcere alla vita libera, offrendo alle donne opportunità di lavoro, housing e supporto sociale e riducendo la possibilità che si possano verificare morti da overdose nel periodo successivo alla scarcerazione. Questo contribuirà a mantenere vivo il dibattito sul carcere, e ad attivarsi affinché si sviluppi effettivamente un sistema di assistenza territoriale efficace, che comprenda soluzioni alternative alla detenzione.

## CAPITOLO 3

Passiamo ora al fulcro della presente ricerca: l'analisi del peer support e dei training per l'uso del naloxone nei contesti di consumo, con un'attenzione particolare a quelli carcerari. In questo capitolo, verranno esaminate le teorie che sostengono la pratica del peer support e verranno analizzate le linee guida per la realizzazione di un training efficace sull'uso del naloxone, sottolineando in particolare l'importanza del ruolo del pari nei contesti comunitari di consumo. Nonostante la scarsità, la discontinuità e la datazione delle ricerche disponibili, verranno forniti esempi e studi di progetti che hanno implementato questa strategia per prevenire le morti da overdose post scarcerazione in Europa. Un'attenzione specifica sarà rivolta al progetto scozzese "My First 48 Hours Out", un esempio pragmatico di grande rilevanza in questo ambito. Infine, verrà discusso il caso italiano della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino, dove, nell'anno 2023/2024, è stata condotta un'osservazione partecipata dalla sottoscritta con l'obiettivo di progettare e implementare un progetto di riduzione del danno volto a supportare le persone detenute nelle numerose sfide legate al periodo post scarcerazione.

### **3.1. Il *Peer Support***

Al centro dell'approccio della Riduzione Del Danno risiede il concetto di Supporto Tra Pari. Esso viene definito come una forma di assistenza reciproca tra individui che condividono esperienze simili (Gillard et al. 2013). Mead, Hilton, & Curtis (2001) lo descrivono come un sistema di dare e ricevere aiuto basato su principi chiave di rispetto, responsabilità condivisa e accordo reciproco su ciò che è utile e, soprattutto, su un accordo raggiunto tra pari su che cosa è di aiuto in un determinato contesto (Mead, Hilton & Curtis, 2001). Inoltre, il supporto tra pari si distingue dagli altri approcci per la sua capacità di creare un ambiente di fiducia e comprensione reciproca, in cui coloro che forniscono e ricevono sostegno si sentono liberi di esprimere le proprie sfide e ambizioni senza giudizio. Questo metodo si configura come un'importante estensione della

comunità stessa, offrendo un approccio alternativo alla visione tradizionale di assistenza professionale rivolta a individui identificati come “malati” o “bisognosi”. In questo contesto, i partecipanti al supporto tra pari abbracciano un ruolo attivo che va oltre l'etichetta di "pazienti", permettendo loro di comprendere i propri problemi all'interno di un contesto sociale e politico più ampio, anziché considerarsi come meri portatori di patologie. Il supporto tra pari, o peer support, ha radici profonde nella storia umana e può essere osservato in varie forme e contesti culturali fin dall'antichità. Dal XX secolo, esso viene visto come parte integrante dei trattamenti di salute mentale in generale e, più in particolare, negli interventi psico-sociali con individui consumatori di sostanze.

Non c'è un singolo creatore del supporto tra pari, ma piuttosto una serie di movimenti e iniziative che hanno contribuito a svilupparlo. Il Supporto tra Pari, nella sua forma attuale che si è estesa in tutto il mondo, specialmente dai paesi di lingua inglese, ha avuto origine, principalmente negli Stati Uniti, verso la fine degli anni Settanta. In breve tempo, è diventato un elemento fondamentale della rete di supporto a livello territoriale per le persone affette da gravi disturbi mentali (Stroul, 1993). Sebbene alcuni gruppi di supporto si formino attorno all'esperienza comune della malattia, il concetto di supporto tra pari ha origini in movimenti civili e dei diritti umani, in cui le persone si sono unite intorno all'esperienza di trattamenti negativi nel contesto della salute mentale. Questi trattamenti includono coercizione, eccessiva medicalizzazione e violazioni dei diritti, riflettendo spesso una narrazione eccessivamente medicalizzata delle loro esperienze personali. In altre parole, il legame condiviso tra gli individui riguarda più la risposta ai trattamenti che non l'esperienza condivisa della malattia mentale (Mead & MacNeil, 2006). Tale approccio, invece, favorisce un movimento verso l'autonomia e la costruzione di una comunità inclusiva, basata sulla valorizzazione delle differenze anziché sull'omogeneità (Mead, Hilton & Curtis, 2001). Ciò significa accettare e supportare le diversità tra gli individui, riconoscendo che ognuno ha esperienze, punti di vista e bisogni unici. Invece di perseguire l'omologazione verso un'uniformità normativa, si favorisce la promozione del rispetto e dell'apprezzamento delle varie sfaccettature dell'individualità umana. Ciò si traduce nella creazione di un contesto in cui ogni individuo percepisce un senso di inclusione, riconoscimento e valorizzazione delle proprie caratteristiche distintive. Contrariamente al modello medico, il supporto tra pari riconosce e incoraggia le singole forze e capacità, offrendo uno spazio inclusivo in cui ogni individuo può esprimersi pienamente e crescere nella direzione prescelta. Questa

modalità d'intervento, oltre a fungere da aggregato per condividere con altri individui le proprie problematiche e ambizioni, si configura come un ambiente in cui ciascun partecipante contribuisce attivamente alla trasformazione dei sistemi più ampi. Ciò favorisce la costruzione di una società più inclusiva e solidale, dove i bisogni delle singole soggettività si integrano con quelli della collettività, alimentando un sentimento di reciproco rispetto tra gli individui (Mead, Hilton & Curtis, 2001).

Chi si occupa in prima persona di sviluppare questo senso di solidarietà, ascolto e aiuto è il *Peer Supporter*, un individuo che ha vissuto o vive nella medesima situazione dei beneficiari e che accetta di identificarsi in quanto tale (Solomon & Draine, 2001). Questa forma di assistenza può essere offerta su base volontaria e gratuita oppure essere compensata in diversi modi, a seconda delle leggi specifiche di ciascuna giurisdizione. Questi operatori svolgono spesso un ruolo cruciale nella mediazione tra gli individui ed il sistema di salute mentale, fornendo un supporto basato sulla loro esperienza diretta e sulla comprensione delle sfide legate al mondo del consumo di sostanze. Le modalità di intervento "tra pari" possono variare a seconda del contesto e delle esigenze dei consumatori di sostanze e possono includere attività educative, di supporto e di gestione dei casi. Questi ruoli sono definiti in base alle competenze e alle esperienze specifiche degli operatori pari e possono essere cruciali nel fornire un supporto efficace e mirato ai consumatori di sostanze (Ramchand et al., 2017). L'elemento identitario risulta quindi fondamentale per la selezione di un pari adeguato al percorso. L'identità può essere descritta come la percezione soggettiva che le persone hanno di sé stesse nel passato, nel presente e nel futuro (Brown, 2015; p. 20). Solitamente, si intende che l'identità sia fluida e si manifesti attraverso il linguaggio e le azioni anziché essere un concetto statico e immutabile (Brown, 2015). Le persone possono avere diverse percezioni di sé stesse, che includono sia aspetti sociali che personali, così come ruoli specifici che svolgono nella società (Brown, 2015; Hughes et al., 2013). Queste varie percezioni di sé stessi sono influenzate e mantenute dalle interazioni sociali (Brown, 2015; p. 23). L'operatore pari agisce come catalizzatore per una serie di processi psicologici che influenzano il benessere e il recupero dei partecipanti. Esaminando da vicino questi processi, possiamo comprendere meglio come il supporto tra pari influisce sulle prospettive e sulle azioni degli individui in difficoltà.

Il concetto di Supporto Sociale, considerato la pietra angolare della pratica del peer support, emerge come un fondamentale sostegno per gli individui che si trovano ad

affrontare varie forme di difficoltà. Esso si manifesta attraverso tre forme principali: il supporto emotivo, pratico e informativo, ognuno dei quali contribuisce in modo unico al benessere individuale (Sarason et al., 1983). Ad esempio, il supporto emotivo crea un ambiente di accettazione e comprensione, mentre quello pratico allevia le sfide quotidiane e quello informativo fornisce orientamento decisionale (Mastroeni et al., nd). Immaginiamo un giovane detenuto che si prepara a reinserirsi nella società: il supporto informativo dei pari potrebbe guidarlo verso scelte positive, fornendogli consigli pratici e informazioni sulle risorse disponibili nella comunità (Chang & Liu, 2014; Martin-Calero, 2017). Il secondo pilastro del supporto tra pari è lo scambio di conoscenze esperienziali, che si basa sulla comprensione dettagliata delle sfide affrontate da chi ha vissuto esperienze simili. Questo processo, oltre a favorire l'empowerment individuale, promuove l'autodeterminazione e la crescita personale (Borkman, 1990; Nannen, 2015). Ulteriormente, anche la Teoria dell'Apprendimento Sociale di Bandura e il concetto di confronto sociale sviluppato da Festinger forniscono una lente attraverso cui comprendere il ruolo dei pari come modelli positivi. Gli ex detenuti che hanno superato la dipendenza e l'abuso di sostanze possono fungere da fonte di ispirazione per coloro che si trovano ancora in difficoltà, offrendo modelli di comportamento positivi e strategie di coping efficaci (Bandura, 1997; Festinger, 1954). Inoltre, il confronto con individui che hanno superato le stesse sfide può ridurre l'isolamento e la stigmatizzazione, favorendo la crescita personale e l'accettazione di sé (Salzer et al., 2002). I servizi di supporto tra pari generano benefici sia per i partecipanti che per il sistema dei servizi di salute mentale, dimostrando un'efficacia comparabile o addirittura superiore ai trattamenti tradizionali. Tuttavia, sono necessari sforzi per superare le barriere strutturali e i sentimenti negativi che minacciano il successo di questi programmi, garantendo così interventi mirati ed efficaci nel campo della salute mentale e, più in particolare, per chi consuma sostanze (Christensen & Jacobson, 1994; Ochocka et al., 2006; Vandawalle et al., 2016).

In conclusione, il supporto tra pari emerge come una strategia fondamentale nella gestione della salute mentale, confermando la sua efficacia attraverso un approccio basato sull'esperienza diretta e la comprensione empatica. Come discusso nel primo capitolo, la Riduzione del Danno trova le sue radici teoriche nel lavoro degli operatori pari, i quali, grazie alla loro esperienza vissuta, sono in grado di instaurare rapporti di fiducia e offrire interventi mirati e significativi. Questo modello si rivela particolarmente efficace nel

contesto del consumo di sostanze, dove l'intervento tra pari non solo promuove il benessere individuale ma contribuisce anche a ridurre i rischi associati.

### **3.1.1. *Peer Support* nella riduzione del danno**

Il supporto tra pari è una strategia riconosciuta e ampiamente utilizzata nell'ambito della riduzione del danno nel consumo di sostanze. Questo approccio si basa sul principio che individui con esperienze simili possano offrire un sostegno più efficace e mirato rispetto agli interventi tradizionali. La riduzione del danno, concettualizzata come un insieme di pratiche volte a minimizzare le conseguenze negative del consumo di sostanze senza necessariamente ridurre l'uso, trova nel peer support un alleato cruciale.

Nei servizi di riduzione del danno, è cruciale stabilire rapporti di fiducia con il personale, così come è importante che gli obiettivi siano guidati dagli utenti e che questi ultimi siano accettati come persone (Parkes et al., 2019). La partecipazione attiva delle persone che usano droghe (pari) è un componente fondamentale e uno dei principi cardine della riduzione del danno. I servizi che sono facilmente accessibili e che dispongono di personale attento, premuroso e non giudicante possono incentivare il coinvolgimento di diverse fasce della popolazione che, per vari motivi, possono essere riluttanti a ricorrere ai servizi tradizionali. Uno dei punti essenziali evidenziati negli studi sulla riduzione del danno e sull'uso di sostanze è che le persone devono essere trattate come esseri umani di valore, un'esperienza non sempre garantita a questo gruppo quando accede ai servizi sanitari, specialistici per l'uso di sostanze o sociali (Collins et al., 2016).

Il coinvolgimento dei pari in questi servizi è ritenuto altamente vantaggioso per migliorare l'accesso e l'*engagement* con i servizi stessi, compresi quelli sanitari e di assistenza sociale, nonché i trattamenti per le dipendenze (McNeil & Small, 2014). Inoltre, favorisce una maggiore aderenza alla terapia antiretrovirale e contribuisce a ridurre i decessi legati alla droga attraverso lo sviluppo di relazioni di fiducia. Gli interventi condotti dai pari si sono rivelati più efficaci, rispetto agli approcci tradizionali di outreach, nel diminuire i rischi associati all'uso di droghe per via iniettiva (Deering et al., 2009). Le persone che usano droghe mostrano disponibilità e capacità di accedere ai servizi offerti dai pari, e questi ultimi riportano diversi benefici derivanti dal loro coinvolgimento (Marshall et al., 2017).

Inoltre, la partecipazione dei pari alla ricerca nei settori dell'uso di sostanze e della mancanza di una fissa dimora emerge come una pratica riconosciuta e valorizzata, soprattutto in contesti caratterizzati da esclusione sociale e possibili forme di oggettivazione. Questo approccio, noto come ricerca tra pari, si distingue per la sua centralità nell'assicurare un coinvolgimento autentico e significativo delle persone coinvolte nelle tematiche oggetto di studio (De Winter & Noom, 2003). Come osservano Terry e Cardwell, "La ricerca tra pari si basa sull'idea che le esperienze condivise apportino una qualità unica alla ricerca; una comprensione e un'empatia che conducono a un processo di ricerca più significativo e di qualità superiore" (Terry & Cardwell, 2016). Modelli di ruolo accessibili possono contribuire a contrastare le visioni stigmatizzanti delle persone che usano droghe e migliorare l'efficacia degli interventi di RdD, assicurandosi di mantenere un'aderenza etica con i bisogni della popolazione target.

In pratica, il peer support si manifesta in diverse forme, tra cui gruppi di supporto, interventi di educazione tra pari e la distribuzione di materiali di riduzione del danno come siringhe sterili e naloxone. I programmi di riduzione del danno che incorporano il supporto tra pari non solo forniscono risorse immediate e tangibili, ma anche un sostegno emotivo e sociale che può contribuire a migliorare la qualità della vita dei partecipanti. Un esempio significativo è rappresentato dai programmi di distribuzione del naloxone, un antidoto salvavita contro le overdose da oppioidi. Quando questi programmi sono gestiti da operatori pari, l'accessibilità al farmaco aumenta, così come la sua accettazione all'interno delle comunità di consumatori (Marshall et al., 2017). Gli operatori pari possono anche offrire formazione su come utilizzare il naloxone, aumentando la fiducia e la competenza degli utenti nel gestire potenziali emergenze.

In sintesi, il supporto tra pari è una componente essenziale della riduzione del danno, offrendo un intervento basato sull'empatia, la comprensione e la fiducia. Questo approccio non solo affronta le immediate esigenze dei consumatori di sostanze, ma contribuisce anche a una più ampia strategia di sanità pubblica volta a ridurre i rischi associati al consumo di sostanze. Nella prossima sezione, esamineremo in dettaglio come il supporto tra pari viene implementato nei *Take Home Naloxone Programs*, analizzando i benefici concreti di questa sinergia. Approfondiremo inoltre le dinamiche operative e l'impatto positivo che tali programmi hanno avuto nella riduzione dei rischi associati al consumo di sostanze, in particolare rispetto alla prevenzione delle morti da overdose.

### 3.1.2. *Take Home Naloxone Programs*

Come accennato, un esempio pratico e rilevante dell'integrazione tra Peer Support e Riduzione Del Danno è rappresentato dai programmi di distribuzione di naloxone o anche noti come "Take Home Naloxone Programs" (THN). Questi programmi forniscono un antidoto salvavita contro le overdose da oppioidi direttamente nelle mani di chi ne ha bisogno, dimostrando come il peer support possa amplificare l'efficacia delle iniziative di riduzione del danno. La distribuzione di naloxone da parte di operatori pari non solo rende questo farmaco più accessibile, ma promuove anche un maggiore senso di responsabilità e supporto all'interno delle comunità di consumatori. La crescente problematica delle overdose legate agli oppiacei e dei decessi ad esse correlati rappresenta una sfida cruciale per la salute pubblica. L'introduzione dei programmi THN ha potuto evidenziare come questi siano strategie fondamentali per contrastare il fenomeno delle morti per overdose da oppiacei. Tali programmi mirano a istruire coloro che potrebbero trovarsi a fronteggiare o a essere vittime di un'overdose da oppiacei, affinché siano in grado di riconoscerla e di intervenire con il naloxone (Moustaqim-Barrette et al., 2021). Sebbene il naloxone sia efficace nel rovesciare le overdose da oppiacei a livello fisico, rimangono interrogativi aperti riguardo all'efficacia dei programmi THN a livello comunitario, inclusi gli eventi avversi, i requisiti di dosaggio e la risposta alla dose tra le varie modalità di somministrazione, oltre che all'implementazione pratica, che riguarda l'accessibilità, la disponibilità e l'accessibilità economica del naloxone. Questo sottocapitolo mira a esaminare le revisioni sistematiche esistenti e le linee guida delle migliori pratiche per fornire un orientamento clinico e operativo sulla distribuzione di naloxone tra le persone che usano sostanze e che escono dalla condizione detentiva.

Una recente *systematic-review* degli studi disponibili che esaminano il ruolo dei pari nelle intenzioni di uso di sostanze (Mercer et al., 2021), ha evidenziato numerose aree d'intervento in cui i pari risultano una strategia efficace, pratica e reale nella prevenzione dei danni droga-correlati, tra cui le morti da overdose. In questa ricerca emerge che, globalmente, gli individui che fanno uso di sostanze stupefacenti dimostrano una motivazione e una disponibilità ad utilizzare il naloxone durante un'overdose. McAuley e collaboratori (2015) hanno esaminato i programmi di somministrazione di naloxone tra pari per le persone che fanno uso di oppioidi attraverso una revisione

sistematica e un'analisi meta-descrittiva. Secondo gli autori circa il 9% dei kit di naloxone distribuiti veniva utilizzato per un altro pari, entro tre mesi dalla consegna (McAuley et al., 2015). Questi risultati supportano l'importanza dell'amministrazione di naloxone da parte dei peers come strategia per affrontare la crisi da overdose. Inoltre, Bartlett et al. (2011) hanno scoperto che l'80% dei partecipanti era disposto a somministrare naloxone ai propri pari se avesse avuto l'opportunità, sottolineando il potenziale della prevenzione delle overdose tramite il *peer support* per raggiungere coloro che possono esitare o non essere in grado di cercare assistenza medica (Bartlett et al., 2011). Galea et al. (2006) e Piper et al. (2008) hanno esaminato la somministrazione di naloxone tra consumatori a New York City e hanno constatato che i partecipanti erano confortevoli nell'effettuare tale somministrazione. In ogni caso registrato di intervento con naloxone tra pari gli individui sono sopravvissuti, ciò ha permesso di evidenziare il ruolo cruciale della somministrazione di naloxone come parte di una strategia completa di prevenzione delle overdose. A sostegno di ciò, Winhusen et al. (2020) hanno valutato l'impatto di un servizio di supporto guidato tra pari, riportando che il 65% dei partecipanti ha utilizzato il naloxone e che vi è stata una significativa riduzione nell'uso di oppiacei e nei comportamenti a rischio di overdose ad ogni follow-up. Anche Gaston et al. (2009) hanno esaminato l'efficacia della formazione tra pari nel riconoscimento e nella gestione delle overdose, notando una buona ritenzione delle conoscenze tra coloro che fanno uso di sostanze stupefacenti. Inoltre, Hanson et al. (2020) hanno intervistato individui che avevano somministrato naloxone durante un'overdose in Alaska, USA, riscontrando che il naloxone era considerato efficace e che c'era soddisfazione riguardo alla formazione su di esso. Infine, nella valutazione dei programmi di formazione sulla prevenzione e risposta alle overdose che includevano l'amministrazione di naloxone, sono stati riportati significativi miglioramenti nella comprensione delle overdose, principalmente legati alla conoscenza del naloxone (Wagner et al., 2010).

Un'altra considerazione rilevante messa in luce da questo studio, particolarmente significativa per il nostro contesto post-carcerario, è l'importanza del ruolo dei peer negli ambienti di consumo sicuro. Questi sono siti in cui il consumo di sostanze è tollerato e supervisionato da pari o professionisti, e dove vengono forniti sostegno psicologico e materiali sterili per l'assunzione. Nelle nazioni dove tali ambienti sono tollerati ma non sostenuti dalla legge, questi siti sono gestiti informalmente, spesso situati vicino ai luoghi di consumo o di spaccio. Questi luoghi, conosciuti come "Siti di Prevenzione delle

Overdose" (OPS), sono principalmente gestiti dai pari e presentano una minore formalità e restrizioni normative rispetto alle stanze del consumo formali e istituzionali. La presenza dei peer in questi ambienti offre un supporto vitale, facilitando l'accesso alle risorse necessarie e contribuendo a ridurre i rischi associati al consumo di droghe. Questa struttura più informale permette una maggiore flessibilità e adattabilità, essenziale per rispondere alle esigenze immediate e mutevoli degli utenti.

Il ruolo fondamentale dei pari nel collegarsi con altri individui consumatori grazie alla loro identità e al loro ruolo unico è cruciale per garantire la disponibilità di spazi più sicuri. In comunità prive di strutture dedicate all'uso sicuro di droghe, Mitra et al. (2019) hanno riconosciuto l'apporto fondamentale dei pari nella prestazione dei servizi di riduzione del danno, concentrandosi sull'assistenza fornita a individui che si trovano in situazioni di iniezione pubblica, alle donne e a coloro che praticano l'auto-iniezione. Allo stesso modo, Small et al. (2012) hanno evidenziato che le reti gestite dai pari erano in grado di soddisfare le necessità di popolazioni vulnerabili e non servite da strutture tradizionali. Bouchard et al., (2018) in un'analisi delle reti sociali guidate dai pari di individui che si iniettano droghe in un SIF autorizzato (Safe Injection Rooms- "Stanze per l'iniezione sicura"), hanno constatato che i pari fornivano supporto alla riduzione del danno a individui al margine della rete, spesso emarginati o soggetti a stigma pubblico. Nel corso di questa revisione, è emerso quanto sia cruciale garantire sicurezza, connessione e fiducia per creare ambienti più sicuri per le persone che fanno uso di droghe. Bergamo et al. (2019) hanno riportato i risultati di un SIF gestito dai pari non autorizzato ubicato nella città di Torino in Italia, che forniva disponibilità di naloxone 24 ore su 24. Lo studio ha evidenziando l'assenza di morti per overdose in 10 anni di servizio. Gli autori hanno sostenuto che la de-medicalizzazione della prevenzione delle overdose usando il naloxone, abbia promosso l'integrazione di modelli di riduzione del danno nei comportamenti ed atteggiamenti tra i pari (Bergamo et al., 2019). Pauly et al. (2020) hanno anch'essi rilevato impatti positivi come l'assenza di decessi, aumento della fiducia ed interventi più tempestivi per prevenire i sovradosaggi nei siti di prevenzione che coinvolgono i pari. Kennedy et al. (2019) hanno segnalato che gli ambienti più sicuri per l'uso di droghe che coinvolgono i consumatori favoriscono pratiche di riduzione del danno e apportano benefici per la salute, come dimostrato dalla loro ricerca sulle strutture di consumo assistito a bassa soglia a Vancouver (Kennedy et al., 2019).

Nel contesto dei servizi di consumo sicuro, la fiducia emerge come un elemento fondamentale, come evidenziato da diversi studi accademici. Secondo Miler et al. (2020), l'inclusione di individui con esperienza vissuta in ambienti ad alto rischio, come le Sale per l'Assistenza al Consumo Controllato (OPS) o i Locali per l'Assistenza al Consumo di Sostanze (SIF), è cruciale per creare ambienti supervisionati e guidati dai pari. Questo non solo riduce il rischio di overdose, ma promuove anche affidabilità reciproca tra coloro che utilizzano e gestiscono tali servizi. In effetti, Pauly et al. (2020) descrivono questi contesti come luoghi in cui i sentimenti di stima e lealtà dati dal sostegno reciproco, sostituiscono la vergogna e il biasimo, favorendo lo sviluppo di relazioni autentiche attraverso il tempo trascorso insieme e la libertà da giudizi durante l'uso di droghe.

Questo aspetto diventa cruciale nella progettazione di servizi efficaci e accettati, soprattutto considerando la popolazione particolarmente discriminata a cui tali servizi sono rivolti. Miler et al. (2020) ribadiscono l'importanza del ruolo dei pari nel costruire relazioni solide basate sulla fiducia e sull'esperienza con gli utenti del servizio, sottolineando che la posizione unica dei pari è un elemento cruciale nella capacità di instaurare fiducia. Infatti, come osservato da Small et al. (2012), gli individui con esperienza vissuta all'interno dei team di supporto all'iniezione sono considerati affidabili sia dai loro pari che dalla comunità in generale. Questi studi evidenziano la necessità di considerare attentamente il coinvolgimento dei pari nei servizi di riduzione del danno, non solo per il loro ruolo pratico nel prevenire incidenti gravi come le overdose, ma anche per il valore intrinseco che portano attraverso la costruzione di relazioni autentiche. In definitiva, l'inclusione dei pari nei servizi di consumo sicuro non solo migliora l'accesso e l'efficacia dei servizi stessi, ma contribuisce anche a creare ambienti più accoglienti e solidali per coloro che ne fanno uso. In conclusione, l'azione degli operatori pari nei contesti vicini al consumo di sostanze emerge come fondamentale, come evidenziato dagli studi di Pauly et al. (2020) e Kennedy et al. (2019). Questi individui, nonostante le difficoltà incontrate, trovano valore nel proprio lavoro e offrono significativi vantaggi alle persone coinvolte. Dai risultati emerge chiaramente che i THN svolgono un ruolo vitale nella promozione di ambienti più sicuri per l'uso di droghe, ispirando gli altri e creando un senso di appartenenza.

Come discusso nel capitolo precedente, le persone a rischio elevato di overdose sono quelle che presentano vulnerabilità in molteplici aspetti, legate alla salute e alla sfera sociale, come ad esempio la precarietà abitativa, la povertà o l'instabilità finanziaria,

problemi di salute fisica e/o mentale, e il rischio di coinvolgimento nel sistema penale (EMCDDA, 2021). Perciò, per affrontare in modo efficace la crisi legata alle overdose, è necessario un approccio multidimensionale e rapido, che si occupi anche delle cause sociali e psicologiche sottostanti alla crisi (Irvine et al., 2019). In questo contesto, i pilastri della riduzione del danno emergono come punti cruciali per affrontare tale problematica. Nel prossimo capitolo, ci concentreremo su una specifica iniziativa di riduzione del danno: i programmi di formazione all'uso del naloxone nelle carceri. Esamineremo come questi programmi, attraverso il supporto tra pari, possano fornire un intervento salvavita e contribuire a mitigare i rischi di overdose tra una delle popolazioni più vulnerabili. Analizzeremo inoltre l'impatto positivo che tali programmi hanno avuto all'interno del sistema penale e le implicazioni per la salute pubblica.

### **3.1.3. Il *Peer Support* nei contesti carcerari**

Nel corso di questa analisi, è stato ampiamente esplorato il rischio di mortalità dovuto alle overdose dopo il rilascio dalla prigione, riconoscendolo come un problema ancora irrisolto che continua a minacciare la salute delle persone coinvolte nell'abuso di sostanze. Per coloro che hanno trascorso del tempo in detenzione e hanno un passato di dipendenza da sostanze, soprattutto oppiacei, i pericoli legati al consumo, come le overdose e la morte, sono particolarmente elevati subito dopo essere stati rilasciati poiché, consumando dopo un periodo di privazione del consumo, la tolleranza agli oppiacei è ridotta ed il corpo è maggiormente predisposto alla sperimentazione di un fenomeno di overdose (Farrell & Marsden, 2008). Sulla base di queste evidenze il percorso per garantire a queste persone il sostegno di cui hanno bisogno è ancora molto lungo. Dallo studio della letteratura è emersa la necessità di implementare misure di riduzione del danno per aiutare gli ex-detenuti nel prevenire una possibile overdose dopo il rilascio. In particolare, l'introduzione di programmi di formazione sul Naloxone nel contesto carcerario, con un'attenzione speciale al metodo del Peer Support e ai programmi di reinserimento, emerge come una strategia cruciale per affrontare queste perdite legate alle overdose. Nel corso di questo capitolo, verranno esaminati da vicino i corsi di peer support all'interno delle prigioni e saranno presentati alcuni esempi di programmi che hanno adottato questa pratica, analizzandone l'efficacia nella riduzione della mortalità.

Infine, tratteremo di alcune possibili implicazioni utili per il futuro dei programmi di prevenzione e trattamento delle dipendenze.

Il ruolo del pari nei contesti detentivi riveste una significativa importanza, offrendo un supporto essenziale durante l'adattamento alla vita in carcere (Rowe et al., 2007). In Italia, dove questa figura è formalmente riconosciuta come un'occupazione retribuita, essa viene comunemente denominata "piantone", evidenziando il suo ruolo nel fornire sostegno emotivo e pratico ai compagni detenuti. Nonostante il riconoscimento di suddetto ruolo, i percorsi formativi in grado di informare e guidare il "piantone" al sostegno della persona assegnata non sembrano omogeneamente presenti in tutte le carceri italiane (ASL, 2022). Ove essi sono disponibili, nei corsi di Supporto tra Pari, i partecipanti vengono istruiti riguardo ai contesti e agli eventi che potrebbero richiedere la loro presenza e intervento. L'ingresso in istituto è un momento delicato, soprattutto per coloro con assente o poca esperienza detentiva, poiché devono affrontare la separazione dagli affetti, la perdita della routine quotidiana e l'adattamento a nuovi spazi. Per i detenuti con dipendenza da sostanze, possono emergere problemi comportamentali e psicologici legati alla privazione della sostanza, mentre per coloro con disturbi psichiatrici, l'ingresso in carcere può rappresentare una sfida aggiuntiva. Anche per i detenuti con esperienza precedente, un nuovo arresto, una condanna aggiuntiva o un trasferimento possono generare instabilità e aumentare il rischio di eventi critici. Gli eventi critici possono verificarsi in qualsiasi fase della detenzione e includono autolesionismo, comportamenti aggressivi verso operatori o altri detenuti e conflitti interni alle sezioni. Il corso fornisce al peer supporter strumenti per sviluppare capacità di osservazione, supporto e gestione delle problematiche, con l'obiettivo di individuare segnali di rischio o disagio tra i detenuti e collaborare con gli operatori per affrontare efficacemente tali problematiche. Tuttavia, è importante sottolineare che questa figura non rientra nei tipici programmi di formazione sul naloxone di cui abbiamo discusso in precedenza. Pertanto, sarebbe altamente vantaggioso integrare informazioni riguardanti il consumo di sostanze, considerando la sua rilevanza nel contesto carcerario.

Il *Peer Support* si rivela essere una pratica efficace anche per mitigare il rischio di re-incarcerazione (Bellamy et al., 2019). Il coinvolgimento nel mondo delle sostanze e l'utilizzo di droghe sono fortemente correlati all'esperienza di essere detenuti e aumentano le probabilità di recidiva dopo il rilascio (Stahler et al., 2013). Studi evidenziano che circa due terzi dei detenuti negli istituti penitenziari statunitensi hanno una storia di consumo

regolare di sostanze illegali (Stahler et al., 2013; Bellamy et al., 2019). Nel periodo che va da otto a dieci mesi dopo il rilascio, circa un terzo delle persone re-incarcerate riporta un recente utilizzo di sostanze (Mallik-Kane e Visser, 2008). In particolare, gli individui con pregressi problemi di abuso di sostanze sono più inclini a riprendere l'uso di droghe dopo il rilascio (Mallik-Kane e Visser, 2008). L'uso di sostanze pone queste persone a rischio di una serie di esiti negativi, come arresti e violazioni della libertà vigilata, che possono portare a un ulteriore coinvolgimento nel sistema penale (Mallik-Kane e Visser, 2008). Uno studio condotto da Bellamy et al. (2019) ha esaminato l'efficacia di un programma di Peer Support nel ridurre il tasso di recidiva tra individui a rischio, evidenziando risultati promettenti. Nel primo anno dopo il rilascio dalla prigione, i partecipanti al programma peer hanno registrato tassi di re-incarcerazione significativamente inferiori rispetto alla popolazione carceraria generale degli Stati Uniti (21,7% contro il 43,4%) (Bellamy et al., 2019).

In conclusione, il Peer Support rappresenta un'importante risorsa nei contesti carcerari, offrendo sostegno emotivo, informazioni pratiche e un senso di appartenenza per le persone detenute. Attraverso l'esperienza condivisa e la solidarietà tra pari, il Peer Support può contribuire in modo significativo al processo di riabilitazione e reinserimento dei detenuti. Tuttavia, è fondamentale riconoscere le sfide e le limitazioni che possono emergere nell'implementazione di programmi di *Peer Support* all'interno delle strutture carcerarie, inclusi i vincoli di risorse, la necessità di formazione adeguata per i *peer support workers* e la necessità di garantire la riservatezza e la sicurezza degli incontri. Nonostante ciò, l'efficacia del *Peer Support* nel promuovere il benessere e la resilienza delle persone detenute lo rende un'importante strategia complementare nei programmi di assistenza e riabilitazione carceraria.

### **3.2.2. Barriere strutturali per l'accesso ai *Naloxone Training***

I programmi di Peer Support, nonostante il riconoscimento dei loro benefici, si scontrano spesso con ostacoli che minano la loro effettiva realizzazione (Bellamy et al., 2017). Due articoli recenti, che hanno analizzato oltre trenta studi qualitativi sulle percezioni e le esperienze dei pari sul lavoro, hanno identificato temi comuni come atteggiamenti negativi da parte del personale non pari, mancanza di riconoscimento dei

ruoli dei pari, ruoli ambigui e scarsa organizzazione (Vandawalle et al., 2016; Walker and Bryant, 2013). Questi sentimenti sono stati riscontrati anche in un recente sondaggio nazionale statunitense condotto su quasi 600 membri del personale di supporto tra pari, in cui il 64,3% ha riportato di aver subito o percepire stigma o discriminazione da parte dei colleghi non pari. Inoltre, sentirsi rispettati dal personale professionale è emerso come il secondo fattore predittivo di successo più forte della soddisfazione lavorativa (Cronise et al., 2016). Numerose ricerche hanno evidenziato le sfide incontrate dai Peer Supporter nell'interagire con i propri colleghi. I PSW hanno riportato di sentirsi emarginati e poco integrati nell'ambiente lavorativo, oltre a dover affrontare atteggiamenti di tokenismo e stigma nei confronti dei loro ruoli (Asad & Chreim, 2016; Byrne, 2013; Cleary et al., 2018). Il “tokenismo” è una pratica presente nei contesti lavorativi, utilizzata per creare l'illusione di progressività nelle istituzioni, mentre in realtà il potere e l'avanzamento sono determinati principalmente da fattori come il genere, la razza, escludendo i gruppi più svantaggiati (Kanter, 1977). Tale fenomeno può sminuire le possibili osservazioni critiche sull'ineguaglianza del servizio e le azioni sociali successive (Reynolds, Oakes, Haslam, Nolan, & Dolnik, 2000; Vanbeselaere, Boen, & Smeesters, 2003). Per esempio, un pari consumatore di sostanze potrebbe vedere i consigli da lui proposti, anche se pertinenti, ignorati in favore di quelli provenienti da fonti accademiche o istituzionali. Vivere queste esperienze svalutanti ha rappresentato una minaccia per il benessere individuale dei pari, portando a sentimenti di isolamento e auto-stigma (Byrne, 2013). Le micro-aggressioni sottili da parte dei colleghi hanno ulteriormente complicato la situazione, lasciando molti PSW sopraffatti dall'ambiente lavorativo stressante (Sinclair, 2018). Tuttavia, nonostante l'ampia documentazione su queste difficoltà, i meccanismi psico-sociali sottostanti alla manifestazione e alla persistenza di tali micro-aggressioni rimangono ancora poco chiari (du Plessis & Courtney, 2019).

Inoltre, vi sono ulteriori barriere strutturali che possono minare l'efficacia di tali prestazioni sanitarie. Le sfide organizzative principali per gli Operatori di Supporto ai Pazienti (PSW) includono la mancanza di chiarezza nelle descrizioni lavorative, come evidenziato da diverse fonti (Asad & Chreim, 2016; Bennetts et al., 2013; Chang & Liu, 2014; Cleary et al., 2018; Dyble et al., 2014; Gagne et al., 2018; Hurley et al., 2018; Hymes, 2015; Kemp & Henderson, 2012; Martin-Calero, 2017; Moran et al., 2013; Mowbray et al., 1998). Questa mancanza di chiarezza non solo confonde i PSW nei loro ruoli, ma influisce anche sulla loro fiducia e percezione della propria competenza

(Hymes, 2015; Hurley et al., 2018). La mancanza di supporto e formazione è un'altra sfida comune (Bennetts et al., 2013; Chang & Liu, 2014; Hurley et al., 2018; Kemp & Henderson, 2012; Martin-Calero, 2017; Moran et al., 2013; Mowbray et al., 1998), con organizzazioni che spesso non forniscono le risorse necessarie per il successo dei PSW. Questi problemi strutturali impediscono ai PSW di svolgere efficacemente il loro ruolo e di ricevere il sostegno di cui hanno bisogno per il loro benessere personale (Byrne, 2013; Asad & Chreim, 2016). Inoltre, le basse retribuzioni rappresentano una preoccupazione diffusa sia per i PSW della salute mentale che per quelli della tossicodipendenza (Asad & Chreim, 2016; Bennetts et al., 2013; Gagne et al., 2018; Moran et al., 2013; Walker & Bryant, 2013). Questo contribuisce alla insoddisfazione del ruolo dei PSW (Gagne et al., 2018), aggravata da ore straordinarie non compensate e un carico di lavoro elevato, che limitano la capacità dei PSW di costruire un rapporto con i loro clienti (Bennetts et al., 2013; Cleary et al., 2018; Moran et al., 2013). L'integrazione dei PSW negli ambienti che incorporano modelli di trattamento tradizionali è un altro ostacolo significativo (Berry et al., 2011; Gagne et al., 2018; Moran et al., 2013), con alcuni PSW che si scontrano con l'aspettativa di contestare il modello tradizionale di trattamento. Questo conflitto tra vecchi e nuovi modelli di trattamento è causa di attrito sul posto di lavoro per molti PSW (Gagne et al., 2018). Nei contesti istituzionali come quelli carcerari o dove la leadership medica predomina, le osservazioni dei peer supporter possono essere sottovalutate nonostante il loro investimento temporale più significativo e la comprensione più approfondita del paziente. Ciò è dovuto alle restrizioni strutturali di tali contesti, che favoriscono la preminenza del parere medico, anche se basato su interazioni di minore durata con il paziente (Cleary et al., 2018).

Un'ulteriore difficoltà riscontrata nel ruolo dei PSW è quella di definire e mantenere i confini tra loro e i partecipanti, (Asad & Chreim, 2016; Hymes, 2015; Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013; Mowbray et al., 1998; Repper & Carter, 2011; Simpson et al., 2018; Walker & Bryant, 2013), specialmente quando devono condividere informazioni personali estremamente delicate, domandandosi quale sarà l'approccio di chi ne usufruirà, non solo tra i pari, ma anche tra i colleghi, e sentendosi dunque incerti riguardo alla divulgazione di quest'ultime sentirsi incerti riguardo alla divulgazione con chi se usufruisce e i colleghi (Kemp & Henderson, 2012; Moran et al., 2013). Queste sfide personali possono avere conseguenze negative sul benessere dei PSW e sulla loro capacità di svolgere efficacemente il loro lavoro (Asad & Chreim, 2016; Byrne, 2013; Chang &

Liu, 2014; Dyble et al., 2014; Hurley et al., 2018; Martin-Calero, 2017; Moran et al., 2013).

Per quanto riguarda, invece, l'accessibilità al Naloxone, anche in questo ambito gli studi disponibili dimostrano che vi siano una serie di sfide nell'efficacia e nell'utilizzo da parte delle persone che fanno uso di droghe (PWUD). Le ricerche mostrano che, nonostante l'interesse nella formazione sul naloxone, le PWUD incontrano ostacoli strutturali che limitano la sua disponibilità e il suo utilizzo in caso di overdose. Gaston et al. (2009) hanno individuato ostacoli di minore portata, come la mancanza di accessibilità al naloxone da parte dei partecipanti, che lo rende indisponibile in caso di overdose, mentre Holloway et al. (2018) hanno notato che i pari spesso non intervengono perché non hanno con sé il naloxone o perché mancano di fiducia in se stessi nel suo utilizzo corretto. Allo stesso modo, Dechman (2015) ha sottolineato che la disponibilità intermittente del naloxone costituisce un altro ostacolo all'intervento durante un'overdose. L'esitazione nel fornire assistenza con naloxone durante un'overdose è stata legata anche a fattori più ampi, come le leggi sulle droghe e le norme sociali sull'uso di droghe tra i pari. Inoltre, Gaston et al. (2009) hanno evidenziato come lo stigma percepito e la paura di coinvolgere la polizia influenzino fortemente la volontà delle persone di portare con sé il naloxone. Kolla e Strike (2019) hanno analizzato i risultati di un programma di distribuzione di naloxone in Canada, sottolineando che le barriere strutturali, come il timore dello sfratto e la criminalizzazione dell'uso di droghe, ostacolano l'adesione alle linee guida.

Esaminare le barriere all'utilizzo del naloxone è cruciale per comprendere appieno le sfide legate alla sua efficacia. Due importanti aspetti sono emersi dalla ricerca: i rischi legati al risveglio dall'overdose e la percezione del piacere derivante dall'uso di droghe illecite. Questi ostacoli mettono in luce la complessità dell'introduzione del naloxone come strumento di salvataggio, poiché influenzano sia la reazione immediata degli individui che la loro percezione a lungo termine riguardo all'assunzione di sostanze stupefacenti e del farmaco in sé. Infatti, nonostante il naloxone sia efficace nel salvare vite attraverso la reversibilità delle overdose, Holloway et al. (2018) Le analisi hanno sottolineato la mancanza di discussione nelle ricerche riguardo alle risposte psicologiche e fisiche durante il risveglio dall'overdose, un momento che si rivela delicato sia dal punto di vista mentale che corporeo, ma che finora è rimasto poco esaminato nella letteratura scientifica. Arkin et al. (2020) hanno suggerito un potenziamento della formazione

sull'overdose, inclusa la preparazione dei pari nel gestire le possibili reazioni psicologiche negative dovute alla somministrazione del naloxone. Analogamente, Farrugia et al. (2019) hanno enfatizzato la necessità di formare le persone nel riconoscere le strategie di somministrazione del naloxone che riducono al minimo i sintomi angoscianti della ripresa dall'overdose, al fine di promuovere l'accettazione del naloxone e migliorarne la reputazione e diffusione. Inoltre, coinvolgere i pari nelle strategie di riduzione del danno agevola la consapevolezza del piacere associato all'uso di droghe, limitando l'uso improprio del naloxone e minimizzando gli effetti spiacevoli dell'overdose. Watson et al. (2020) hanno osservato che in un servizio di Pari in Canada, prevalentemente frequentato da individui con esperienza diretta nell'uso di sostanze, si è preferito l'utilizzo di ossigeno rispetto al naloxone, a meno che non fosse presente una grave difficoltà respiratoria. L'approccio lì adottato ha dimostrato di essere efficace nel prevenire le overdose quando necessario, garantendo nel contempo un'esperienza complessivamente positiva e piacevole nell'uso di droghe. In altre parole, pur concentrandosi sulla sicurezza e sulla prevenzione delle overdose, si è cercato di mantenere un ambiente che consentisse agli individui di consumare droghe in modo piacevole e senza problemi aggiuntivi, massimizzando così il piacere del consumo e allo stesso tempo mitigando i rischi associati.

### **3.2. Alcuni esempi di *Naloxone Training* europei**

I detenuti riportano tassi di prevalenza significativamente superiori di consumo di sostanze e modelli di consumo più dannosi rispetto alla popolazione generale. Nell'Unione Europea, la percentuale a vita di utilizzo di sostanze illecite tra i detenuti varia ampiamente, con punte tra il 16% (Romania) e il 79% (Inghilterra, Galles e Paesi Bassi) per l'utilizzo di qualsiasi sostanza illecita e tra il 15% (Finlandia) e il 39% (Spagna) per l'utilizzo di eroina (EMCDDA, 2012; EMCDDA, 2020). Un significativo numero di detenuti ha dichiarato di aver fatto uso di droghe per via endovenosa, sia prima che durante l'incarcerazione (EMCDDA, 2012). Nonostante l'uso di droghe non sia di per sé un reato nella maggior parte dei paesi europei, la maggior parte degli utenti di oppiacei riporta frequenti contatti con il sistema carcerario (Rigoni et al., 2021). Di conseguenza, gli individui che fanno uso di droghe interagiscono più frequentemente con il sistema di

giustizia penale in generale, e in particolare con il sistema carcerario e le situazioni post-rilascio (Rigoni et al., 2021).

Come discusso nel secondo capitolo di questo elaborato, il rilascio dalla prigione è associato a un aumento dei tassi di mortalità tra gli utenti di droghe, principalmente a causa del rischio di overdose. La maggior parte dei decessi correlati alle droghe avviene entro 12 settimane dal rilascio dalla prigione, con una percentuale significativa collegata specificamente al rilascio o all'uscita dal trattamento (Rigoni et al., 2021). In Inghilterra e Galles, le probabilità di morte per cause correlate alle droghe durante la prima settimana dopo il rilascio sono notevolmente elevate rispetto alla popolazione generale (Farrell & Marsden, 2008). Il periodo immediatamente successivo al rilascio è critico per l'assistenza e l'azione, richiedendo una stretta cooperazione tra i servizi sanitari e sociali in prigione e nella comunità per garantire una transizione fluida e continua nelle cure e nel supporto sociale. Sebbene interventi mirati possano salvare vite e indirizzare gli individui verso ulteriori trattamenti e il recupero, la coordinazione e la continuità delle cure devono essere migliorate in numerosi paesi (Elison et al., 2016). La preparazione dei detenuti al rilascio deve essere avviata durante il periodo di detenzione e deve continuare senza interruzioni nel post-rilascio, ma questo non è sempre garantito a causa della varietà di servizi disponibili e della loro distribuzione disomogenea nei diversi paesi europei (Bielen et al., 2018).

Il progetto di ricerca "My First 48 hours out - Le mie prime 48 ore fuori" è stato istituito con il finanziamento della Commissione Europea per affrontare le lacune nella continuità delle cure per gli utenti di droghe che hanno trascorso periodi significativi in prigione. L'obiettivo principale del progetto era promuovere interventi salvavita per la prevenzione delle overdose, ridurre i rischi legati all'uso di droghe e stabilire percorsi di recupero ininterrotti dopo il rilascio (Harm Reduction EU, 2020).

Questo studio di ricerca multinazionale, coinvolgente un campione di 104 individui tra detenuti ed ex detenuti che fanno uso di sostanze psicoattive, mette in luce come gli individui affrontino sfide simili al momento del loro rilascio dalle strutture carcerarie in vari paesi europei come Belgio, Francia, Germania e Portogallo (Jamin et al., 2019). In risposta a tali sfide, i partecipanti sviluppano strategie sia individuali che strutturali, particolarmente quando il processo di rilascio non è adeguatamente preparato dai servizi penitenziari e comunitari. Elementi cruciali per mitigare rischi e favorire la reintegrazione sociale dopo il rilascio includono la continuità del supporto, il

collegamento ai servizi comunitari e misure preventive specifiche come la distribuzione di kit di naloxone (Elison et al., 2016). Le conclusioni tratte da questa ricerca colmano un'importante lacuna nel campo, essendo fondate sulle esperienze dirette di individui con un lungo percorso di consumo di sostanze. Sebbene gli intervistati possano essere considerati anziani e utilizzatori di droghe "tradizionali" rispetto alle generazioni più giovani, tutti hanno affrontato periodi di detenzione e rilascio ripetuti, guadagnandosi la definizione di "sopravvissuti al sistema" per la loro capacità di affrontare tali sfide autonomamente (Jamin et al., 2019). Le loro esperienze e prospettive costituiscono una fonte preziosa di informazioni per lo sviluppo di strategie di riduzione del danno e reintegrazione sociale più efficaci.

Parallelamente, emerge chiaramente dalle evidenze emerse che le esigenze degli utenti di droghe nelle carceri europee, soprattutto al momento del rilascio, sono complesse e molteplici. Tuttavia, i servizi e le misure disponibili per preparare la reintegrazione sono spesso limitati e concentrati sui detenuti con pene detentive lunghe. Il trattamento delle dipendenze e l'assistenza medica rappresentano risorse critiche, oltre a soddisfare bisogni psicosociali complessi come l'alloggio e il supporto sociale (Vandeveldt et al., 2021).

Inoltre, la percezione degli intervistati sull'efficacia della terapia sostitutiva con oppioidi evidenzia come questa possa contribuire a ridurre l'uso di sostanze e i rischi associati, sia in ambito carcerario che dopo il rilascio (Joudrey et al., 2019). Tuttavia, l'interrompersi di tale trattamento o l'adozione di dosaggi inferiori costituiscono fattori di rischio significativi per il consumo di droghe in carcere o subito dopo il rilascio. Infatti, poiché molti partecipanti hanno riportato esperienze di overdose, la distribuzione di naloxone, oltre alla somministrazione di OST, rappresenta una misura fondamentale per prevenire i decessi correlati alle droghe dovuti a overdose (Jamin et al., 2019). Questo sottolinea l'importanza di garantire un accesso uniforme e adeguato a tali trattamenti nelle carceri.

Infine, l'importanza del sostegno psicosociale emerge come cruciale per prevenire l'uso di droghe e le ricadute al momento del rilascio (Elison et al., 2016). Mentre l'assistenza medica può essere standardizzata, il sostegno psicosociale deve essere personalizzato per rispondere alle esigenze individuali. La preparazione al rilascio, che affronta questioni come alloggio, lavoro e supporto sociale, si rivela fondamentale per una reintegrazione riuscita (Vanderplasschen et al., 2019). Questo sottolinea l'urgente

necessità di politiche e interventi mirati a fornire un sostegno completo e personalizzato agli individui che affrontano la transizione dalla detenzione alla vita in comunità.

### **3.3.1. Il caso scozzese**

Come ampiamente discusso nel corso di questo capitolo, nel contesto detentivo, la problematica delle overdose da oppioidi rappresenta una seria minaccia per la salute pubblica, soprattutto durante il periodo post-carcerario. Il programma My First 48 Hours Out (MF48) emerge come un intervento mirato a mitigare il rischio di overdose durante questo delicato periodo di transizione. L'obiettivo principale del programma, sviluppato empiricamente in Scozia dal 2011 al 2016, è ridurre il numero di overdose da oppioidi tra i detenuti subito dopo il loro rilascio, concentrandosi specificamente sulle prime 48 ore successive alla scarcerazione (Information Services Division, 2016b).

Il programma MF48 si articola in due componenti principali: la formazione sul Naloxone e il supporto per la transizione. La prima componente prevede una formazione approfondita sull'uso del Naloxone, un farmaco antagonista capace di interrompere un'overdose da oppioidi. Durante la formazione, i partecipanti apprendono a riconoscere i segni di un'overdose, ad amministrare il Naloxone in modo sicuro e tempestivo, e a contattare rapidamente i soccorsi. La seconda componente è interessata a fornire strumenti e risorse per agevolare la transizione dei partecipanti dalla vita carceraria alla vita in libertà. Include informazioni dettagliate sui servizi di supporto disponibili nella comunità, piani di sicurezza personalizzati per prevenire ricadute nell'uso di sostanze, strategie di coping per gestire lo stress e l'ansia della reintegrazione sociale, assistenza nell'individuare opportunità lavorative e alloggi sicuri, e supporto emotivo fornito dai *Peers* (Fraser et al., 2019; Binswanger et al., 2013).

La Scozia ha affrontato una crisi di overdose da oppioidi con tassi di mortalità tra i più alti in Europa. Nel 2016, 867 persone sono morte a causa di overdose, principalmente dovute all'uso di oppiacei a questa emergenza sanitaria, il governo scozzese ha lanciato nel 2011 il Programma Nazionale di Naloxone. Questo programma è stato esteso a tutte le 14 Autorità Sanitarie e 15 carceri della Scozia, con l'obiettivo di fornire naloxone sia per l'auto-somministrazione sia ai detenuti in fase di rilascio. Questa strategia si basa sull'idea di un'azione tempestiva in caso di overdose, considerando che la Scozia ha una popolazione di circa 5,2 milioni di abitanti e circa 61.500 individui segnalati per uso

problematico di droghe. Tuttavia, solo una frazione di queste persone è sotto l'osservazione dei servizi, evidenziando una lacuna nel sistema di assistenza e prevenzione.

Per garantire il pieno conseguimento degli obiettivi prefissati, il report finale del progetto ha sviluppato alcune linee guida per comprendere e implementare passaggi pratici al fine di garantire la strutturazione di un training efficace. Il programma di formazione sulla prevenzione delle overdose e sull'uso del naloxone è condotto dal personale del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) e dai pari, in collaborazione con il Servizio Carcerario Scozzese. Queste riguardano i vari momenti della vita detentiva, dall'ingresso all'uscita, e permettono di osservare con accuratezza la complessità del momento di privazione della libertà. In particolare, durante la detenzione, i detenuti attraversano diverse fasi in cui possono accedere alla formazione, ognuna con specifiche sfide e soluzioni. Al momento dell'ingresso in carcere, i detenuti vengono informati sul programma di naloxone, sebbene questo potrebbe non essere il momento più opportuno per introdurre un intervento che sarà disponibile solo al rilascio. Durante il periodo di induzione, che si svolge nei primi giorni di detenzione, vengono fornite ulteriori informazioni sul programma di naloxone; tuttavia, poiché l'induzione non è obbligatoria, alcuni detenuti potrebbero non partecipare. La formazione viene solitamente erogata circa sei settimane prima del rilascio, insieme ad altri programmi pre-uscita. Non essendo obbligatoria, alcuni detenuti potrebbero non partecipare o essere rilasciati prima del previsto, perdendo così l'opportunità di ricevere la formazione. Inoltre, durante la detenzione, i detenuti possono richiedere la formazione in qualsiasi momento, ma problemi organizzativi e priorità concorrenti possono ostacolare la loro partecipazione. Infine, al momento del rilascio, è essenziale assicurarsi che il kit di naloxone sia stato posizionato nelle proprietà del detenuto in anticipo e coinvolgere i pari per garantire che i detenuti lascino la prigione con il kit.

Il programma MF48 rappresenta un intervento cruciale per ridurre il rischio di overdose da oppioidi durante il periodo post-carcerario. Le componenti di formazione sul Naloxone e il supporto per la transizione sono fondamentali per garantire una reintegrazione sicura e sostenibile nella comunità. L'esperienza scozzese evidenzia l'importanza di un approccio coordinato e basato sull'evidenza nella gestione della distribuzione di naloxone e nella formazione dei detenuti e del personale carcerario.

Implementare programmi simili in altri contesti potrebbe contribuire significativamente alla riduzione delle overdose da oppioidi e al miglioramento della salute pubblica.

### **3.3.2. Progetto RI.DA.RE.: Un'osservazione partecipata nel carcere di Torino**

Durante l'anno 2023 nella casa circondariale Lorusso e Cutugno della città di Torino è stato sviluppato dalla sottoscritta un progetto di osservazione partecipata in visione della progettazione, strutturazione e realizzazione di un progetto di accompagnamento all'uscita e prevenzione delle morti da overdose con un'ottica di Riduzione Del Danno. Il carcere in questione presenta un multistrato di problematicità per le persone che lo attraversano, soprattutto dovuto a carenze strutturali per cui si trova tutt'ora nello stato di indagine (ANTIGONE, 2023). Le problematiche riguardano nello specifico il reato di tortura, il sovraffollamento e la carenza di figure sanitarie professionali che siano in grado di garantire i diritti umanitari di base per chi attraversa quel luogo come persona detenuta, ma anche come operatore e assistente penitenziario (ANTIGONE, 2023).

Durante l'anno di osservazione, permesso dalla collaborazione tra l'Università di Padova e l'associazione L'isola di Arran ODV, un'associazione che dal 1996 si occupa di prevenzione e promozione dei diritti delle persone che usano sostanze sulla città di Torino, è stato possibile implementare alcune iniziative di riduzione del danno, la supervisione di casi singoli prossimi all'uscita e un'analisi dei bisogni qualitativa rispetto alle necessità delle persone detenute. In questo contesto è stato prezioso anche il contributo del personale del Serd AP, ovvero il Servizio per le Dipendenze interno al Carcere, che ha supportato l'osservazione e permesso una collaborazione tra servizi di natura differente, tra cui alcuni servizi di bassa soglia della città di Torino come Il Drop-In di corso Svizzera, un servizio di riduzione del danno fisso, e l'unità mobile CanGo, che presidia in Corso Giulio, nota zona di spaccio a cielo aperto, e che dal 1995 opera nella città di Torino, rappresentando un importante sostegno nella prevenzione diretta delle overdose di quella zona, somministrando in prima persona il Naloxone nei casi di sovradosaggio nelle zone limitrofe e in altri punti caldi della città in cui viene richiesto il loro intervento. Attualmente il progetto è in fase di realizzazione grazie alla collaborazione tra il Comune di Torino e varie realtà locali che insieme hanno partecipato

alla costruzione di un progetto di comunità e reinserimento più ampio dal nome “Intersezioni”.

Il progetto ha utilizzato diversi metodi integrati per raggiungere i suoi obiettivi. L'osservazione partecipata ha permesso di ottenere una comprensione approfondita delle dinamiche interne e delle esigenze dei detenuti. I training sono stati condotti con il supporto del personale del Servizio per le Dipendenze (SerD) e della Comunità Terapeutica Arcobaleno, garantendo un approccio professionale e mirato. È stata effettuata la distribuzione di materiale informativo sui servizi a bassa soglia disponibili a Torino, fornendo ai detenuti risorse utili per il periodo post-scarcerazione. Inoltre, sono stati organizzati momenti comunitari ludici, creando occasioni di socializzazione e supporto reciproco tra i partecipanti, in particolare, per la sezione maschile A5, che ospita le persone detenute coinvolte nel processo di scalaggio metadonico.

Durante il periodo di osservazione e intervento presso la sezione femminile della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino, è stato sviluppato un percorso finalizzato a migliorare il trattamento delle detenute. Questo progetto ha integrato l'informazione con attività risocializzanti ed espressive, mirate a facilitare il reinserimento sociale e a promuovere il benessere psicologico delle detenute. L'iniziativa si è concentrata sull'offrire strumenti e risorse che potessero contribuire a una gestione più efficace della loro condizione di detenzione, favorendo al contempo la creazione di un ambiente più inclusivo e supportivo all'interno del carcere.

Il trattamento di primo livello del SerD Area Penale si concentra principalmente sulla gestione degli aspetti clinici legati alla disintossicazione. Tuttavia, per garantire un trattamento completo, si è ritenuto necessario intervenire anche sul recupero delle funzioni sociali e psicologiche dell'individuo. A tal fine, è stato predisposto un percorso trattamentale integrato, il cui obiettivo principale era quello di realizzare un'integrazione tra la cura degli aspetti sintomatici e l'attenzione alla ripresa delle funzioni e competenze personali e sociali, con particolare riguardo alle condizioni post-carcerarie. Questo approccio mirava anche a ridurre la tensione e il malessere derivanti dalla carenza o privazione della sostanza, unite alla condizione detentiva, migliorando la compliance al trattamento e facilitando il collegamento con i servizi disponibili al di fuori della Casa Circondariale. Gli obiettivi specifici del progetto includevano l'aumento delle conoscenze delle detenute sulle sostanze, nonché l'incremento del supporto reciproco tra le detenute, sia all'interno del contesto detentivo che in preparazione al reinserimento esterno. Il

programma era rivolto alle donne detenute nella sezione femminile della Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino, in particolare a coloro che stavano riducendo la terapia metadonica, erano prese in carico dal SerD AP, e a quelle che usavano sostanze o presentavano un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), diagnosticato o meno, e che desideravano partecipare volontariamente all'attività.

Gli incontri proposti, sia strutturati che semi-strutturati, sono stati condotti dalla sottoscritta e da una psicologa della Comunità terapeutica interna al carcere "Arcobaleno". Il nostro compito principale è stato la gestione e la conduzione degli incontri, con l'obiettivo di creare un clima di solidarietà e collaborazione all'interno del gruppo. Attraverso attività ludico-pedagogiche, abbiamo orientato le detenute sulle opportunità trattamentali disponibili nella città di Torino e all'interno della Casa Circondariale. Queste attività erano inoltre focalizzate sullo sviluppo di un senso di aiuto e supporto reciproco tra le partecipanti, promuovendo un ambiente di sostegno e cooperazione.

Il percorso formativo condotto presso la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" di Torino è stato strutturato in cinque incontri tematici. Durante il primo incontro, le detenute sono state introdotte al progetto e hanno condiviso idee e risorse di gruppo. Il secondo incontro ha offerto un orientamento ai servizi della città, discutendo questioni abitative, lavorative e sanitarie. Il terzo incontro ha trattato le infezioni sessualmente trasmissibili e le relative misure preventive. Il quarto incontro si è focalizzato sugli aspetti legali e sul rilascio dal carcere, con l'obiettivo di interrompere il ciclo della recidiva. Il quinto incontro, lasciato libero per le proposte delle detenute, ha previsto la chiusura del progetto, includendo un approfondimento sulla riduzione dei rischi associati all'uso di sostanze. Inoltre, prendendo spunto dal Progetto MY48 Out, durante l'ultima sessione è stato proposto un breve test per valutare le competenze acquisite, seguito dalla consegna di un attestato di partecipazione e completamento del corso (fig. 8). Pur non avendo valore sanitario, questo certificato assume un significato simbolico importante, rappresentando il raggiungimento di un obiettivo e incoraggiando l'applicazione delle competenze acquisite nella vita quotidiana e nella comunità. Questo percorso ha fornito alle detenute strumenti pratici e conoscenze utili per affrontare la transizione verso la vita esterna, migliorando la loro consapevolezza e capacità di utilizzare le risorse disponibili.



Figura 8: Certificato di partecipazione al corso promosso da Ri.Da.Re. (2023)

È stato condotto un unico *training* di accompagnamento all'uscita, della durata di cinque settimane, che ha coinvolto sei donne detenute consumatrici di sostanze. La scelta di un gruppo così limitato è stata dettata dalla capienza ristretta della stanza utilizzata per il training. Tuttavia, questa limitazione numerica si è rivelata vantaggiosa, poiché ha permesso di prestare una maggiore attenzione alle storie personali e ai bisogni specifici di ciascuna partecipante. La dimensione ridotta del gruppo ha facilitato un ambiente più intimo e attento, favorendo una migliore comprensione e supporto individualizzato. Alla conclusione del percorso formativo, cinque delle partecipanti sono effettivamente uscite dal carcere. Nonostante il successo iniziale del training, non è stato ancora sviluppato un follow-up per monitorare il loro percorso successivo una volta rilasciate. Questo rappresenta una limitazione significativa del progetto, poiché il monitoraggio continuo è essenziale per valutare l'efficacia a lungo termine degli interventi e per fornire supporto continuo alle ex detenute nel loro processo di reintegrazione sociale.

Il progetto, della durata di un anno e condotto nell'ambito di un tirocinio, ha incontrato delle limitazioni che ne hanno compromesso il rigore scientifico, basandosi principalmente su relazioni di tirocinio e interviste qualitative in profondità. La

complessità della sua implementazione è stata particolarmente evidente nella distribuzione dei kit di naloxone. Questa difficoltà è stata accentuata sia dal breve periodo del progetto, che non coincideva con le tempistiche più lunghe tipiche delle istituzioni carcerarie, sia dalle procedure burocratiche che hanno richiesto un notevole dispendio di tempo per essere completate. Nonostante queste sfide, il progetto è stato portato a termine con successo, dimostrando la fattibilità di interventi di questo tipo all'interno di contesti carcerari. In particolare, il progetto ha evidenziato che, anche in presenza di vincoli temporali e burocratici, è possibile implementare iniziative mirate alla riduzione del danno e al supporto tra pari. Questi risultati sottolineano l'importanza di considerare approcci flessibili e adattabili per affrontare le complessità operative e amministrative, al fine di promuovere la salute e il benessere delle persone detenute.

La sezione maschile ha presentato una minore strutturazione di momenti specifici di formazione e supporto tra pari rispetto alla sezione femminile. Questo squilibrio è stato determinato dal ruolo come tirocinante, che ha prevalentemente affiancato i gruppi terapeutici promossi dal SerD e i gruppi ludici con gli educatori della comunità Arcobaleno. Nonostante ciò, sono stati realizzati incontri tematici analoghi a quelli della sezione femminile in alcuni momenti dell'anno con l'accompagnamento dell'equipe del SerD. Durante i mesi di luglio e agosto, periodi critici per la carenza di personale professionale e la chiusura del tribunale, è stata implementata una serie di incontri con un "*peer senior*" esterno al carcere. L'ospite ha condiviso la propria esperienza di vita, caratterizzata da sfide e risoluzioni simili a quelle affrontate dai detenuti utilizzando come strumenti comunicativi una varietà di proposte artistiche con cui elaborare i temi legati alla marginalità (disegno, teatro, racconti di storie). Tale iniziativa aveva l'obiettivo di offrire un supporto significativo durante i mesi estivi, quando la mancanza di risorse professionali rende più difficile il mantenimento di programmi di supporto costanti, e di mostrare un'esperienza di vita reale che potesse aiutarli nello sviluppo di strategie di coping efficaci per affrontare le sfide della vita esterna. Gli incontri con il *peer senior* hanno culminato in uno spettacolo di cantautorato, organizzato in collaborazione con la biblioteca del carcere. Questo evento, eseguito dallo stesso *peer* insieme a un accompagnatore alla chitarra, è stato rivolto a 20 detenuti e 20 detenute iscritti al SerD AP della Casa Circondariale, nel mese di settembre 2023.

Perciò, sebbene la sezione maschile abbia beneficiato di momenti meno strutturati di formazione e supporto tra pari rispetto alla sezione femminile, gli incontri tematici e

l'iniziativa estiva con il peer senior hanno rappresentato interventi significativi fortemente partecipati, con una media di presenze che variava dalle 10 alle 20 persone ad incontro. Un breve *follow-up*, condotto tramite interviste qualitative nell'ambito del progetto attualmente in corso, ha permesso di raccogliere riscontri positivi. I partecipanti hanno espresso pareri favorevoli sull'utilità di fornire strumenti pratici per affrontare le sfide della condizione carceraria dei consumatori di sostanze, evidenziando l'importanza e l'efficacia di tali iniziative.

Il progetto Ri.Da.Re. è attualmente attivo con il nome "Intersezioni". Al momento, sono in corso interviste preliminari in preparazione dei training previsti. Inoltre, vi è una collaborazione in corso con il personale penitenziario e sanitario della casa circondariale per implementare la distribuzione di naloxone e *kit* contenenti beni di prima necessità per i detenuti in procinto di essere rilasciati. Questi *kit* includono elementi come una mappa della città, biglietti dell'autobus, materiali per il consumo sicuro e informazioni riguardanti le sostanze e i servizi disponibili. Tale iniziativa mira a fornire supporto pratico e informativo per favorire una transizione più agevole e sicura dei detenuti verso la vita al di fuori del contesto carcerario.

In conclusione, nonostante le sfide e le limitazioni incontrate nel corso dei progetti di riduzione del danno e di reinserimento post-carcerario discusse, è importante sottolineare che entrambi rappresentano passi significativi verso una migliore assistenza e supporto per le persone coinvolte. Sebbene l'implementazione di tali progetti possa essere stata complessa a causa di vincoli strutturali, tempistiche carcerarie e sfide burocratiche, è evidente che l'impegno e la collaborazione degli operatori, dei professionisti della salute e dei volontari hanno prodotto risultati tangibili. La realizzazione di training, la distribuzione di *kit* di naloxone e altri beni di prima necessità, insieme alle iniziative di formazione e orientamento, sono esempi di interventi concreti che possono migliorare la qualità della vita delle persone detenute e favorire una transizione più sicura e supportata verso la vita al di fuori del carcere. Tali iniziative rappresentano un importante passo avanti nel promuovere la salute, il benessere e la riduzione dei rischi per individui vulnerabili, contribuendo così a una società più inclusiva e solidale.

## CONCLUSIONI

La presente tesi ha esplorato diversi aspetti legati alle dipendenze, alla riduzione del danno e al fenomeno delle morti da overdose post-scarcerazione, con particolare attenzione al ruolo di prevenzione rappresentato dal supporto tra pari. Attraverso un'analisi approfondita dei modelli teorici e delle pratiche applicate nel contesto carcerario, si è dunque cercato di comprendere come interventi mirati possano contribuire a migliorare le condizioni di vita dei detenuti e a ridurre i rischi associati al consumo di sostanze.

Il primo capitolo ha fornito una panoramica dei principali modelli teorici delle dipendenze, evidenziando come l'approccio proibizionista, il modello morale e il modello medico influenzino le politiche e le pratiche relative al consumo di sostanze. La riduzione del danno si è dimostrata un approccio pragmatico ed efficace, volto a minimizzare i rischi e i danni senza necessariamente richiedere l'astinenza.

Il secondo capitolo ha analizzato il contesto carcerario, evidenziando come il sovraffollamento, le condizioni di vita e i profili psico-sociali dei detenuti contribuiscano alla vulnerabilità di questi individui. L'analisi ha dimostrato che le overdose post-scarcerazione sono un problema significativo, aggravato dalla mancanza di supporto e risorse adeguate al momento del rilascio. Il modello biopsicosociale ha fornito un quadro comprensivo per comprendere i diversi fattori che influenzano questo fenomeno e di quanto il potenziale di una comunità solida e attenta ai bisogni delle soggettività coinvolte sia un efficace antidoto all'isolamento sociale e alle problematiche legate al consumo di sostanze e al circuito carcerario.

Una particolare attenzione è stata rivolta alla situazione delle donne detenute, che devono affrontare sfide aggiuntive rispetto ai loro omologhi maschili. Le donne in carcere, come evidenziato dai dati raccolti dall'Associazione Antigone nel 2023, presentano frequentemente una maggiore incidenza di traumi pregressi, abusi e problemi di salute mentale, che aumentano la loro vulnerabilità al consumo di sostanze e alle overdose post-scarcerazione. Inoltre, le responsabilità familiari e la stigmatizzazione sociale possono rendere ancora più difficoltoso il loro reinserimento. L'analisi ha evidenziato che le detenute richiedono interventi specifici e mirati, che considerino le loro

particolari esigenze psico-sociali e di genere, al fine di prevenire efficacemente le overdose e supportarle nel loro percorso di reintegrazione sociale.

Il terzo capitolo ha esplorato l'efficacia del supporto tra pari come strumento di prevenzione delle morti da overdose in ambiente carcerario. Attraverso l'analisi di vari programmi di naloxone training, sia a livello internazionale che locale, è emerso come il coinvolgimento attivo dei detenuti possa essere un elemento cruciale per il successo di tali interventi. Tuttavia, l'implementazione di questi programmi non è priva di sfide. Le barriere strutturali, come il sovraffollamento, la carenza di risorse e le normative rigide, insieme alle barriere sociali, quali lo stigma, la sfiducia nelle istituzioni e le differenze culturali e linguistiche, possono ostacolare l'efficacia dei programmi di supporto tra pari e naloxone training.

Nonostante queste limitazioni, i risultati indicano che, con adeguate risorse e adattamenti, tali programmi possono essere strumenti efficaci nella riduzione del danno e nella prevenzione delle morti da overdose. Superare queste barriere richiede un impegno continuo e una stretta collaborazione tra tutti gli attori coinvolti, inclusi i detenuti, il personale carcerario, le organizzazioni non governative e le istituzioni sanitarie.

Sulla scorta della mia esperienza personale, maturata nei 7 mesi di tirocinio formativo presso la Casa Circondariale e i servizi di bassa soglia della città di Torino attraverso l'implementazione del progetto Ri.Da.Re. ha evidenziato diverse implicazioni pratiche che potrebbero contribuire significativamente alla definizione di future politiche carcerarie e interventi nel campo delle dipendenze di riduzione del danno, sottolineando l'importanza di sviluppare alternative alla carcerazione che adottino un approccio comunitario. È emersa, inoltre, un'importanza cruciale nell'investire nella formazione dei *peer supporter*, al fine di garantire che essi siano in grado di fornire un sostegno efficace e informato ai loro compagni detenuti. Questo aspetto sottolinea l'importanza dell'assunzione di un approccio umanitario e attento alle esigenze individuali nei confronti di chi si trova nel contesto carcerario. Inoltre, il coinvolgimento attivo dei detenuti nei programmi di prevenzione e riduzione del danno è risultato essere un elemento fondamentale, non solo per migliorare i risultati pratici degli interventi, ma anche per favorire un clima di solidarietà e responsabilizzazione reciproca tra i membri della comunità carceraria. Questo dimostra quanto sia vitale considerare l'*empowerment* e l'auto-gestione come elementi centrali nella promozione del benessere all'interno delle strutture penitenziarie.

Infine, l'analisi ha sottolineato l'importanza della collaborazione interdisciplinare tra professionisti di diversi settori, come educatori, assistenti sociali e psicologi con le persone detenute stesse. Questo approccio collaborativo è essenziale per la progettazione e l'implementazione di interventi complessi e multidimensionali, in grado di rispondere in maniera efficace alle molteplici sfide che caratterizzano il contesto carcerario. La sinergia tra diverse competenze e prospettive può favorire un'approfondita comprensione delle esigenze dei detenuti e la creazione di interventi mirati e personalizzati, che tengano conto della complessità e della diversità delle loro esperienze e bisogni.

Guardando al futuro, emerge la necessità di ampliare l'orizzonte della ricerca mediante l'implementazione di studi longitudinali, capaci di tracciare nel tempo gli effetti degli interventi di riduzione del danno e di supporto tra pari. Questi approfondimenti potrebbero offrire un quadro più completo e dettagliato sulle dinamiche a lungo termine, consentendo di valutare con maggiore precisione l'efficacia di tali interventi nel tempo e di identificare eventuali aree di miglioramento.

Parallelamente, si raccomanda di estendere i programmi di *peer support* e di formazione sull'uso del naloxone ad altre strutture carcerarie, personalizzandoli in base alle specificità e alle esigenze locali. Questo adattamento potrebbe favorire un'implementazione più efficace degli interventi, tenendo conto delle differenze culturali, sociali e strutturali tra le varie istituzioni penitenziarie.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza di promuovere politiche di riduzione del danno che riconoscano il valore del supporto comunitario e della riabilitazione sociale dei detenuti. Questo approccio mira a migliorare ulteriormente l'efficacia degli interventi, fornendo un sostegno continuo e integrato che va oltre la semplice gestione delle crisi legate all'uso di sostanze. In tal modo, si potrebbe favorire un reale cambiamento e un migliore reinserimento sociale delle persone coinvolte nel circuito carcerario, promuovendo una maggiore inclusione e partecipazione nella società e, soprattutto, prevenendo il fenomeno delle morti da overdose post scarcerazione.

Infine, lungo tutta la trattazione, emerge chiaramente l'urgente bisogno di considerare la ricerca di alternative al sistema carcerario tradizionale, poiché attualmente esso non rappresenta un ambiente rispettoso della dignità umana. Le condizioni carcerarie spesso non rispondono ai principi fondamentali di giustizia e umanità, e la detenzione può avere effetti dannosi sulla salute mentale e fisica dei detenuti e più in generale nella

collettività in senso più ampio. Pertanto, investire in soluzioni alternative alla reclusione, come programmi di riabilitazione, trattamento delle dipendenze e supporto sociale, potrebbe non solo ridurre il ricorso alla pena detentiva, ma anche garantire un trattamento più umano e dignitoso per coloro che hanno commesso reati. In questo contesto, è cruciale esplorare modalità innovative e inclusive per affrontare le questioni legate alla giustizia penale, favorendo un approccio centrato sulla persona e sulla tutela dei suoi diritti.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbott, P., Magin, P., Lujic, S. and Hu, W. (2017), ‘Supporting continuity of care between prison and the community for women in prison: a medical record review’, *Australian Health Review* 41, pp. 268-276
- Adams, D. L. (1995). Health issues for women of color: A cultural diversity perspective.
- Aebi, M. F. and Tiago, M. M. (2020), Council of Europe annual penal statistics SPACE I: prison populations survey 2019, Council of Europe, Strasbourg.
- Anderson, R. E., Geier, T. J., & Cahill, S. P. (2016). Epidemiological associations between posttraumatic stress disorder and incarceration in the National Survey of American Life. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(2), 110-123.
- Arain, A., Robaey, G., & Stöver, H. (2014). Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response. *BMC Infectious Diseases*, 14, 1-6.
- Ashton, M. (1992). Release White Paper on Reform of Drugs Laws. *London: Publications*.
- Attanasi, D., Bartolini, F., D'Angela, D., Grisenti, S., Lucchini, A., Quattrocioni, E., & Spandonaro, F. (2021). IMPATTO ORGANIZZATIVO, GIUDIZIARIO ED ECONOMICO DELLA TOSSICODIPENDENZA. *MISSION*, 15(55), 1-20.
- Bailey, R. R. (2019). Goal setting and action planning for health behavior change. *American journal of lifestyle medicine*, 13(6), 615-618.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.
- Bandura, A. (1997). *Bandura* (Vol. 2). FrancoAngeli.
- Baptiste-Roberts, K., & Hossain, M. (2018). Socioeconomic Disparities and Self-reported Substance Abuse-related Problems. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10, 112–122.
- Barnert, E. S., Jara, J., Lee, J., Vassar, S., Tunador, F., Abrams, L., ... & Wong, M. (2024). Health and Care Needs of Young Adults Exiting Jail. *Journal of Correctional Health Care*, 30(1), 22-32.
- Bartlett, N., Xin, D., Zhang, H., & Huang, B. (2011). A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China. *International Journal of Drug Policy*, 22(4), 301-305.
- Bassi, H., Cianchella, M., Fiorentini, L., & Perduca, M. (2018) “La svolta di cui c’è bisogno”. In G., Zuffa, S., Anastasia, F., Corleone (a cura di) *Nono libro bianco sulle droghe* (pp 53-59). I dossier di Fuoriluogo.it.

- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención del consumo de drogas [Scientific bases of drug consumption prevention]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Belisle, L., & Thompson, K. (2020). Sustained Outcomes? an Exploratory Study of Juvenile Drug Courts and Long-Term Recidivism. *Juvenile and Family Court Journal*, 71(1), 63-83.
- Bellamy, C., Kimmel, J., Costa, M. N., Tsai, J., Nulton, L., Nulton, E., ... & O'Connell, M. (2019). Peer support on the “inside and outside”: building lives and reducing recidivism for people with mental illness returning from jail. *Journal of Public Mental Health*, 18(3), 188-198.
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 13(2), 107-118.
- Bergamo, S., Parisi, G., & Jarre, P. (2019). Harm reduction in Italy: the experience of an unsanctioned supervised injection facility run by drug users. *Drugs and Alcohol Today*, 19(2), 59-71.
- Bielen, R., Stumo, S. R., Halford, R., Werling, K., Reic, T., Stöver, H., ... & Lazarus, J. V. (2018). Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. *Harm reduction journal*, 15, 1-10.
- Binswanger, I. A., et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of risk factors for overdose after prison release. *Addiction*, 110(10), 1560-1570. <https://doi.org/10.1111/add.13014>
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Glanz, J., Long, J., Booth, R. E., et al. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors. *Addictive Sciences & Clinical Practice*, 7(1), 3.
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Long, J., Booth, R. E., Kutner, J., et al. (2011). “From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill,” a qualitative study of the health experiences of recently released inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(4), 249–255.
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison—a high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-165.
- Blakey R., Baker R. (1980), “An exposure approach to alcohol abuse”, *Behav Res Ther*, 18: 319-323.
- Bohnert, A. S., McCarthy, J. F., Ignacio, R. V., Ilgen, M. A., Eisenberg, A., & Blow, F. C. (2013). Misclassification of suicide deaths: examining the psychiatric history of overdose decedents. *Injury Prevention*, 19(5), 040631.

- Bohnert, A. S., Roeder, K., & Ilgen, M. A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: a review of overlap and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 183–192.
- Borkman, T. J. (1990). Experiential, professional, and lay frames of reference.
- Bouchard, M., Hashimi, S., Tsai, K., Lampkin, H., & Jozaghi, E. (2018). Back to the core: a network approach to bolster harm reduction among persons who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 51, 95-104.
- Bovend'Eerdt, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical rehabilitation*, 23(4), 352-361.
- Bowen, R. A., Rogers, A., & Shaw, J. (2009). Medication management and practices in prison for people with mental health problems: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, 1-11.
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., ... & Taylor, C. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97(12), 1551-1560.
- Brinkley-Rubinstein, L., Macmadu, A., Marshall, B. D., Heise, A., Ranapurwala, S. I., Rich, J. D., & Green, T. C. (2018). Risk of fentanyl-involved overdose among those with past year incarceration: Findings from a recent outbreak in 2014 and 2015. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 189-191.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American psychologist*, 41(7), 765.
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). The war on drugs—a war on drug users.
- Cacciamani, A. (2023) Psicoterapia della riduzione del danno: un approccio alternativo al trattamento della dipendenza da sostanze.
- Cardoso Torres, A., & Gomes, M. do C. (2002). Drugs and Prisons in Portugal: Synopsis and Technical Appendix of a Research. Lisboa: CIES/ISCTE.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., & Hedrich, D. (2012). Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: Issues and challenges. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 51(1), 37-66.
- Childress, C., Nayyar, J., & Gibson, I. (2024). Tokenism and Its Long-Term Consequences: Evidence from the Literary Field. *American Sociological Review*, 00031224231214288.
- Chinman, M. J., Rosenheck, R., Lam, J. A., & Davidson, L. (2000). Comparing consumer and nonconsumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(7), 446-453.

- Chinman, M. J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community mental health journal*, 37, 215-229.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological science*, 5(1), 8-14.
- Ciraulo, D. A., Zindel, L. R., & Kranzel, H. R. (2014). *Psicofarmacologia delle dipendenze: Manuale clinico*. Edra Masson.
- Claridge, T. (2021). Evolution of the concept of social capital. Social Capital Research.
- Clarke, G. N., Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Paulson, R. I., Cutler, D. L., Lewis, K., & Oxman, E. (2000). Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental health services research*, 2, 155-164.
- Collins, S. E., Jones, C. B., Hoffmann, G., Nelson, L. A., Hawes, S. M., Grazioli, V. S., ... & Clifasefi, S. L. (2016). In their own words: content analysis of pathways to recovery among individuals with the lived experience of homelessness and alcohol use disorders. *International Journal of Drug Policy*, 27, 89-96.
- Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione. (2022). Esame della relazione n. XI/146 del 2022. Relazione in attuazione dell'art. 11 della legge regionale 25/2017 "Disposizioni per la tutela delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria". [https://www.consiglio.regione.lombardia.it/crpv/Site/Documents/2022/luglio/relazione\\_xi\\_146\\_2022.pdf](https://www.consiglio.regione.lombardia.it/crpv/Site/Documents/2022/luglio/relazione_xi_146_2022.pdf)
- Consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Soc. Sci. Med.* 2019, 225, 60–68.
- Cooper, H. L. (2015). War on drugs policing and police brutality. *Substance use & misuse*, 50(8-9), 1188-1194.
- Corkery, J. M. (2000). *Drug Seizure and Offender Statistics, United Kingdom 1998: Area Tables*. Government Statistical Service.
- Coste, C. (1976). Prison health care: part of the punishment. *New Physician*, 25(4), 29-35.
- Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S., & Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 211.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical psychology: Science and practice*, 6(2), 165.

- Davidson, L., Haglund, K. E., Stayner, D. A., Rakfeldt, J., Chinman, M. J., & Kraemer Tebes, J. (2001). "It was just realizing... that life isn't one big horror": A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 275.
- Davidson, P. J., McLean, R. L., Kral, A. H., Gleghorn, A. A., Edlin, B. R., & Moss, A. R. (2003). Fatal heroin-related overdose in San Francisco, 1997–2000: a case for targeted intervention. *Journal of Urban Health*, 80, 261-273.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55(2), 205.
- de Andrade, D. O. M. I. N. I. Q. U. E. (2018). The “drugs-crime nexus” (pp. 1-16). New York, NY: Oxford University Press.
- De Winter, M., & Noom, M. (2003). Someone who treats you as an ordinary human being... Homeless youth examine the quality of professional care. *British Journal of Social Work*, 33(3), 325-338.
- DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J.S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet HIV*, 4, e357–e374.
- Dechman, M. K. (2015). Peer helpers’ struggles to care for “others” who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 26(5), 492-500.
- Deering, K. N., Shannon, K., Sinclair, H., Parsad, D., Gilbert, E., & Tyndall, M. W. (2009). Piloting a peer-driven intervention model to increase access and adherence to antiretroviral therapy and HIV care among street-entrenched HIV-positive women in Vancouver. *AIDS patient care and STDs*, 23(8), 603-609.
- Delisle, V. C., Gumuchian, S. T., Kloda, L. A., Boruff, J., El-Baalbaki, G., Körner, A., ... & Thombs, B. D. (2016). Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: a systematic review. *BMJ open*, 6(11), e013325.
- DELLA FEDERAZIONE, P. T. (2012). Mission. *Centro*, 25, 26. (Antonio Fabozzi\*, Francesco Cassese\*\*)
- Denning, P., & Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions*. Guilford Press.
- Désesquelles, A., Kensey, A., & Meslé, F. (2018). Circonstances et causes des décès des personnes écrouées en France: le poids écrasant des morts violentes. *Population*, 73(4), 757-786.
- Douglas, N., Plugge, E., & Fitzpatrick, R. (2009). The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(9), 749-754.

- Eatmon, B. R. (2022). How Drug Court Programs Impact Prison Overcrowding: An Archival Quantitative Case Study (Doctoral dissertation, Northcentral University).
- Edmunson, E. D., Bedell, J. R., Archer, R. P., & Gordon, R. E. (1982). Integrating skill building and peer support in mental health treatment: The early intervention and community network development projects. In *Community mental health and behavioral-ecology: A handbook of theory, research, and practice* (pp. 127-139). Boston, MA: Springer US.
- Einstein, S. (2007). Harm and risk reduction: History, theories, issues, and implications. *Substance use & misuse*, 42(2-3), 257-265.
- Elison, S., Weston, S., Davies, G., Dugdale, S., & Ward, J. (2016). Findings from mixed-methods feasibility and effectiveness evaluations of the “Breaking Free Online” treatment and recovery programme for substance misuse in prisons. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(2), 176-185.
- EMCDDA (2014). Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. [online] Lisbon: EMCDDA. Available at: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD\\_Drug%20consumption%20rooms.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf) consultato il 03/03/2024
- EMCDDA (2020). Statistical Bulletin 2020 — prevalence of drug use. <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/> 9 gps
- EMCDDA. (2020b). Statistical Bulletin 2020 – drug use in prison. <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/dup>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. and Udesen, C. (2014), Prisons and health, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), Prison and drugs in Europe: current and future challenges, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Eversman, M. H. (2010). High and low threshold service provision in drug-free settings: Practitioner views. *International Journal of Drug Policy*, 21(6), 501–506. doi:10.1016/j.drugpo.2010.03.0
- Farrell, M., & Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*, 103(2), 251-255.
- Farrugia, A., Fraser, S., Dwyer, R., Fomiatti, R., Neale, J., Dietze, P., & Strang, J. (2019). Take-home naloxone and the politics of care. *Sociology of Health & Illness*, 41(2), 427-443.

- Faulkner, A., & Kalathil, J. J. L. T. (2012). The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health. *London: Together for Mental Wellbeing*.
- Faupel, C., Horowitz, A., & Weaver, G. (2010). The sociology of American drug use. sOxford University Press.
- Favaretto, G., Zaccarin, A., & Novelli, L. (2020). Naloxone for opioid overdose: A systematic review and meta-analysis of dosage and routes of administration. *Addiction*, 115(10), 2202-2222. doi:10.1111/add.15057
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871–81
- Fazel, S. and Baillargeon, J. (2011), 'The health of prisoners', *Lancet* 377(9769), pp. 956-965.
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881.
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739.
- Felton, C. J., Stastny, P., Shern, D. L., Blanch, A., Donahue, S. A., Knight, E., & Brown, C. (1995). Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatric Services (Washington, DC)*, 46(10), 1037-1044.
- Festinger, L. A. (1954). A theory of social comparison. *Human Relations*, 7(2), 117-149.
- First, M. B. (2005). Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity. *Psychopathology*, 38(4), 206-210.
- Fletcher, A., Calafat, A., Pirona, A., & Olszewski, D. (2010). Young people, recreational drug use and harm reduction.
- Fogel, C.I. Hard time: The stressful nature of incarceration for women. *Issues Ment. Health Nurs*. 1993, 14,367–377.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Foucault M. (2007). *Sorvegliare e punire*. Torino: Einaudi.
- Foucault M. (2011). *L'emergenza delle prigioni*. Interviste su carcere, diritto, controllo. Firenze: La Casa Usher.
- Friedman, M. C. (1992). Cruel and unusual punishment in the provision of prison medical care: Challenging the deliberate indifference standard. *Vand. L. Rev.*, 45, 921.

- Friestad, C., Åse-Bente, R., & Kjelsberg, E. (2014). Adverse childhood experiences among women prisoners: Relationships to suicide attempts and drug abuse. *International journal of social psychiatry*, 60(1), 40-46.
- Gaffney, A., Jones, W., Sweeney, J. and Payne, J. (2010), Drug use monitoring in Australia: 2008 annual report on drug use among police detainees, Monitoring Report No 9, Australian Institute of Criminology, Canberra
- Galanter, M. (1988). Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: A study of Recovery, Inc. *American journal of Psychiatry*, 145(10), 1248-1253.
- Galea, S., Worthington, N., Piper, T. M., Nandi, V. V., Curtis, M., & Rosenthal, D. M. (2006). Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: early evidence from a pilot study in New York City. *Addictive behaviors*, 31(5), 907-912.
- Gandus, N., & Tonelli, C. (Eds.). (2019). *Doppia pena: Il carcere delle donne*. Mimesis.
- Gaston, R. L., Best, D., Manning, V., & Day, E. (2009). Can we prevent drug related deaths by training opioid users to recognise and manage overdoses?. *Harm Reduction Journal*, 6, 1-8.
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K. & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: A qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Service Research*, 13, 188.
- Gjersing, L. and Bretteville-Jensen, A. L. (2019), 'Drug policy changes and the possible impact on incarcerations in a cohort of street- and low threshold service recruited illegal substance users', paper presented at Lisbon Addictions, 23-24 October, Lisbon.
- Goffmann E. (1972). Stigma: identità negata. Laterza.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of drug issues*, 15(4), 493-506.
- Gossop, M. (2007). Living with drug. Ashgate.
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2007). Readiness for change and drug use outcomes after treatment. *Addiction*, 102(2), 301-308.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical psychology review*, 13(2), 169-186.
- Green, T. C., Bowman, S. E., Ray, M., McKenzie, M., Lord, S. E., & Rich, J. D. (2015). Development of an incarceration-specific overdose prevention video: Staying Alive on the Outside. *Health Education Journal*, 74(5), 627-637.
- Grella, C. E., Ostlie, E., Scott, C. K., Dennis, M. L., Carnevale, J., & Watson, D. P. (2021). A scoping review of factors that influence opioid overdose prevention for justice-involved populations. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16, 1-39.

- Grod, L. W. (2020). Leadership Styles of Correctional Officers in the State and Federal Prison System: Do Leadership Approaches Matter when Interacting with Aging Prisoners? (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Grosso, Leopoldo. "Lo stigma delle persone con disturbo d'uso di sostanze." MISSION 2022/59 (2023).
- Hagan, H., Campbell, J. V., Thiede, H., Strathdee, S. A., Ouellet, L., Latka, M., ... & DUIT Study Team. (2007). Injecting alone among young adult IDUs in five US cities: evidence of low rates of injection risk behavior. *Drug and alcohol dependence*, 91, S48-S55.
- Hairston, M., & Jones, H. (2019). Interventions for peer support workers in substance use treatment: A systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 27(12), 1821-1835.
- Hall, E. A., Prendergast, M. L., Wellisch, J., Patten, M., & Cao, Y. (2004). Treating drug-abusing women prisoners: An outcomes evaluation of the Forever Free program. *The Prison Journal*, 84(1), 81-105.
- Hall, W., Carter, A., & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?. *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110.
- Hanson, B. L., Porter, R. R., Zöld, A. L., & Terhorst-Miller, H. (2020). Preventing opioid overdose with peer-administered naloxone: findings from a rural state. *Harm reduction journal*, 17, 1-9.
- Harding, T. (1987). Health in prisons. *Council of Europe Prison Information Bulletin*, 10, 9-11.
- Harlow, C. W. (1998). *Profile of jail inmates, 1996*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Hart, C. (2017) Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice, *NATURE HUMAN BEHAVIOUR* 1, 0055, | [www.nature.com/nathumbehav](http://www.nature.com/nathumbehav)
- Hartnoll, R. L. (1994). Opiates: prevalence and demographic factors. *Addiction*, 89(11), 1377-1383.
- Helzer, J. E. (2010). Significance of the Robins et al Vietnam veterans study. *American Journal of Addiction*, 19, 218-221.
- Hogarth, L., Balleine, B. W., Corbit, L. H., & Killcross, S. (2013). Associative learning mechanisms underpinning the transition from recreational drug use to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1282(1), 12-24.
- Holloway, K., Hills, R., & May, T. (2018). Fatal and non-fatal overdose among opiate users in South Wales: A qualitative study of peer responses. *International journal of drug policy*, 56, 56-63.

- Holloway, K., Hills, R., & May, T. (2018). Fatal and non-fatal overdose among opiate users in South Wales: A qualitative study of peer responses. *International journal of drug policy*, 56, 56-63.
- Hooks, B. (2014). Sisters of the yam: Black women and self-recovery.
- <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-021-00506-3#Sec1>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., ... & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55, 285-293.
- Irvine, M.A., Kuo, M., Buxton, J.A., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., & Gilbert, M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*, 114, 1602–1613.
- Jacobson, J., & Fair, H. (2017). Sense of self and responsibility: a review of learning from the Winston Churchill Memorial Trust Prison Reform Fellowships–Part V.
- James DJ, Glaze LE. Highlights mental health problems of prison and jail inmates. Bureau of Justice Statistics. 2006.
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates.
- Jamin, D., Vanderplasschen, W., Sys, O., Jauffret-Roustide, M., Michel, L., Trouiller, P., ... & Stöver, H. (2021). “My first 48 hours out”: drug users’ perspectives on challenges and strategies upon release from prison. *Harm Reduction Journal*, 18, 1-12.
- Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J., & Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into “hard drugs” and “soft drugs”: A critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 636-646.
- Jhonston, L. D., O’ Malley, P.M, Bachman, J.G., & Schulenberg, J. E. (2007). Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2006. MD: NIDA.
- Jose-Kampfner, C. (1995). Health care on the inside. *Health issues for women of color*, 164-184.
- Joudrey, P. J., Khan, M. R., Wang, E. A., Scheidell, J. D., Edelman, E. J., McInnes, D. K., & Fox, A. D. (2019). A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addiction science & clinical practice*, 14, 1-14.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467.

- Kelley, M. L., Bravo, A. J., Braitman, A. L., Lawless, A. K., & Lawrence, H. R. (2016). Behavioral couples treatment for substance use disorder: Secondary effects on the reduction of risk for child abuse. *Journal of substance abuse treatment*, 62, 10-19.
- Kennedy, M. (1989 June). Psychiatric hospitalization of GROWERS. Paper presented at the Second Biennial Conference of Community Research and Action, East Lansing, MI.
- Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T., & McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Social Science & Medicine*, 225, 60-68.
- Kennedy, M.C.; Boyd, J.; Mayer, S.; Collins, A.; Kerr, T.; McNeil, R. Peer worker involvement in low-threshold supervised
- Kerr, T., Small, W., & Wood, E. (2005). The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *International journal of drug policy*, 16(4), 210-220.
- Khan, M. R., Behrend, L., Adimora, A. A., Weir, S. S., White, B. L., & Wohl, D. A. (2011). Dissolution of primary intimate relationships during incarceration and implications for post-release HIV transmission. *Journal of Urban Health*, 88(2), 365–375.
- Khan, M. R., Scheidell, J. D., Golin, C. E., Friedman, S. R., Adimora, A. A., Lejuez, C. W., ... & Wohl, D. A. (2018). Dissolution of committed partnerships during incarceration and STI/HIV-related sexual risk behavior after prison release among African American men. *Journal of Urban Health*, 95, 479-487.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., & McAuliffe, W. E. (1990). Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers. Guilford
- Klein, A. R., Cnaan, R. A., & Whitecraft, J. (1998). Significance of peer social support with dually diagnosed clients: Findings from a pilot study. *Research on social work practice*, 8(5), 529-551.
- Kolla, G., & Strike, C. (2019). ‘It's too much, I'm getting really tired of it’: Overdose response and structural vulnerabilities among harm reduction workers in community settings. *International Journal of Drug Policy*, 74, 127-135.
- Korfmacher, K., Van Beijeren, K., Van den Berg, M., & Ten Horn, R. (2020). The role of peer support workers in addiction treatment: A meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 30(5), 888-896.
- Krawczyk, N., Feder, K.A., Saloner, B., Crum, R.M., Kealhofer, M., & Mojtabai, R. (2017). The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among

clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 175, 157–163.

- Kurtz, L. F. (1988). Mutual aid for affective disorders: the manic depressive and depressive association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 152.
- Kurtz, L. F. (1990). The self-help movement: Review of the past decade of research. *Social Work with Groups*, 13(3), 101-115.
- Lake, S., Hayashi, K., Milloy, M. J., Wood, E., Dong, H., Montaner, J., & Kerr, T. (2015). Associations between childhood trauma and non-fatal overdose among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 43, 83-88.
- Lake, S., Hayashi, K., Milloy, M. J., Wood, E., Dong, H., Montaner, J., & Kerr, T. (2015). Associations between childhood trauma and non-fatal overdose among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 43, 83-88.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In *Stress and coping: An anthology* (pp. 189-206). Columbia University Press.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures.
- Lee, A. R. (2020). All you have gotten is tokenism. *Prejudice, stigma, privilege, and oppression: A behavioral health handbook*, 387-399.
- Lemert E.M. (1981). *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*. Giuffrè.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
- Levack, W. M., Dean, S. G., Siegert, R. J., & Mcpherson, K. M. (2006). Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation: the need for a critical distinction. *Disability and rehabilitation*, 28(12), 741-749.
- Link B.G. et al. (1989). A modified labeling theory approach to mental illness disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3).
- Maeve, M. K. (1997). Nursing practice with incarcerated women: Caring within mandated (sic) alienation. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(5), 495-510.
- Maeve, M. K. (1999). Adjudicated health: Incarcerated women and the social construction of health. *Crime, Law and Social Change*, 31, 49-71.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.
- Marlatt, G. A., & Tapert, S. F. (1993). Harm reduction: Reducing the risks of addictive behaviors. In J. S. Baer, G. A. Marlatt, & R. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the lifespan* (pp. 243-273). Newbury Park. CA: Sage Publications.

- Marlatt, G. A., Tucker, J. A., Donovan, D. M., & Vuchinich, R. E. (1996). Help-seeking by substance abusers: The role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention by substance abusers In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug dependent individual in treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.
- Marshall, C., Perreault, M., Archambault, L., & Milton, D. (2017). Experiences of peer-trainers in a take-home naloxone program: Results from a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, 41, 19-28.
- Marsland, E., & Bowman, J. (2010). An interactive education session and follow-up support as a strategy to improve clinicians' goal-writing skills: a randomized controlled trial. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 3-13.
- McAuley, A., Aucott, L., & Matheson, C. (2015). Exploring the life-saving potential of naloxone: a systematic review and descriptive meta-analysis of take home naloxone (THN) programmes for opioid users. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1183-1188.
- McEvoy, M., Davey, M., & Graham, T. (2018). Peer support workers in addiction treatment: A scoping review. *Addiction Research & Theory*, 26(11), 1676-1689.
- McKay, J. R., Kranzler, H. R., Kampman, K. M., Ashare, R. L., & Schnoll, R. A. (2015). Psychopharmacological treatments for substance use disorders. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (4th ed.) (pp. 763-785). Oxford University Press
- McNeil, R., & Small, W. (2014). 'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Social science & medicine*, 106, 151-158.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.
- Mercer, F., Miler, J. A., Pauly, B., Carver, H., Hnízdilová, K., Foster, R., & Parkes, T. (2021). Peer support and overdose prevention responses: a systematic 'state-of-the-art' review. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 12073.
- Miler, J. A., Carver, H., Foster, R., & Parkes, T. (2020). Provision of peer support at the intersection of homelessness and problem substance use services: a systematic 'state of the art' review. *BMC Public Health*, 20, 1-18.
- Miller A.W. et al. (1999). A wealth of alternatives effective treatments for alcohol problems. In *Treating addictive behaviors processes of change*. Plenum Press.

- Miller, D. (2007). Donne che si fanno male. Feltrinelli.
- Mitra, S., Rachlis, B., Krysowaty, B., Marshall, Z., Olsen, C., Rourke, S., & Kerr, T. (2019). Potential use of supervised injection services among people who inject drugs in a remote and mid-size Canadian setting. *BMC Public Health*, *19*, 1-12.
- Moore, K. E., Tangney, J. P., & Stuewig, J. B. (2016). The self-stigma process in criminal offenders. *Stigma and health*, *1*(3), 206.
- Moore, K., Stuewig, J., & Tangney, J. (2013). Jail inmates' perceived and anticipated stigma: Implications for post-release functioning. *Self and Identity*, *12*(5), 527-547.
- Morrow, K., TPSSG. (2009). HIV, STD, and hepatitis risk behaviors of young men before and after incarceration. *AIDS Care*, *21*(2), 235–243.
- Moustaqim-Barrette, A., Dhillon, D., Ng, J., Sundvick, K., Ali, F., Elton-Marshall, T., ... & Buxton, J. A. (2021). Take-home naloxone programs for suspected opioid overdose in community settings: a scoping umbrella review. *BMC public health*, *21*, 1-16.
- Murkin, G. (2014). Drug Decriminalisation in Portugal: setting the record straight. Transform Drug Policy Foundation, online verfügbar unter: <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>.
- Narkauskaite, L., Juozulynas, A., Mackiewicz, Z., Venalis, A., & Utkuviene, J. (2010). Prevalence of psychoactive substances use in a Lithuanian women's prison revisited after 5 years. *Medical Science Monitor*, *16*(11), PH91-PH96.
- Nikkel, R. E., Smith, G., & Edwards, D. (1992). Consumer-Operated Case Management Project. *Psychiatric Services*, *43*(6), 577-579.
- Nutt, D. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, *369*(9566), 1047-1053.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *the Lancet*, *369*(9566), 1047-1053.
- O'Hare, I' A., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. C., & Drucker, E. (Eds.). (1992). *The reduction of drug-related harm*. London: Routledge.
- O'Brien P: *Making it in the free world: Women in transition from prison* Albany, NY: SUNY Press; 2001.
- Olsson, M. O., Bradvik, L., Öjehagen, A., & Hakansson, A. (2016). Risk factors for unnatural death: Fatal accidental intoxication, undetermined intent and suicide: Register follow-up in a criminal justice population with substance use problems. *Drug and alcohol dependence*, *162*, 176-181.
- Orsolini, L., Vecchiotti, R., Papanti, D., Valchera, A., Corkery, J., & Schifano, F. (2016). Gli Psiconauti: navigatori della mente o sperimentatori chimici?. *Medicina delle Dipendenze*, *6*(22), 15-21.

- Pabayo, R., Alcantara, C., Kawachi, I., Wood, E., & Kerr, T. (2013). The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 603–609. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.04.007>.
- Parker, H., Aldridge, J., Measham, F., & Haynes, P. (1999). Illegal leisure: The normalisation of adolescent recreational drug use.
- Parkin, S., Neale, J., Brown, C., Campbell, A. N., Castillo, F., Jones, J. D., ... & Comer, S. D. (2020). Opioid overdose reversals using naloxone in New York City by people who use opioids: Implications for public health and overdose harm reduction approaches from a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, 79, 102751.
- Parmar, M. K., Strang, J., Choo, L., Meade, A. M., & Bird, S. M. (2017). Randomized controlled pilot trial of naloxone-on-release to prevent post-prison opioid overdose deaths. *Addiction*, 112(3), 502-515.
- Pauly, B., Wallace, B., Pagan, F., Phillips, J., Wilson, M., Hobbs, H., & Connolly, J. (2020). Impact of overdose prevention sites during a public health emergency in Victoria, Canada. *PloS one*, 15(5), e0229208.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1991). The truth about recovery and addiction. Touchstone.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114
- Peters, R. H., Wexler, H. K., & Lurigio, A. J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: a new frontier of clinical practice and research.
- Petterson, A. G., & Madah-Amiri, D. (2017). Overdose prevention training with naloxone distribution in a prison in Oslo, Norway: a preliminary study. *Harm Reduction Journal*, 14, 1-6.
- Pinel J.P.J. (2000), *Psicobiologia*, il Mulino, Bologna: 324-326.
- Piper, T. M., Stancliff, S., Rudenstine, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A., & Galea, S. (2008). Evaluation of a naloxone distribution and administration program in New York City. *Substance use & misuse*, 43(7), 858-870.
- Plebani, E. M., & Lorenzi, A. (2009). Ideare e gestire progetti nel sociale. *Centro*, 76.
- Plugge, E., Ahmed Abdul Pari, A., Maxwell, J., & Holland, S. (2014). When prison is “easier”: probationers’ perceptions of health and wellbeing. *International Journal of Prisoner Health*, 10(1), 38-46.
- Pollanen, M. S., Chiasson, D. A., Cairns, T. J., & Young, J. G. (1998). Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. *Cmaj*, 158(12), 1603-1607.

- Powell, T. J. (1985). Improving the effectiveness of self-help. *Social Policy*, 16(2), 22-29.
- Powell, T. J., Warner, L., Hill, E. M., Yeaton, W., & Silk, K. R. (2000). Encouraging People With Mood Disorders to Attend a Self-Help Group 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(11), 2270-2288.
- Powell, T. J., Yeaton, W., Hill, E. M., & Silk, K. R. (2001). Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: The effects of self-help group participation. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(1), 3.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 368(9530), 119–123.
- Raiff, N. R. (1984). Some health related outcomes of self-help participation: Recovery, Inc. as a case example of a self-help organization in mental health. *The self-help revolution*, 183-193.
- Ramchand, R., Ahluwalia, S. C., Xenakis, L., Apaydin, E., Raaen, L., & Grimm, G. (2017). A systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Preventive Medicine*, 101, 156-170.
- Ramos B.M.C., Siegel S., Bueno J.L. (2002), “Occasion Setting and Drug Tolerance”, *Integr. Physiol. & Behav. Science*, vol. 37, issue 3: 165
- Ramsay, M., & Partridge, S. (1999). *Drug misuse declared in 1998: results from the British Crime Survey* (Vol. 197). London: Home Office.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *The journal of applied behavioral science*, 29(2), 239-256.
- Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Il mulino.
- Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 65-69.
- Razaghizad, A., Windle, S. B., Filion, K. B., Gore, G., Kudrina, I., Paraskevopoulos, E., ... & Eisenberg, M. J. (2021). The effect of overdose education and naloxone distribution: an umbrella review of systematic reviews. *American journal of public health*, 111(8), e1-e12.
- Richert, T. (2015). Wasted, overdosed, or beyond saving—To act or not to act? Heroin users’ views, assessments, and responses to witnessed overdoses in Malmö, Sweden. *International Journal of Drug Policy*, 26, 92–99.
- Riessman, F. (1965). The " helper" therapy principle. *Social work*, 27-32.
- Rigoni, R., Tammi, T., van der Gouwe, D., Oberzil, V., Csak, R., & Schatz, E. (2021). Civil society monitoring of harm reduction in Europe, 2020—data report. *Amsterdam: Correlation—European Harm Reduction Network*.

- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation?. *Addiction*, 88(8), 1041-1054.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Hesselbrock, M., & Wish, E. (2010). Vietnam veterans three years after Vietnam: how our study changed our view of heroin. *American Journal on Addictions*, 19(3).
- Ronconi, S., & Zuffa, G. (2014). *Recluse: lo sguardo della differenza femminile sul carcere*. Roma: Ediesse.
- Ross, T. (2002). Using and dealing on Calle 19: a high risk street community in central Bogotá. *International Journal of Drug Policy*, 13(1), 45-56.
- Ryan R.M. et al. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 67(3).
- Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(3), 281.
- Schomerus, G., & Corrigan, P. W. (Eds.). (2022). *The stigma of substance use disorders*. Cambridge University Press.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(1), 12–7.
- Schubert, M. A., & Borkman, T. (1994). Identifying the experiential knowledge developed within a self-help group. *Understanding the self-help organization: Frameworks and findings*, 227-246.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Rant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use*, 10(1), 31–47.
- Shinkfield, A. J., & Graffam, J. (2009). Community reintegration of ex-prisoners: Type and degree of change in variables influencing successful reintegration. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology*, 53(1), 29-42.
- Siegel S. (1984), “Pavlovian conditioning and heroin overdose: Reports by overdose victims”, *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22: 428- 430
- Siegel S., Ellsworth D. (1986), “Pavlovian conditioning and death from apparent overdose of medically prescribed morphine: A case report”, *Bulletin of the Psychonomic Society*, 24: 278-280.
- Siegel S., Hinson R.E., Krank M.D., McCully J. (1982), “Heroin ‘overdose’ death: The contribution of drug-associated environmental cues”, *Science*, 216, 436-437
- Siegel, S. (2005). Drug tolerance, drug addiction, and drug anticipation. *Current Directions in psychological science*, 14(6), 296-300.

- Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International journal of mental health nursing*, 27(2), 662-671.
- Simpson, E. L., & House, A. O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *Bmj*, 325(7375), 1265.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of addiction*. Vol. 1. Comprehensive addictive behaviors and disorders (pp. 61-70). Academic Press.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Principles of addiction*, 1, 61-70.
- Small, W., Kerr, T., Charette, J., Schechter, M. T., & Spittal, P. M. (2006). Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 85-95.
- Small, W., Wood, E., Tobin, D., Rikley, J., Lapushinsky, D., & Kerr, T. (2012). The injection support team: a peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. *Substance use & misuse*, 47(5), 491-501.
- Sokol, R., & Fisher, E. (2016). Peer support for the hardly reached: a systematic review. *American journal of public health*, 106(7), e1-e8.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995a). The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. *The Journal of Mental Health Administration*, 22, 135–146.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995b). One-year outcomes of a randomized trial of consumer case management. *Evaluation & Program Planning*, 18, 117–127.
- Solomon, P., & Draine, J. (2001). The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 20.
- Sondhi, A., Ryan, G., & Day, E. (2016). Stakeholder perceptions and operational barriers in the training and distribution of take-home naloxone within prisons in England. *Harm Reduction Journal*, 13, 5.
- Stevens, A., Stöver, H., & Brentari, C. (2010). Criminal justice approaches to harm reduction in Europe. *MONOGRAPHS*, 379.
- Stewart, V., McMillan, S. S., Hu, J., Collins, J. C., El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Wheeler, A. J. (2024). Are SMART goals fit-for-purpose? Goal planning with mental health service-users in Australian community pharmacies. *International Journal for Quality in Health Care*, 36(1), mzae009.

- Stibich, M. (2020, December 15). SMART Goals for Lifestyle Change: Set effective health goals using this method and template. Very Well Mind. <https://www.verywellmind.com/smartgoals-for-lifestyle-change-2224097>
- Stimson, G. V. (1998). Harm reduction in action: putting theory into practice. *International Journal of Drug Policy*, 9(6), 401-409.
- Stöver, H., & Kastelic, A. (2014). 14. Drug treatment and harm reduction in prisons. *Prisons and health*, 113.
- Stöver, H., Jamin, D., Sys, O., Vanderplasschen, W., Jauffret-Roustide, M., & Michel, L. (2019). Drug use and risk behaviour in prisons and upon release in four European countries. Overdose upon release: challenges and strategies from (ex-) prisoners' points of view. Final report. Frankfurt am Main.
- Sunderland, K., & Mishkin, W. (2013). Guidelines for the practice and training of peer support.
- Sykes, G. M., & Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American Sociological Review*, 22, 664-670.
- Tatarsky, A. (2002). Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems. Jason Aronson.
- Terry, L., & Cardwell, V. (2016). Refreshing perspectives: exploring the application of peer research with populations facing severe and multiple disadvantage. *London: Revolving Doors Agency & Lankelly Chase*.
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). Drug-Related Deaths and Mortality in Europe. Update from the EMCDDA Expert Network. Retrieved from [https://www.emcdda.europa.eu/publications/technicalreports/drug-related-deaths-and-mortality-europe\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/technicalreports/drug-related-deaths-and-mortality-europe_en)
- Thomas, P. A., & Costigan, R. S. (1992). Health care or punishment?: Prisoners with HIV/AIDS. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 31(4), 321-336.
- Todts, S., Glibert, P., Van Malderen, S., Van Huyck, C., Saliez, V., & Hogge, M. (2008). Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires.
- Tyler, N., Miles, H. L., Karadag, B. and Rogers, G. (2019), 'An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 54(9), pp. 1143-1152
- United Nations General Assembly (2015), United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), Resolution A/RES/70/175, 17 December 2015

- University of California. (2016). SMART Goals: A How to Guide. Performance Appraisal Planning 2016-2017. <https://www.ucop.edu/local-humanresources/your-career/performance-management/how-to-write-smart-goals2018.pdf>
- van de Baan, F. C., Montanari, L., Royuela, L., & Lemmens, P. H. (2022). Prevalence of illicit drug use before imprisonment in Europe: Results from a comprehensive literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(1), 1-12.
- Van den Berg, J. J., Roberts, M. B., Bock, B. C., Martin, R. A., Stein, L. A. R., Parker, D. R., ... & Clarke, J. G. (2016). Changes in depression and stress after release from a tobacco-free prison in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 13(1), 114.
- Van Olphen, J., Eliason, M. J., Freudenberg, N., & Barnes, M. (2009). Nowhere to go: how stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(1), 10.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J., & Van Den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. *Frontiers in psychiatry*, 10, 423930.
- Vandeveldel, S., Vander Laenen, F., Mine, B., Maes, E., De Clercq, L., Deckers, L., & Vanderplasschen, W. (2021). Linkage and continuity of care after release from prison: an evaluation of central registration points for drug users in Belgium. *International Journal of Prisoner Health*, 17(1), 19-30.
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250.
- Vaughn, M., & Carroll, L. (1998). Separate and unequal: Prison versus free-world medical care. *Justice Quarterly*, 15(1), 3-40.
- Vaughn, M., & Smith, L. (1999). Practicing penal harm medicine in the United States: Prisoner voices from jail. *Justice Quarterly*, 16(1), 1-43.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Wagner, K. D., Valente, T. W., Casanova, M., Partovi, S. M., Mendenhall, B. M., Hundley, J. H., ... & Unger, J. B. (2010). Evaluation of an overdose prevention and response training programme for injection drug users in the Skid Row area of Los Angeles, CA. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 186-193.
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28.

- Watson, A., Guay, K., & Ribis, D. (2020). Assessing the impact of clinical pharmacists on naloxone coprescribing in the primary care setting. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(7), 568-573.
- Welch, A. E., Jeffers, A., Allen, B., Paone, D., & Kunins, H. V. (2019). Relay: A peer-delivered emergency department-based response to nonfatal opioid overdose. *American Journal of Public Health*, 109(10), 1392-1395.
- Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 87-94.
- Winhusen, T., Wilder, C., Lyons, M. S., Theobald, J., Kropp, F., & Lewis, D. (2020). Evaluation of a personally-tailored opioid overdose prevention education and naloxone distribution intervention to promote harm reduction and treatment readiness in individuals actively using illicit opioids. *Drug and alcohol dependence*, 216, 108265.
- Winiker, A. K., Tobin, K. E., Gicquelais, R. E., Owczarzak, J., & Latkin, C. (2020). "When You're Getting High... You Just Don't Want to Be around Anybody." A Qualitative Exploration of Reasons for Injecting Alone: Perspectives from Young People Who Inject Drugs. *Substance use & misuse*, 55(13), 2079-2086.
- Winnick, T. A., & Bodkin, M. (2008). Anticipated stigma and stigma management among those to be labeled "ex-con". *Deviant Behavior*, 29(4), 295-333.
- Woodman, M., & Grandjean, L. (2021). Detecting tuberculosis in prisons: Switching off the disease at its source. *Clinical Infectious Diseases*, 72(5), 778-779.
- World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization, International Narcotics Control Board, & United Nations Office on Drugs. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. World Health Organization.
- Zinberg N. (1984) *Drug, set and setting*. Yale University Press.
- Zizioli, E. (2023). Il materno recluso: una riflessione pedagogica. *Women&Education*, (2), 075-080.
- Zucker, H., Annucci, A. J., Stancliff, S., & Catania, H. (2015). Overdose prevention for prisoners in New York: a novel program and collaboration. *Harm reduction journal*, 12, 1-2.
- Zuffa, G., Corleone, F., Anastasia, S., Fiorentini, L., Perduca, M., & Cianchella, M. (Eds.). (2023). *La traversata del deserto - Quattordicesimo Libro Bianco sulle Droghe*.
- Zuffa, Ronconi, *Droghe e autoregolazione, Note per consumatori e operatori*, Roma, Ediesse, 2017

## SITOGRAFIA

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (n.d.). Recuperato da [https://www.emcdda.europa.eu/index\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/index_en).
- Fuoriluogo. (2020, August 27). #ENDOVERDOSE, IL 31 AGOSTO PER UNA LEGGE DEL BUON SAMARITANO. Recuperato da <https://www.fuoriluogo.it/mappamondo/endoverdose-per-una-legge-del-buon-samaritano/>
- Geoverdose. (2024). Recuperato da <https://www.geoverdose.it> (consultato il 21 marzo 2024).
- Harm Reduction EU. (2024). My 1st 48 hours out. Recuperato da <https://info.harmreduction.eu/projects/my1st48h>.
- Harm Reduction International. (2024). What is harm reduction? Recuperato da <https://hri.global/what-is-harm-reduction/italian/#:~:text=Il%20termine%20“riduzione%20del%20danno,sulla%20giustizia%20e%20i%20diritti%20umani>.
- Istituto Superiore di Sanità. (2024). Droga: maggiori poteri all’EMCDDA per affrontare il fenomeno e reagire alle nuove minacce. Recuperato da [https://www.iss.it/dipendenze/-/asset\\_publisher/zwfXwoiZC6zu/content/droga-maggiori-poteri-all-emcdda-per-affrontare-il-fenomeno-e-reagire-alle-nuove-minacce-nasce-euda#:~:text=L%27%20EMCDDA%20è%20stata%20istituita,la%20disposizione%20del%27attuale%20mandato](https://www.iss.it/dipendenze/-/asset_publisher/zwfXwoiZC6zu/content/droga-maggiori-poteri-all-emcdda-per-affrontare-il-fenomeno-e-reagire-alle-nuove-minacce-nasce-euda#:~:text=L%27%20EMCDDA%20è%20stata%20istituita,la%20disposizione%20del%27attuale%20mandato).
- L’Indipendente. (2024, marzo 28). Droghe: per la prima volta una risoluzione ONU riconosce l’importanza della riduzione del danno. Recuperato da <https://www.lindipendente.online/2024/03/28/droghe-per-la-prima-volta-una-risoluzione-onu-riconosce-limportanza-della-riduzione-del-danno/>.
- National Alliance on Mental Illness. (2024). Recuperato da <https://www.nami.org>.
- National Institute on Drug Abuse. (2024). Recuperato da <https://nida.nih.gov>.
- Prison Reform Trust. (2024). Recuperato da [https://prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/old\\_files/Documents/woolf25250315FINALilo.pdf](https://prisonreformtrust.org.uk/wp-content/uploads/old_files/Documents/woolf25250315FINALilo.pdf).
- Psypedia. (2024). La riduzione del danno (RDD). Recuperato da <https://www.psypedia.it/la-riduzione-del-danno-rdd/>.
- Treccani. (2024). Droga. Recuperato da <https://www.treccani.it/enciclopedia/droga/>.

- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). World Drug Report 2022.  
Recuperato da <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>.