

ANTIGONE

Contro l'isolamento

Anno 2024,
XVIV, N. 1





ANTIGONE

RIVISTA «ANTIGONE»

Semestrale di critica del sistema penale e penitenziario

Sito: <http://www.antigone.it/rivista/>

a cura dell'Associazione Antigone onlus

SEDE LEGALE E OPERATIVA: via Monti di Pietralata n. 16, 00157 Roma

Tel.: 06 4511304; - Fax: 06 62275849

Sito: www.antigone.it; e-mail: segreteria@antigone.it

ANTIGONE EDIZIONI

ISSN 2724-5136

DIRETTORE RESPONSABILE: Claudio Sarzotti (Università di Torino).

CO-DIRETTORE: Stefano Anastasia (Università di Perugia).

COMITATO SCIENTIFICO: Cecilia Blengino (Università di Torino); Anna Maria Campanale (Università di Foggia); Giuseppe Campesi (Università di Bari); Yves Cartuyvels (Université Saint Louis Bruxelles); Amedeo Cottino (Università di Torino); Alessandro De Giorgi (San José State University); Luigi Ferrajoli (Università di Roma Tre); Paolo Ferrua (Università di Torino); Carlo Fiorio (Università di Perugia); José García Añón (Universitat de València) Francesco Maisto (Magistrato); Alberto Marcheselli (Università di Genova); Antonio Marchesi (Università di Teramo); Pio Marconi (Università di Roma La Sapienza); Luigi Marini (Magistrato); Dario Melossi (Università di Bologna); Giuseppe Mosconi (Università di Padova); Mauro Palma (Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale); António Pedro Dores (InstitutoUniversitário de Lisboa); Livio Pepino (ex Magistrato e scrittore); Luigi Pannarale (Università di Bari); Tamar Pitch (Università di Perugia); Ivan Pupolizio (Università di Bari); Franco Prina (Università di Torino); Eligio Resta (Università di RomaTre); Iñaki Rivera Beiras (Universitat de Barcelona); Marco Ruotolo (Università di RomaTre); Alvisè Sbraccia (Università di Bologna); Demetra Sorvatzioti (University of Nicosia); Francesca Vianello (Università di Padova); Massimo Vogliotti (Università Piemonte Orientale); Loïc Wacquant (University of California, Berkeley).

REDAZIONE COORDINATORI: Daniela Ronco (Università di Torino), Giovanni Torrente (Università di Torino).

CORPO REDAZIONALE: Costanza Agnella (Università di Torino), Perla Allegri (Università di Torino), Rosalba Altopiedi (Università del Piemonte Orientale), Carolina Antonucci (Università di Roma "La Sapienza"), Federica Brioschi (Associazione Antigone), Angelo Buffo (Università di Foggia), Chiara De Robertis (Università di Torino), Giulia Fabini (Università di Bologna), Valeria Ferraris (Università di Torino), Patrizio Gonnella (Università di Roma Tre), Susanna Marietti (Associazione Antigone), Simona Materia (Università di Perugia), Michele Miravalle (Università di Torino), Claudio Paterniti Martello (Associazione Antigone), Benedetta Perego (Università di Torino), Simone Santorso (University of Hull), Vincenzo Scalia (University of Winchester), Alessio Scandurra (Università di Pisa), Daniele Scarscelli (Università del Piemonte Orientale), Valeria Verdolini (Università di Milano Bicocca), Massimiliano Verga (Università di Milano Bicocca).

RESPONSABILE EDITING: Serena Ramirez (Università di Torino).

IN COPERTINA: Immagine del Carcere di Milano San Vittore realizzate da Pietro Snider per *Next New Media* e *Antigone* nell'ambito del progetto *Inside Carceri*, <https://www.flickr.com/photos/insidecarceri/8197490558/>.

N. 1/2024 CONTRO L'ISOLAMENTO

a cura di Rachele Stroppa

INDICE

L'isolamento penitenziario; un'introduzione socio-giuridica, di <i>Rachele Stroppa</i>	7
<i>The International Guiding Statement on alternatives to solitary confinement</i> , di <i>Susanna Marietti</i>	19
<i>Isolation and deteriorating conditions for Palestinians in Israeli custody since October 2023</i> , di <i>Oneg Ben Dror</i>	30
<i>Solitary Confinement and the International Guiding Statement on Alternatives</i> , di <i>Juan E. Méndez</i>	46
<i>The banality of torture</i> , di <i>Nuno Pontes</i>	52
Isolare e segregare, residuo del supplizio, di <i>Mauro Palma</i>	68
<i>Decreasing the use of solitary confinement for a safer community</i> , di <i>Rick Raemisch</i>	80
<i>Mapping solitary confinement</i> , di <i>Sharon Shalev</i>	87
L'isolamento penitenziario e l'Osservatorio sulle condizioni di detenzione di Antigone, di <i>Alessio Scandurra</i>	93
Il paradigma dell'esclusione e l'isolamento: nuove chiavi interpretative del fenomeno, di <i>Michele Miravalle</i>	106
L'isolamento come “doppia segregazione”: fra etica e prassi nel carcere dalle tante sofferenze psichiche e sociali, di <i>Grazia Zuffa</i>	121

L'isolamento continuo durante l'esecuzione della sanzione dell'esclusione dalle attività in comune. Requisiti minimi di legalità di una misura di rigore in deroga alle ordinarie regole trattamentali, di <i>Simone Spina</i>	138
Programmi e interventi di contrasto all'isolamento penitenziario in Campania, di <i>Giuseppe Nese, Rosaria Ponticiello, Loredana Cafaro e Stefania Grauso</i>	149
Occhio non vede, cuore non duole?, di <i>Monica Gallo e Luigi Colasuonno</i>	164
La solitudine dell'isolamento; un ostacolo alla riabilitazione, di <i>Moreno Versolato</i>	173
ALTRI SAGGI	178
La lunga marcia della riduzione del danno, di <i>Paolo Nencini</i>	180
RUBRICA GIURIDICA	200
L'utilizzo delle sezioni di isolamento nei processi per tortura seguiti da Antigone, di <i>Simona Filippi</i>	202
AUTORI	211
APPENDICE	215



LA LUNGA MARCIA DELLA RIDUZIONE DEL DANNO

*Paolo Nencini**

Abstract

Defined as a set of policies, programmes and practices aimed at minimising the negative health, social and economic effects of drug use, harm reduction includes substitution treatment, provision of sterile syringes and needles, home provision of naloxone, availability of analytical tests to ascertain the nature of the substance to be taken and premises in which to inject safely. Established as a pragmatic response to the immediate needs, especially health needs, of drug users in an institutional condition of stigma and social exclusion, harm reduction has further broadened its scope of intervention by developing realistic ways of providing information in order to prevent the risks associated with drug use. In this evolution, harm reduction has become increasingly integrated into the process of revising the prohibitionist system aimed at narrowing the regulatory gap between legal and illegal psychotropic substances.

Keywords: harm reduction, drugs, stigma, drug addicts, prohibitionism

* Paolo Nencini è stato Professore ordinario di Farmacologia presso La Sapienza Università di Roma e successivamente ha ricoperto il ruolo di Direttore del master in *Le tossicodipendenze in prospettiva multidisciplinare* di Unitelma Sapienza.

1. Premessa

Nella definizione dell'*European Union Drugs Agency* (E.U.D.A.), «la riduzione del danno abbraccia le politiche, i programmi e le pratiche che mirano a minimizzare le conseguenze negative d'ordine sanitario, sociale ed economico dell'uso delle droghe sugli individui, sulle comunità e sulle società» (*European Drug Report*, 2024). Nella sua attuale implementazione nell'ambito della Comunità Europea la riduzione del danno si articola nei seguenti interventi: terapia sostitutiva (con metadone o buprenorfina) nei soggetti dipendenti da oppiacei (adottato da 27 paesi dell'Unione), fornitura di siringhe ed aghi sterili (28 paesi), fornitura domiciliare di naloxone (16 paesi), disponibilità di test analitici per accertare la natura della sostanza da assumere (12 paesi), e, infine, disponibilità di locali nei quali iniettarsi in sicurezza (10 paesi)¹. Accanto a questi interventi essenzialmente di ordine sanitario, la E.U.D.A. si propone di rispondere anche «ai problemi sanitari e sociali complessi e sovente ingenti che debbono affrontare le persone che usano droghe e che appartengono a popolazioni marginalizzate e socialmente escluse» (*ivi*). Quest'ultimo obiettivo, seppure di così ampio respiro da sembrare un mero espediente retorico, esprime l'esigenza di porre rimedio alla crisi delle attuali politiche di intervento

fondate sulla criminalizzazione del consumo di stupefacenti e sul conseguimento, a livello di individuo, dello stato di astinenza. In questo senso, la riduzione del danno cessa di consistere in una serie di razionali interventi sanitari nell'ambito delle predette politiche di intervento, per divenire parte di un processo di ridefinizione sociale e normativa del consumo di sostanze legalmente definite come «stupefacenti». Questo processo di ridefinizione che accompagna l'espandersi delle politiche di riduzione del danno deriva dalla consapevolezza che il così tenacemente perseguito principio di eradicazione della circolazione di stupefacenti e del loro consumo abbia causato gravi danni sociali attraverso un processo di stigmatizzazione ed esclusione sociale del soggetto consumatore.

2. Il problema dello stigma

Se intendiamo con «stigma» l'attribuzione di qualità negative a una persona (o a un gruppo di persone) in maniera tale da influenzarne negativamente l'autostima e la formazione della propria identità (Fraser *et al.*, 2017), è palese che esso grava pesantemente sul soggetto consumatore di stupefacenti e in particolare su colui che viene identificato come tossicodipendente. Storicamente, lo stigma si è imposto come conseguenza della interpretazione morale del

¹ Per la disponibilità, aggiornata al 2022, di questi servizi a livello globale vedi Colledge-Frisby *et al.*, 2023a. Pur se in lieve crescita rispetto ai cinque anni precedenti, tale disponibilità rimane bassa: nel caso della terapia sostitutiva con metadone o buprenorfina, ad esempio, si stima che essa è disponibile per solo il 18% di coloro che si iniettano droghe.

consumo voluttuario di tali sostanze, una interpretazione che ha raccolto crescente consenso a partire dalla seconda metà del XIX secolo come ben dimostrato dalla narrativa del tempo dove troviamo i morfinomani portatori dei primi due dei tre tipi di stigma che verranno individuati dal sociologo americano Erving Goffman: ‘*abominations of the body*’ e ‘*blemishes of individual character*’, il terzo essendo ‘*tribal stigma of race, nation and religion*’ (Goffman, 1963, p. 4). Una serie di scrittori ormai dimenticati, tra cui meritano di essere citati i francesi Jean-Louis Dubut de Laforest e Leon Daudet, il britannico Robert Hichens e l'americano Edward P. Roe, hanno narrato infatti la storia naturale della morfinomania in personaggi i cui corpi erano segnati da un inconfondibile deterioramento fisico e la cui cifra comune era la debolezza di carattere e l'inclinazione al sotterfugio e alla segretezza². Nella misura in cui quest'ultime caratteristiche psicologiche erano attribuiti del genere femminile, non è un caso che in tali romanzi le donne prevalessero, anche se nella realtà è ben lungi dall'essere dimostrata la nozione comune che la morfinomania fosse soprattutto di segno femminile (Nencini, 2022, pp. 82-84). Un luogo comune la cui forza era tale da divenire un ottimo argomento per coloro che si opponevano al voto femminile: «*Les femmes, qui réclament avec exaltation leurs droits, viennent d'en obtenir un nouveau, le droit à la morphine*» scriveva con perfidia un giornalista francese (Clarétie, 1881). È appena il caso di

ricordare che a tutt'oggi la ritenuta mancanza del senso di responsabilità necessario all'individuo perché diventi un cittadino affidabile è parte dello stigma che grava sul consumatore di stupefacenti, ancora considerato una minaccia per l'ordine democratico per la sua percepita passività, per il suo individualismo e per l'incapacità di cooperare con una comunità politicamente consapevole (Roumeiotis, 2024).

Le legislazioni nazionali e i trattati internazionali che dal primo terzo del Novecento regolano la produzione, il commercio e il consumo degli stupefacenti sulla base del principio che il loro uso legittimo debba essere solo quello terapeutico hanno trasformato lo stigma da interpersonale ad istituzionale operando un processo di emarginazione del consumatore di stupefacenti dove l'irrogazione di pene detentive, che per altro non facevano distinzione tra consumatore e spacciatore, si accompagnava a sanzioni amministrative di esclusione sociale. Nel caso italiano, ad esempio, il Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934 faceva obbligo al medico di segnalare all'autorità di pubblica sicurezza i pazienti risultati in stato di intossicazione cronica da stupefacenti; a costoro era, quindi, negata la licenza di esercizio pubblico ed era fatto divieto di "esercitare l'industria di affittare camere o appartamenti mobiliati, o altrimenti dare alloggio per mercede, anche temporaneamente o a periodi ricorrenti", come

² Sul tossicodipendente nella letteratura dell'Ottocento vedi Boon 2002, Zieger 2008, Nencini 2022.

recitava il Testo Unico di pubblica sicurezza del 1931 (Nencini, 2017, pp. 233-235).

Dove, come negli Stati Uniti, v'è la presenza di ampie minoranze etniche era inevitabile che il *'tribal stigma of race, nation and religion'* di Goffman si fondesse con quello della tossicodipendenza. Ne è stata una manifestazione decisiva il *Drug Abuse Act*, frutto della guerra alla droga reaganiana, ma approvato quasi all'unanimità dal parlamento nel 1986, nel quale era evidente come l'irrigidimento sanzionatorio avesse come obiettivo le minoranze razziali ritenute le maggiori responsabili dell'asserito diffondersi del consumo di droga nel paese. Lo dimostrava, tra l'altro, la distinzione secondo un rapporto di 5 a 1 nella pena irrogata ai detentori di crack rispetto a quelli di cocaina in polvere: priva di ogni plausibile rationale scientifico, su cos'altro si basava questa distinzione se non sul fatto che i consumatori di crack appartenevano alle minoranze afroamericane e ispaniche? Frutto avvelenato di quella legge è stata la c.d. incarcerazione di massa con una enorme sproporzione nel numero di detenuti per droga tra gli appartenenti a queste comunità rispetto a quelle dei bianchi caucasici (Alexander, 2020, pp. 122-123; Caquet, 2022, pp. 281-282). Oltre alla incarcerazione di massa, questa legislazione prevedeva una serie di pene accessorie tali da provocare la perenne esclusione del reo dalla società al punto che è stato osservato come *«Rapists and murderers could sometimes be forgiven – but not people*

who used or sold drugs» (Szalavitz, 2021, p. 116). Ben argomentate sono le tesi che vogliono questa sproporzione nelle sanzioni parte dell'espulsione di tali minoranze dal processo produttivo operato dall'ordine neoliberista (Gerstle, 2022, p. 131)³. È appena il caso di notare che, ironia della storia, nel mentre la guerra alla droga si mobilitava sotto l'insegna del *Just say no*, aveva inizio una lenta ma irrefrenabile ascesa delle morti per *overdose* che colpiva spietatamente i bianchi poveri emarginati dalla ristrutturazione industriale operata dal neoliberismo (Jalal *et al.*, 2018). Le morti per disperazione, come sono state definite (Case & Deaton, 2022).

Che vi potesse essere un diverso approccio da quello più intransigentemente criminalizzante lo aveva già dimostrato la Gran Bretagna un secolo fa quando, a mitigare le conseguenze negative della legge promulgata nel 1920, analoga per durezza a quelle americana e francese, le autorità fecero proprio il suggerimento espresso da una commissione scientifica *ad hoc* (*Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction, o Rolleston Committee*, dal nome del suo presidente, il medico Humphry Rolleston) di autorizzare, in quanto pratiche mediche corrette, sia la terapia a scalare che quella a mantenimento nella dipendenza da oppiacei, a seconda di ciò che il medico ritenesse meglio per il paziente; non solo, ma che a tal fine potesse essere utilizzata la stessa eroina. Vi è ampio consenso nel ritenere che tale normativa, primo

³ Su guerra alla droga e discriminazione razziale negli Stati Uniti il saggio di riferimento rimane *The New Jim Crow* della giurista Michelle Alexander (2020).

esempio di riduzione del danno istituzionalizzato, fu capace di assicurare i quarant'anni di *quiet times* di quella che è stata infatti chiamata la *Rolleston Era* (Berridge & Edwards, 1987, p. 253; Padwa, 2012, pp. 154-160).

Una conseguenza particolarmente negativa del processo di stigmatizzazione e di emarginazione del soggetto consumatore di stupefacenti, definito di «*primary deviance*», consiste nello spingere coloro che ne sono colpiti ad aggregarsi in forme di mutuo supporto che ulteriormente li allontanano dalla società rispettabile fino alla completa marginalizzazione in un percorso definito di «*secondary deviance*» (Room, 2005). Tipico di questo processo secondario è la “segregazione socio-spaziale” in zone invisibili ai margini delle città dove viene tollerato il consumo di sostanze con particolare riguardo a quelle c.d. «pesanti» (eroina e cocaina). Nella realtà italiana ne è un esempio il Bosco di Rogo-redo, nel milanese (Bergamo, 2023), in quella americana *Hunts Point*, uno dei posti più segregati del Bronx, a New York, dove *street families* vagano in fuga da “*abuse, dysfunction, or stigma*” in cerca del conforto della droga (Arnade, 2019). Come è stato sottolineato (Room, 2005), in tali circostanze il consumo di sostanze si pone in un rapporto dinamico bidirezionale con la condizione socioeconomica del consumatore, dove il primo fattore spinge in basso il secondo e il deterioramento di quest'ultimo incentiva a continuare il consumo. Questa spirale negativa,

mantenuta dalla stigmatizzazione del consumo di certe sostanze da parte di certi soggetti e in ultima analisi dalla criminalizzazione di tali consumi, è assai difficile da invertire poiché anche interventi miranti a bonificare le zone dello spaccio, pur se mossi da buone intenzioni ma non sufficientemente articolati, hanno benefici di breve durata e possono essere addirittura controproducenti nella misura in cui ulteriormente aumentano la cattiva reputazione del territorio interessato estendendo lo stigma all'insieme dei loro abitanti: «*If you're living in the area and you've got a CV yeah, do not write your Maple address.*» (Mason, 2020).

3. *Brain disease: riduzione dello stigma?*

Se la criminalizzazione del consumatore di stupefacenti è figlia primogenita dell'approccio morale, è bene tenere presente che la medicina di fine Ottocento non ha avuto problemi a sposare tale approccio, seppure si sia adoperata per fornire assistenza nell'ambito delle proprie competenze, ma anch'essa con il fine primario del completo divezzamento. Nel tempo, tuttavia, non furono rare le figure di medici che ebbero un approccio ben più pragmatico, antesignano della riduzione del danno. Se in Gran Bretagna questo approccio, suggerito dalla già citata Commissione *Rolleston*, fu largamente applicato dalla classe medica⁴, in America il pioniere del

⁴ Fin troppo, avendo dato luogo al fenomeno poco commendevole degli *script doctors*, medici di manica larga nel prescrivere soprattutto morfina per chi era in grado di non badare a spese (Hallam, 2016).

trattamento a mantenimento Charles Terry pagò con l'esilio professionale e l'oblio il suo dissenso verso l'*establishment* che stava emergendo nel campo degli stupefacenti e non fu prima dell'inizio degli anni sessanta e cioè quando l'approccio ortodosso del completo divezzamento cominciò ad essere messo in discussione, che l'opera di Terry fu riscoperta ed ebbe il riconoscimento postumo di essere stato un pioniere nella ricerca e nel trattamento dell'*addiction* (Courtwright, 1986). Non è certo casuale chela rivalutazione dell'opera di Charles Terry sia coincisa con il distaccarsi del modello medico da quelli sociopsicologico e morale, in quanto questi ultimi modelli «hanno bisogno che qualcuno sia incolpato per il comportamento deviante: sia il deviante stesso, oppure la famiglia o la società. Solo la medicina fornisce una spiegazione per un 'cattivo' evento che non richiede il lavoro di investigazione per scoprire 'chi l'ha fatto'. Sotto questo aspetto la medicina è socialmente meno distruttiva dei modelli che hanno bisogno che un malfattore sia catturato» (Siegler&Osmond, 1968, pp. 20-21). Questi autori arrivano al punto di individuare nella legislazione americana «un caso eccezionalmente chiaro e forse unico di una malattia trasformata in crimine».

Non si può non richiamare l'attenzione sull'autore principale dell'articolo, Humphrey Osmond, lo psichiatra che aveva individuato negli psichedelici (anche il neologismo era il prodotto del suo conio) potenziali strumenti terapeutici e che ora indicava nella medicina la via per evitare al tossicodipendente lo

stigma della sua condizione. Un ruolo della medicina che si direbbe quasi redentivo e che si è andato rafforzandosi a mano a mano che gli spettacolari progressi delle neuroscienze hanno permesso di ricostruire il percorso psicobiologico attraverso il quale il farmaco psicotropo si fa stimolo gratificante in grado di orientare il comportamento del consumatore fino ad assumerne, nei casi estremi, il completo controllo. Nella misura in cui è sostenuto con vigore dall'ente americano per lo studio delle dipendenze, è stato definito il '*NIDA paradigm*' secondo il quale la tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante (*brain disease*) consistente nella incapacità di controllarsi nell'assunzione delle droghe. Adottando il concetto che l'*addiction* è una malattia cronica, la celebre neuroscienziata Nora Volkow, attuale direttrice del NIDA, ha affermato che «*we will be able to decrease the stigma, not just in the lay public, but in the health care system, among providers and insurers*» (riportato da Fraser *et al.*, 2017). La sua capacità di ridurre lo stigma è tuttavia incerta dipendendo da chi si prende in considerazione. Se è indubbio che il considerare malato il soggetto dipendente migliora l'atteggiamento di coloro che gli sono vicino – familiari, amici, colleghi –, gli studi empirici dimostrano che per il soggetto stesso il sentirsi un malato, inevitabilmente mentale, ha come conseguenza la perdita della fiducia in sé stesso aumentandone sia il pessimismo circa il suo recupero che la probabilità di una sua recidiva (Pickard, 2022).

Né per altro il modello del *brain disease* è riuscito a distogliere una parte consistente dell'opinione pubblica e dei suoi rappresentanti politici dall'approccio criminalizzante come suggerisce il fatto che il suo prendere forma è coinciso con l'incrudelirsi della guerra alla droga negli anni Ottanta e Novanta. Il perché dello scarso richiamo di questo modello sull'opinione pubblica è consistito probabilmente nelle sue modeste ricadute terapeutiche, non avendo fornito il tanto atteso "proiettile magico", il farmaco capace di isolare e rimuovere la fonte neurochimica della dipendenza (Peele, 2016). Come ha scritto uno storico: «*Stuck in therapeutic limbo, with pathological insight but little ability to cure the underlying pathology, they have had no routine clinical alternative to the dominant supply-side approaches*» (Courtwright, 2010). Forse è per questo – ragiona lo storico – che anche le istituzioni mediche sono rimaste così acquiescenti nei confronti della guerra alla droga che si è fatalmente trasformata in una guerra ai drogati.

4. Ridurre il danno, effettivamente

Sta di fatto che, impossibilitata a fornire soluzioni miracolosamente definitive al problema della tossicodipendenza, la medicina ha mantenuto a lungo posizioni attendiste riguardo quegli interventi di riduzione del danno che il semplice buon senso clinico avrebbe dovuto imporre senza difficoltà e questo in nome dell'assunto che la loro applicazione costituiva un implicito condono

dell'uso non terapeutico degli stupefacenti. Bastino come esempi la fornitura di siringhe sterili e la terapia sostitutiva con metadone nella dipendenza da eroina, oggi le forme di riduzione del danno più accettate a livello globale (Colledge-Frisby *et al.*, 2023a).

Emblematico è il caso degli Stati Uniti, dove a lungo l'acquisto di siringhe sterili ha richiesto la presentazione di una ricetta medica in quanto strumenti per la somministrazione di farmaci a scopo terapeutico. Evidentemente la somministrazione di eroina da strada non aveva questa funzione e quindi quell'acquisto costituiva un reato penalmente perseguibile. Di qui la pratica, altrimenti incomprensibile, di iniettarsi con contagocce di vetro, come ci hanno raccontato in dettaglio Burroughs padre e figlio, con quest'ultimo che ci riferisce della fortuna di un eroinomane che, essendo diabetico, aveva libera disponibilità di siringhe per la comprovata necessità di iniettarsi insulina (Burroughs Jr., 1984, p. 40). È incredibile che nemmeno l'insorgere dell'AIDS e l'evidenza che i tossicodipendenti iniettivi ne erano particolarmente colpiti, costituendo un serbatoio di diffusione dell'HIV, modificò questa disposizione. Il già citato *Drug Abuse Act* proibiva, infatti, l'utilizzo di fondi federali per finanziare i programmi di fornitura di siringhe sterili, a meno che non fosse dimostrata l'efficacia di tali programmi nel ridurre sia il contagio da HIV sia l'abuso attivo di droghe (Schuster, 2004). Era un espediente che faceva spudoratamente uso strumentale della *evidence based medicine* per dissimulare ciò che

uno dei politici più reazionari, il senatore Jesse Helms, giustificava candidamente: lo scambio di siringhe «*undercut the credibility of society's message that drug use is illegal and morally wrong*» (riportato da Szalavitz, 2021, p. 141). È appena il caso di ricordare che si è calcolato che questa assoluta mancanza di pragmatismo costò agli Stati Uniti ben diecimila casi di AIDS in eccesso (Lurie *et al.*, 1997). Come vedremo più oltre, quello della disponibilità di siringhe sterili diventerà pertanto un obiettivo primario dei movimenti spontanei che fiorirono negli Stati Uniti a tutela dei tossicodipendenti.

In Italia tale accesso non fu un problema poiché le siringhe potevano essere acquistate liberamente in farmacia; in aggiunta vi furono iniziative per renderle gratuite e ancor più facilmente disponibili attraverso il posizionamento di macchine scambiatrici di siringhe in zone di consumo, come prevedeva, ad esempio, il *Programma integrato di riduzione del danno nei tossicodipendenti a Roma* del 1994 (Cippitelli, 2023), una iniziativa in linea con uno degli obiettivi strategici della riduzione del danno, aiutare i tossicodipendenti dove essi vivono. Questa netta differenziazione nell'accesso alle siringhe tra Italia e Stati Uniti, tuttavia, altro non era che il risultato contingente di differenze nella legislazione farmaceutica, mentre l'obiettivo primario della *policy* dei due paesi era il medesimo: lo sradicamento del consumo voluttuario di stupefacenti e il recupero del tossicodipendente nel senso di una sua sorta *di restitutio ad integrum* consistente nel suo definitivo

divezzamento. Il caso del metadone esemplifica in maniera molto chiara questa convergenza.

Tale oppiaceo era stato adottato fin dalla metà degli anni Sessanta negli Stati Uniti per il suo indubbio merito farmacocinetico di sottrarre l'eroinomane all'assillo delle sue ripetute somministrazioni giornaliere, ma, come ricorda Bob Schuster, direttore del NIDA nella seconda metà degli anni Ottanta: «*It was [...] a constant battle with certain people in the government who felt only contempt for drug addicts. They looked at methadone maintenance as coddling of addicts – as simply another form of addiction. Methadone maintenance was a hard sell for me. I can remember going to a White House Conference on drug abuse, I believe in 1988, and I was booed when I talked about methadone as an effective treatment for opiate addiction*» (Schuster, 2004). In Italia l'iniziale accoglienza che venne riservata al metadone fu prevalentemente ostile come esemplificato dall'uso grossolano da parte della stampa di espressioni come "droga di stato" o "droga della mutua". L'accusa che veniva mossa era che, invece di "curare" l'eroinomane, se ne protraeva la dipendenza attraverso la somministrazione di una sostanza che si voleva addirittura più tossica dell'eroina. Ernesto De Bernardis ha ricostruito recentemente l'accidentato processo di adozione della terapia sostitutiva con metadone in un quadro di sostanziale ignoranza tecnico-scientifica e di esasperato ideologismo (2023). In questo processo risaltava la forte polemica contro la c.d. medicalizzazione della tossicodipendenza da parte dei

sostenitori dell'approccio comunitario, una polemica sostanzialmente priva di senso poiché entrambi gli approcci miravano al completo divezzamento dall'eroina e infatti il dosaggio di metadone prescritto doveva essere quello minimo ad impedire la sindrome d'astinenza e progressivamente ridotto fino alla sua completa interruzione. La terapia a mantenimento non era accettata in palese contraddizione con la sua natura di intervento sostitutivo in una condizione che proprio il modello medico andava sempre più accuratamente descrivendo come patologia cronica-recidivante e quindi per definizione meritevole di un trattamento farmacologico a tempo indefinito in quanto migliorativo della qualità di vita del paziente. In realtà, come oggi ben sappiamo, il trattamento sostitutivo fa molto di più, riducendo marcatamente la mortalità, per *overdose* e per ogni altra causa, nell'eroinomane e il dibattito si è spostato a stabile quale farmaco, al riguardo, sia più efficace, il metadone o la buprenorfina (a titolo di esempio si vedano: Sordo *et al.*, 2017 e Wakeman *et al.*, 2020).

5. La spinta dal basso

In palese assenza di iniziative istituzionali, l'esigenza di introdurre politiche di riduzione del danno ha trovato voce negli operatori di base e negli stessi consumatori capaci di organizzarsi in movimenti. Non solo voce, ma pratica autonoma della riduzione del danno. Si pensi al *Junkie bond*, o unione dei *junkies* (tossici) che Nico Adriaans, un eroinomane esso stesso, aveva fondato nel 1981

a Rotterdam con lo scopo di arginare l'epidemia di epatite B fornendo siringhe sterili in cambio di quelle usate. O ad Allan Perry, anch'esso con una storia di consumo di stupefacenti, che per primo nel 1986 attivò lo stesso scambio sulle sponde del Mersey River nella Liverpool aggredita dalla diffusione dell'AIDS (Szalavitz, 2021, p. 45). Coinvolti in quest'ultimo progetto erano Peter McDermott, al tempo in trattamento metadonico, e lo psicologo Russell Newcombe che si era mantenuto agli studi vendendo metamfetamina. Diversamente che negli Stati Uniti, le autorità sanitarie britanniche, in continuità ideale con i suggerimenti del *Rolleston Committee*, furono sollecite a istituzionalizzare lo scambio di siringhe e a dieci anni di distanza, nel 1997, vi erano duemila siti di scambio distribuiti nel paese con la fornitura calcolata di ben 27 milioni e mezzo di siringhe per l'anno in questione (Parsons *et al.*, 2002). Le conseguenze sanitarie furono un rimarchevole contenimento della diffusione dell'HIV e un abbattimento delle infezioni da HCV. Abbiamo già accennato alla battaglia combattuta e persa da Bob Schuster, come direttore del NIDA, per il libero accesso alle siringhe sterili negli Stati Uniti e alle nefaste conseguenze di questo rifiuto. La Szalavitz ha estesamente descritto come questa battaglia persa nelle istituzioni abbia dato luogo ad una lunga guerriglia combattuta da coloro che erano più immediatamente coinvolti nel problema; a partire da colui che il New York Times definì il *Johnny Appleseed of needles*, Jon Parker che, facendo su e giù per la *East Coast* nei tardi anni Ottanta, distribuì illegalmente

50mila siringhe alla deliberata ricerca dell'arresto come arma di sensibilizzazione della pubblica opinione (Szalavitz, 2021, pp. 76-79). Questa opera di sensibilizzazione culminò effettivamente con il processo ad otto attivisti che avevano distribuito siringhe sterili sotto il naso della polizia a New York, un processo che fece notizia come «*The trial of need leight*» e che andò a sentenza nell'aprile del 1991 con il pieno proscioglimento degli imputati ai quali fu riconosciuto di aver agito in stato di necessità: «*While the defendants' actions alone would not end the epidemic [di AIDS], it is reasonable to believe that their actions served to avert further risk of infection for some individuals. The court is satisfied that the nature of the crisis facing this city, coupled with the medical evidence offered, warranted defendant's actions*» (Szalavitz, 2021, p. 109). Era il primo passo di un lungo cammino: «*In some settings where people implementing harm reduction practices were formerly arrested, these same practices are now funded by the government (...)*» (Levenson et al., 2023).

Ricordando la sua lunga battaglia contro la diffusione dell'AIDS, Antony Fauci ha notato come sia stato difficile per la società accettare la riduzione del danno e poi, quando finalmente l'ha accettata, si è chiesta perché mai non l'abbia fatto prima (riportato da Szalavitz, 2021, p. 303). Domanda più che lecita a cui si è risposto evidenziando come proponenti e oppositori dei progetti di riduzione del danno parlino due linguaggi difficilmente conciliabili, i primi quello della evidenza scientifica, i secondi quello di valori etici così profondamente interiorizzati da resistere alle argomentazioni basate sull'evidenza

(Zampini, 2018). Proprio lo scambio di siringhe ne fu un esempio negli Stati Uniti con una netta contrapposizione tra chi, come la democratica senatrice Nancy Pelosi, la sosteneva affermando che «*Our policy on HIV prevention should be based on science, not politics*», e chi, come la allora governatrice repubblicana del New Jersey, Christine Withman, dichiarava che «*Scientific theories about needle exchange do not outweigh the long standing legal, public policy, and philosophical determinations that are embodied in current law*» (riportati in Buchanan et al., 2003).

È interessante notare che nel processo di sviluppo delle politiche di riduzione del danno, non sempre sostenitori e oppositori sono identificabili attraverso una generica appartenenza agli opposti schieramenti destra-sinistra ovvero conservatori-progressisti. In Italia, ad esempio, il metadone era narrato con ostilità sia dall'Unità, allora organo del Partito Comunista Italiano, che dal *mainstream* Corriere della Sera. Seppure con differenze anche notevoli, certamente: se per i conservatori solo le comunità potevano assicurare la realizzazione delle loro velleità di ottenere una completa "guarigione", autorevoli esponenti della sinistra giovanile sostenevano invece che, visto il supposto fallimento del metadone, l'unica soluzione consisteva nella legalizzazione dell'eroina (De Bernardis, 2023). Inoltre, come ha dimostrato Maria Elena Cantilena (2022), profonde divergenze esistevano anche all'interno dei movimenti giovanili con una netta contrapposizione tra coloro che vedevano

nelle sostanze psicotrope strumenti di identificazione e gli appartenenti a gruppi marxisti-leninisti radicali che rifiutavano in *toto* queste esperienze.

Se torniamo alla Liverpool degli anni Ottanta vediamo che un netto rifiuto da parte della sinistra laburista si indirizzava anche verso il pragmatismo terapeutico del *Mersy-side Experiment* condotto dal dottor John Marks nella porta accanto a dove Allan Perry e soci distribuivano gratuitamente le siringhe sterili. Questo esperimento, che consisteva nel somministrare metadone o eroina a tempo indefinito in modo che il soggetto evitasse di assumere sostanze adulterate e di delinquere per procurarsele, era definito dal *Labour City Council* come un mezzo per sedare i giovani della classe operaia, in una convergenza di obiettivi con i gruppi locali conservatori di *Parents against drugs* (Seddon, 2020). È importante osservare che il trattamento farmacologico adottato da Marks non aveva come fine il divezzamento dalla dipendenza da eroina, ma piuttosto la gestione in sicurezza del problema in attesa che il soggetto decidesse il da farsi. Era una forma radicale di riduzione del danno che rifiutava sia la criminalizzazione della dipendenza che la sua riduzione a *brain disease*. In un certo senso l'eroinomane di Marks rassomigliava al consumatore razionale descritto, o forse a dir meglio favoleggiato, dall'iperliberismo della Scuola economica di Chicago e si può ben comprendere allora l'ostilità laburista al *Mersy-side experiment*. Comunque sia, l'irruente candore impolitico di Marks, in particolare

con i media sempre a caccia di sensazionalismo, affossò un progetto che meritava ben migliore sorte. Come è ben noto, la somministrazione di eroina come ulteriore strumento di riduzione del danno ripartirà con duraturo successo dalla Svizzera dimostrandosi efficace per attrarre e trattenere quei soggetti in cui gli oppioidi di sostituzione non hanno sortito effetti, inserendoli in un percorso di riduzione dell'uso di sostanze e di allontanamento dall'attività criminale, migliorandone la salute e il funzionamento sociale (McNair *et al.*, 2023).

6. La riduzione del danno oltre lo scambio di siringhe e la terapia sostitutiva

Come è dolorosamente noto, iniettarsi sostanze non verificate per composizione e concentrazione implica il rischio di *overdose* e gli interventi per ridurre tale rischio appaiono particolarmente razionali ed efficaci. Cosa si può, infatti, obiettare a provvedere test analitici per determinare la reale composizione della sostanza, ovvero locali dove iniettarsi in sicurezza e ancor più fare in modo che il Narcan sia sempre a portata di mano (*keep Narcan around*), raccomandando inoltre di non iniettarsi mai da soli? Eppure, come abbiamo già elencato, questi interventi sono ben lungi dall'essere universalmente accettati anche nell'ambito della Comunità Europea, sebbene quest'ultima, attraverso l'E.U.D.A., li stia fortemente raccomandando. Le stanze del consumo, ad esempio, costituiscono un servizio che, laddove è stato adottato, si è

dimostrato efficace nel ridurre il danno da uso di sostanze. L'aneddotica afferma che in Vancouver a fronte di tre milioni di iniezioni avvenute in tali stanze si pone l'assenza di casi di *overdose* (Szalavitz, p. 286), mentre una recente rassegna della letteratura mostra che l'apertura di queste strutture facilita il reclutamento in trattamento, l'accesso all'assistenza sanitaria e l'interruzione dell'assunzione iniettiva di droghe, oltre a migliorare il senso di sicurezza nei residenti e nei proprietari di attività commerciali per il minore uso di sostanze in pubblico (Tran *et al.*, 2021).

Di incontestabile efficacia si sono dimostrati anche i programmi di affidamento domiciliare del naloxone ai consumatori di oppiacei. Basti citare le conclusioni di una rassegna sistematica di qualche anno fa: «*Take-home naloxone programmes are found to reduce overdose mortality among programme participants and in the community and have a low rate of adverse events*» (McDonald & Strang, 2016). Bella scoperta, verrebbe da dire! E alla verifica sul campo, l'obiezione che la disponibilità di naloxone avrebbe potuto incentivare comportamenti rischiosi di assunzione si è dimostrata infondata: «*This cohort study of people who inject drugs found no evidence of an increase in injecting frequency, along with other markers of overdose risk, after THN training and supply*» (Colledge-Frisby *et al.*, 2023b)⁵.

Di indubbia utilità si sono dimostrati anche i servizi di *drug checking*, soprattutto mobili in prossimità dei luoghi di consumo ma

anche fissi associati alle stanze di consumo, i cui risultati vengono sempre più valorizzati immettendoli in una rete definita di *health risk communication* costituita dallo «scambio di informazioni, opinioni e raccomandazioni tra individui, gruppi e istituzioni circa la natura, le dimensioni, il significato e il controllo delle minacce alla salute e al benessere» (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023, p. 6). Una rete comunicativa che evidentemente non si pone come obiettivo primario di evitare il consumo ma di ridurre piuttosto il danno *doing drugs well*, tanto che l'appena citato documento dell'E.U.D.A. esemplifica l'errata comunicazione del rischio con il caso in cui si consiglia di non usare eroina senza avvertire di tenere comunque sempre con sé il naloxone (p. 6). È importante osservare che questa rete istituzionale di sensibilizzazione, così importante anche nel segnalare tempestivamente la presenza di nuove sostanze sintetiche ad elevata tossicità (fentanili ecc.), si ingrana con quella spontanea dei consumatori, particolarmente attiva nel *web* e di cui è un esempio recente quello che ha analizzato i dialoghi su Telegram finalizzati alla riduzione del danno tra un gruppo spontaneo di consumatori e gli operatori di un s.e.r.D. (Rolando *et al.*, 2023). È di particolare interesse che questi dialoghi, ben lungi dal provocare il c.d. *communication back fire* consistente nello stimolare l'uso di nuove sostanze particolarmente potenti, sconsigliavano fortemente l'uso di oppioidi

⁵ Per quanto riguarda l'esperienza italiana al proposito, vedi: <https://maisenzanaloxone.fuoriluogo.it> (visitato l'11 settembre 2024).

per il rischio di sviluppare dipendenza, con tutte le conseguenze che ne derivano, e più in generale fornivano informazioni miranti a ridurre al minimo il rischio. È evidente che questi dialoghi spontanei tra operatori e consumatori sono il frutto dello sviluppo di metodologie di informazione orientate a generare consumo consapevole al fine di massimizzarne i benefici (*Mindful Consumption and Benefit Maximization*: MCBM: Bahl *et al.*, 2016), ricalcando in fin dei conti l'informazione che incoraggia il bere responsabile. È appena il caso di notare che l'applicazione di queste nuove strategie comunicative richiede la valutazione di ogni sostanza psicotropa per quello che è in termini di rischi e benefici. Per fare un esempio concreto, è tempo perso applicare alla cannabis strategie comunicative ricalcate sui danni causati dagli oppioidi, tenuto conto che ogni reale o potenziale consumatore di cannabis è informato che la cannabis non causa intossicazioni mortali e non è associata alla diffusione di malattie infettive (Bear *et al.*, 2024).

7. Perché la riduzione del danno si sta affermando

La riduzione del danno, nata come offerta di un «*pragmatic yet compassionate set of principles and procedures designed to reduce the harmful consequences of addictive behavior for both drug consumers and for the society in which they live*»

(Marlatt, 1996), ha mostrato nel tempo di procedere parallelamente alla profonda revisione in atto dello statuto dell'uso non terapeutico delle sostanze psicotrope, così a lungo caratterizzato dal suo intransigente rifiuto e dalla più netta stigmatizzazione del consumatore. Un rifiuto e una stigmatizzazione che, come abbiamo visto, troverebbe il suo fondamento in valori morali così profondamente radicati da rendere il processo decisionale apparentemente impermeabile ad argomentazioni di carattere scientifico, come dimostrava il caso di quei cittadini del Massachusetts che, promuovendo ripetuti referendum, riuscirono a bloccare lo scambio di siringhe nel mentre l'AIDS dilagava (Buchanan *et al.*, 2003). Non è tuttavia esatto che i valori su cui le persone costruiscono i propri convincimenti e prendono le proprie decisioni appartengano esclusivamente alla sfera della conservazione e infatti un recente studio, utilizzando i dieci valori che il modello teorico elaborato dallo psicologo Shalom Schwartz (2012) ha definito fondanti ed universali⁶, ha mostrato che un campione di operatori del settore e di soggetti con una storia attuale o pregressa di consumo di sostanze psicotrope elaborava le proprie opinioni circa la *drug policy* attraverso una combinazione di tali valori, a volte anche in opposizione tra loro, in funzione del proprio vissuto personale e professionale (Askew & Ritter, 2023). Così in alcuni il valore di autodeterminazione (*self-direction*) si associava a

⁶ I dieci valori che orienterebbero i convincimenti umani secondo il modello teorico di Schwartz (2012) sono: *universalism, benevolence, tradition, conformity, power, achievement, hedonism, stimulation, self-direction, and security*.

quello di cautela (*security*) orientando le loro preferenze verso politiche che valorizzano la responsabilità personale, in altri si associava all'edonismo a sostenere la libertà d'uso delle droghe, oppure con il conformismo (*conformity*) e la realizzazione di sé (*achievement*) a favore delle politiche di recupero, e infine il sostegno alla prevenzione basata sull'astinenza si manifestava in coloro il cui argomentare era guidato dai valori di conformismo (*conformity*) combinati con quelli di tradizione (*tradition*) e di potenza (*power*). Data la natura stessa del campione studiato, non sorprende la limitata forza di attrazione dei valori della dimensione di conservazione (tradizione e conformismo) in favore di quelli dell'autodeterminazione e dell'edonismo. Tuttavia, una simile dinamica di interazione tra valori anche opposti potrebbe travalicare il caso particolare di soggetti così coinvolti nel fenomeno del consumo di sostanze psicotrope, rendendo conto dei mutamenti che stanno avvenendo nella opinione pubblica e di riflesso nei decisori politici. Mutamenti che in maniera sempre più palese mettono in discussione quella scelta tra criminalizzazione e patologizzazione che ha assillato per decenni i legislatori, se cioè considerare il consumatore responsabile consapevole della propria condizione, e quindi meritevole di sanzione, oppure malato bisognoso di cura, per proporre come praticabile quello che era considerato il *tertium non datur* consistente nella decriminalizzazione/legalizzazione del

consumo, almeno di alcune sostanze, in un processo di omologazione alle sostanze psicotrope c.d. legali, alcol e tabacco, il cui consumo è storicamente lasciato alla libera scelta del consumatore⁷.

8. Conclusioni

Lo statuto proibizionista non ha retto alla sfida del tempo per una serie di ragioni che non è possibile qui esaminare, ma che nel loro insieme hanno contribuito a rendere sempre più accettata quella esperienza psicotropa un tempo riservata alle bevande alcoliche ed ora offerta in maniera sempre più variegata per forma e intensità. Una tale offerta, che così bene si adatta alla società dei consumi, pone problemi tossicologici che non debbono essere sottovalutati e che richiedono opportune misure di prevenzione e trattamento soprattutto ora che il rigido sistema di controllo proibizionista ha mostrato la sua incapacità di arginare il fenomeno. È evidente che la progressiva istituzionalizzazione delle misure di riduzione del danno sono una modalità efficace di risposta a questi problemi, a cui si stanno accompagnando, come sopra accennato, quelle strategie di educazione alla valutazione del rischio che si sono dimostrate efficaci nel frenare il consumo di sostanze legali: si pensi alla marcata riduzione nel consumo di tabacco e alcol che si è riscontrata negli ultimi decenni in Europa. Che in società aperte si determinino

⁷ Per una articolata trattazione di questa messa in discussione rimando al mio Nencini (2024).

circostanze che favoriscono il ritorno a politiche di intransigente proibizione è possibile ma sempre più difficile nella misura in cui si approfondisce la consapevolezza dei benefici derivati da quelle di governance, nate proprio dall'esigenza del superamento dei molteplici danni sociali e sanitari provocati dal radicalismo proibizionista.

BIBLIOGRAFIA

Alexander M. (2020), *The New Jim Crow. Mass Incarceration in the Age of Colorblindness*, The New Press, New York-London.

Arnade C. (2019), *Dignity: Seeking respect in back row America*, Sentinel.

Askew R., Ritter A. (2023), *When self-direction meets conformity: Surfacing Schwartz's 10 basic human values in drug policy dialogue with lived/ living experience participants*, in *International Journal of Drug Policy*, 122, 104257.

Bahl S., Milne G. R., Ross S. M. et al. (2016), *Mindfulness: Its transformative potential for consumer, societal, and environmental well-being*, in *Journal of Public Policy & Marketing*, 35, 198-210.

Bear D., Hosker-Field A., Westall K. et al. (2024), *Harm reduction isn't enough: Introducing the concept of Mindful Consumption and Benefit Maximization (MCBM)*, in *International Journal of Drug Policy*, 104514.

Bergamo S. (2023), *Affrontare la segregazione socio-spaziale correlata all'uso di droghe. Analisi di una scena aperta del consumo contemporanea*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 3, 469-488.

De Bernardis E. (2023), *Gli anni di piombo della "Droga di Stato"*, in *Medicina delle Dipendenze* XIII, 32-38.

Berridge V., Griffith E. (1987), *Opium and the People: Opiate Use in Nineteenth-Century England*,

Yale University Press, New Haven (Conn.)-London.

Boon M. (2002), *The Road of Excess: A History of Writers on Drugs*, Harvard University Press, Cambridge-London.

Buchanan D., Shaw S., Ford A., Singer M. (2003), *Empirical science meets moral panic: An analysis of the politics of needle exchange*, in *Journal of Public Health Policy*, 24, 427-444.

Burroughs W. S. Jr. (1984), *Speed*, The Overlook Press, Woodstock, New York.

Cantilena M.E. (2022), *Una storia disonesta. Il consumo di droghe nell'Italia dei lunghi anni Settanta*, Pacini, Pisa.

Caquet P. E. (2022), *Opium's Orphans: The 200-Year History of the War on Drugs*, Reaktion Books, London.

Case A., Deaton A., (2022), *The great divide: education, despair, and death*, in *Annual Review of Economics*, 14: 1-21.

Cippitelli C. (2023), *Gli albori della riduzione del danno in una periferia romana*, in *Medicina delle Dipendenze*, XIII: 39-44.

Clarétie J. (1881), *Le droit à la morphine*, in *Les Temps*, 4 octobre 1881.

Colledge-Frisby S., Ottaviano S., Webb P. et al. (2023a), *Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people*

who inject drugs: a systematic review, in *The Lancet Global Health*, 11(5), e673-e683.

Colledge-Frisby S., Rathnayake K., Nielsen S. *et al.* (2023b), *Injection drug use frequency before and after take-home naloxone training*, in *JAMA network open*, 6(8), e2327319-e2327319.

Courtwright D. T. (1986), *Charles Terry, the opium problem, and American narcotic policy*, in *Journal of Drug Issues*, 16(3), 421-434.

Courtwright D. T. (2010), *The NIDA brain disease paradigm: History, resistance and spinoffs*, in *BioSocieties*, 5, 137-147.

European Drug Report 2024 [online] Consultabile all'indirizzo: <https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/harm-reduction-en> (data di accesso: 7 settembre 2024).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), *Health risk communication strategies for drug checking services: a manual*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, [Online] Consultabile all'indirizzo: <https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/health-risk-communication-strategies-drug-checking-services-en> (data di accesso: 14 settembre 2024).

Fraser S., Pienaar K., Dilkes-Frayne E. *et al.* (2017), *Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis*, in *International Journal of Drug Policy*, 44, 192-201.

Gerstle G., (2022), *The Rise and Fall of the Neo-liberal Order. America and the World in the Free Market Era*, Oxford University Press, Oxford.

Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* Penguin, Harmondsworth-Ringwood.

Hallam C. (2016), *Script Doctors and Vicious Addicts: Subcultures, Drugs, and Regulation under the 'British System' c.1917 to c.1960*, PhD thesis, London School of Hygiene & Tropical Medicine, consultabile all'indirizzo: <https://doi.org/10.17037/PUBS.03141178> (data di accesso: 19 settembre 2024).

Jalal H., Buchanich J. M., Roberts M. S. *et al.* (2018), *Changing dynamics of the drug overdose epidemic in the United States from 1979 through 2016*, in *Science*, 361, eaau1184, pp. 1-6.

Levenson J., Textor L., Bluthenthal R. *et al.* (2023), *Abolition and harm reduction in the struggle for "Care, Not Cages"*, in *International Journal of Drug Policy*, 121, 104163.

Lurie P., Drucker E. (1997), *An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange program in the USA*, in *The Lancet*, 349(9052), 604-608.

Marlatt G. A. (1996), *Harm reduction: Come as you are*, in *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.

Mason W. (2020), *No one learned: Interpreting a drugs crackdown operation and its consequences*

through the 'lens' of social harm, in *The British Journal of Criminology*, 60(2), 382-402.

McDonald R., Strang J. (2016), *Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria*, in *Addiction*, 111(7), 1177-1187.

McNair R., Monaghan M., Montgomery P. (2023), *Heroin assisted treatment for key health outcomes in people with chronic heroin addictions: a context-focused systematic review*, in *Drug and Alcohol Dependence*, 247, 109869.

Nencini P. (2017), *La minaccia stupefacente. Storia politica della droga in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Nencini P. (2022), *Storia culturale degli stupefacenti*, Futura Editore, Roma.

Nencini P. (2024), *Gli stupefacenti nel XXI secolo: il sistema di controllo è riformabile?*, in *Sociologia del diritto*, in stampa.

Padwa H. (2012), *Social poison: The culture and politics of opiate control in Britain and France, 1821–1926*, JHU Press, Baltimore.

Parsons J., Hickman M., Turnbull P. J. et al. (2002), *Over a decade of syringe exchange: results from 1997 UK survey*, in *Addiction*, 97, 845-850.

Peele S. (2016), *People control their addictions: No matter how much the "chronic" brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm*

reduction and mindfulness, in *Addictive behaviors reports*, 4, 97-101.

Pickard H. (2022), *Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity*, in *Psychopharmacology*, 1-15.

Rolando S., Arrighetti G., Fornero E., Farucci O., Beccaria F. (2023), *Telegram as a space for peer-led harm reduction communities and N-treach interventions*, in *Contemporary Drug Problems*, 50(2), 190-201.

Room R. (2005), *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*, in *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155.

Roumeliotis F. (2024), *Drug use and the constitution of homo politicus in Swedish politics 1966–1979*, in *International Journal of Drug Policy*, 126, 104357.

Schuster C.R. (2004), *Interview with Charles R. Schuster*, in *Addiction*, 99, 667–676.

Schwartz S. H. (2012), *An overview of the Schwartz theory of basic values*, in *Online readings in Psychology and Culture*, 2(1), 11.

Seddon T. (2020), *Prescribing heroin: John Marks, the Merseyside clinics, and lessons from history*, in *International Journal of Drug Policy* 78, 102730.

Siegler M., Osmond H. (1968), *Models of Drug Addiction*, in *The International Journal of Addictions*, 3: 3-24.

Sordo L., Barrio G., Bravo M.J. *et al.* (2017), *Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies*, in *British Medical Journal* 357:j1550.

Szalavitz M. (2021), *Undoing drugs: how harm reduction is changing the future of drugs and addiction*, Hachette, New York.

Tran V, Reid S.E., Roxburgh A, Day C.A. (2021), *Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 Year) Impacts on Community and Clients*, in *Risk Manag Health Policy*. 14:4639-4647.

Wakeman S. E., Larochelle M. R., Ameli O. *et al.* (2020), *Comparative effectiveness of different treatment pathways for opioid use disorder*, in *JAMA network open*, e1920622-e1920622.

Zampini G. F. (2018), *Evidence and morality in harm-reduction debates: can we use value-neutral arguments to achieve value-driven goals?*, in *Palgrave Communications*, 4(1).

Zieger S. (2008), *Inventing the Addict: Drugs, Race, and Sexuality in Nineteenth-Century British and American Literature*, University of Massachusetts Press, Amherst MA.