

Tossicodipendenza e carcere: un contributo di ricerca

di Marie Di Blasi*, Paola Cavani, Laura Pavia *****

Introduzione

I più recenti dati epidemiologici (Osservatorio europeo sulle droghe e tossicodipendenze, 2009) indicano che all'interno della popolazione carceraria è in costante aumento il numero di detenuti che presentano problematiche di dipendenza patologica.

Rispetto a questa tipologia di detenuti, la letteratura internazionale (Darke, Williamson, Ross, Teesson & Lynskey, 2004; Friedmann, Taxman & Henderson, 2007; Grella, Greenwell, Prendergast, Farabee, Hall, Cartier, et al., 2007; Pellssier, Jones & Cardigan, 2007; Taxman, Young, Wiersema, Rhodes & Mitchell, 2007; Taxman, Pedroni & Harrison, 2007) concorda nell'indicare la presenza di aree di vulnerabilità molto più significative sia rispetto alla popolazione generale che ad analoghe popolazioni ricoverate in contesti di cura adeguati.

Uno studio americano (Brochu, Guyon & Desjardins, 1999) evidenzia che i soggetti addicted carcerati presentano livelli di compromissione e disadattamento sociale molto più elevati rispetto ad analoghe popolazioni ricoverate in appositi centri di riabilitazione e cura, siano essi incensurati o colpevoli di crimini. Tracciando un profilo clinico-sociale, gli Autori evidenziano come tale popolazione sia tendenzialmente più giovane, con minori livelli di scolarizzazione e più alta disoccupazione, proveniente da ambienti familiari disfunzionali; presenta, inoltre, un uso maggiormente problematico di alcool e droghe associato a numerosi drop-out, nonché problematiche mediche e psicologiche (più elevati livelli di ansia, difficoltà nel controllo degli impulsi e dell'aggressività, gesti suicidari, depressione, difficoltà a rispettare ruoli e gerarchie).

Un altro studio americano (Broner, Nguyen, Swern & Goldfinger, 2003) mostra che soggetti con quadri di comorbidità e gravi compromissioni socio-sanitarie, che hanno usufruito di trattamenti di riabilitazione come pena alternativa al carcere, ne hanno ricavato notevoli vantaggi sia rispetto alla riduzione della frequenza e della quantità di sostanze assunte, sia rispetto alla stabilizzazione della sintomatologia psichiatrica.

Il quadro che emerge dagli studi internazionali mette in evidenza specifiche caratteristiche socio-demografiche e cliniche che sembrano caratterizzare in modo trasversale la popolazione carceraria con problematiche di tossicodipendenza: in modo specifico coloro che, al momento dell'ingresso in carcere, fuoriescono dal circuito terapeutico. Di fronte a tali quadri di sofferenza e cronicità, il processo diagnostico, la programmazione e la realizzazione dei trattamenti divengono inevitabilmente più complessi, ma allo stesso tempo maggiormente necessari.

Il seguente contributo di ricerca è stato condotto all'interno della Casa Circondariale "Ucciardone" di Palermo con l'obiettivo di effettuare un assessment multidimensionale ed

* Professore Associato. Università degli Studi di Palermo - Dipartimento di Psicologia. Indirizzo: Viale delle Scienze EDIFICIO N° 15, 90128 Palermo (Pa). E-mail:diblasim@unipa.it.

** Psicologa, specializzanda in psicoterapia.

*** Professore a contratto, Università degli Studi di Palermo – Dipartimento di Psicologia.

un'analisi della condizione psicopatologica di soggetti detenuti con problemi di dipendenza da sostanze.

Descrizione della ricerca

L'indagine ha consentito un lavoro di monitoraggio della popolazione con problemi di tossicodipendenza che, nell'arco di nove mesi, è transitata all'interno della Casa Circondariale "Ucciardone" di Palermo¹. Pur presentando oggettivi limiti relativi all'esiguo numero del campione, i risultati si pongono in linea con i principali studi nazionali ed internazionali.

A partire dai dati ottenuti è stato possibile ottenere un quadro valutativo completo delle caratteristiche del consumo di sostanze della popolazione carceraria, unitariamente ad una valutazione della sintomatologia psichiatrica dei soggetti. Tale percorso di assessment ha consentito di sviluppare alcune riflessioni cliniche rispetto alle possibili prospettive terapeutiche e al ruolo che può assumere l'esperienza di carcerazione.

Materiale e metodi

La ricerca è stata condotta sulla popolazione carceraria con problemi di tossicodipendenza in transito all'interno della Casa Circondariale "Ucciardone" di Palermo nell'arco temporale di 9 mesi.

La batteria testologica impiegata ha previsto la somministrazione dell'intervista *Addiction Severity Index versione europea* (EuropASI) (Consoli & Bennardo, 2001) e della *Symptoms Check-List* (SCL-90) (Daini & Maremmani, 2000; Schimitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister & Tress, 2000). La scelta di questi due strumenti è nata dall'esigenza di disporre di una batteria snella in grado di restituire una valutazione multidimensionale attendibile e di potere approfondire le caratteristiche sintomatologiche delle problematiche psicopatologiche che, come ampiamente dimostrato in letteratura, caratterizzano la popolazione tossicodipendente carceraria rispetto a quella generale.

L'*Addiction Severity Index versione europea* (EuropASI)² (Consoli & Bennardo, 2001) è una intervista semi-strutturata che valuta la gravità dei problemi in diverse aree della vita dei soggetti con dipendenza patologica da alcool o sostanze psicoattive. L'intervista è articolata in sette aree problematiche: Medica, Occupazionale/Sostentamento, Uso alcool/droghe, Legale, Familiare e Sociale, Psicica. L'intervista raccoglie dati sulla quantità, durata, intensità dei sintomi e delle situazioni di instabilità rispetto al mese precedente e all'intera vita, consentendo di ottenere due tipologie di risultati: "severity rating" (range da 0 a 9), derivati da una valutazione effettuata dall'intervistatore e corrispondente alla "necessità di un ulteriore trattamento" (Consoli e Bennardo, 2001); e i "composite scores" (range da 0 a 1) indicanti rispettivamente un minimo ed un massimo di gravità. Tali punteggi vengono

¹ La ricerca è stata svolta dall'Unità di Ricerca 'Dipendenze Patologiche' del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Palermo, nell'ambito del Progetto "C.P.P.T. - Cura e Prevenzione delle Problematiche Tossicomane: dal trattamento terapeutico all'integrazione sociale dei detenuti tossicodipendenti" finanziato dal Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Casa Circondariale *Ucciardone* (Palermo) realizzato in collaborazione con la "FENICE Società cooperativa sociale".

² L'*Addiction Severity Index* è uno strumento diagnostico che consente una valutazione multidimensionale delle dipendenze patologiche. È fra gli strumenti più utilizzati e accreditati nella letteratura internazionale e nazionale. Ideato da McLella nel 1982 per la valutazione delle dipendenze più tradizionali (eroina, alcool, ecc), è stato validato in versione europea EuropASI nel 2001 da Consoli e Bennardo.

ottenuti attraverso l'applicazione di formule matematiche standardizzate, a partire dalle risposte fornite dal paziente relativamente ai comportamenti del mese precedente l'intervista; forniscono una valutazione più obiettiva della gravità. Questo doppio intervallo temporale consente di coniugare valutazioni diacroniche e sincroniche del soggetto, ottenendo una panoramica longitudinale del suo stato di salute psico-fisica e delle condizioni socio-lavorative e relazionali, ma anche ponendo una specifica attenzione al qui ed ora. Accanto a questi punteggi, l'intervista prevede l'utilizzo per ogni area di una scala Likert a 5 punti di autovalutazione del paziente, relativamente alla gravità dei problemi e alla misura in cui il paziente ritiene necessario ricevere un trattamento.

La *Symptoms Check-List* (SCL-90) (Daini & Maremmani, 2000; Schmitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister & Tress, 2000) è uno strumento self-report di autovalutazione, composto da nove sottoscale per un totale di 90 items, a cui il soggetto deve rispondere al fine di fornire una valutazione della presenza e dell'intensità di una possibile sintomatologia psichiatrica. Le valutazioni sono fornite sulla base di una scala Likert a 5 punti (0 = per niente, sintomatologia assente; 4 = moltissimo, sintomatologia molto presente e disturbante). Le scale previste sono le seguenti: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Rabbia-Ostilità, Ansia Fobica, Disturbi del sonno, Ideazione Paranoide, Psicoticismo. A partire dalla somma dei valori attribuiti agli items è possibile ottenere due tipologie di punteggi: il *global severity index* (GSI,) che fornisce una misura sintetica delle difficoltà psicopatologiche del paziente, i cui valori sono significativi se superiori a 63; e *9 sub-punteggi sintomatici* i cui valori sono considerati indicativi di un disturbo nel caso in cui il punteggio ottenuto sia uguale o superiore ad 1. L'arco temporale preso in considerazione copre i sette giorni precedenti alla somministrazione; questa focalizzazione sul presente consente di ottenere una stima della sintomatologia allo stato attuale.

Per quanto concerne l'analisi dei dati, oltre che con una statistica descrittiva, abbiamo proceduto a elaborazioni di statistica inferenziale. È stata eseguita un'analisi di correlazione per ranghi attraverso l'indice Rho di Spearman. È stato assunto come valore di significatività $p < .01$. Le analisi dei dati sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico SPSS 11.0.

Caratteristiche del campione

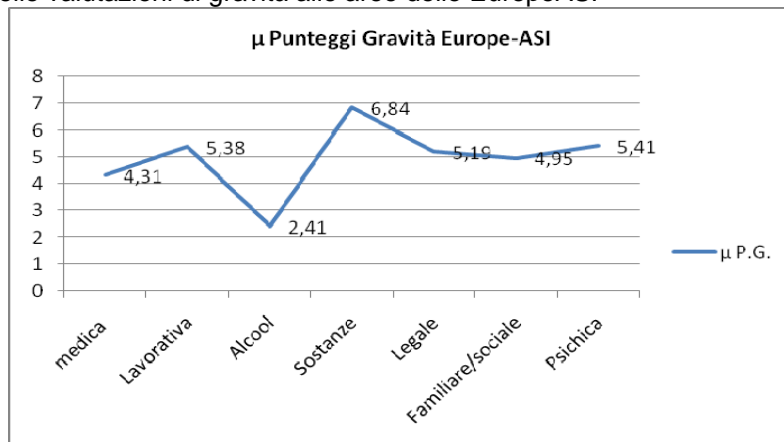
La ricerca ha visto coinvolto un campione di 58 detenuti all'interno della C.C. "Ucciardone" di Palermo. Il criterio di inclusione considerato è stata la presenza di problematiche di dipendenza patologica da sostanze.

I soggetti coinvolti sono tutti di sesso maschile e il 93,1% è di nazionalità italiana. L'età media del campione è di 33 anni (range 20-53; d.s. 6,6) e la durata media dell'attuale detenzione è di 8,6 mesi. Il 39,65% dei soggetti riceve un trattamento di tipo sostitutivo ambulatoriale, mentre il 25,9% risulta non seguire, al momento dell'intervista, alcun tipo di trattamento.

Risultati

Dall'analisi dei *severity ratings* ottenuti attraverso l'intervista *EuropASI* emerge che le aree maggiormente compromesse riguardano: uso di Sostanze (μ 6,84; ds 1,66), Psicica (μ 5,14; ds 2,61), Lavorativa (μ 5,38; ds 1,73) e Legale (μ 5,19; ds 2,04) Familiare/sociale (μ 4,95; ds 1,88), evidenziando, quindi, in linea con i dati della letteratura, il quadro di una popolazione di soggetti tossicodipendenti con caratteristiche di elevata vulnerabilità psicosociale.

Grafico 1. Medie delle valutazioni di gravità alle aree dello EuropeASI



In questa sede approfondiremo i risultati relativi al rapporto con le sostanze e al quadro psicologico, ma ci sembra opportuno evidenziare un dato relativo all'area medica: sebbene i punteggi medi di gravità ottenuti all'area medica (μ 4,31; ds 3.01) indichino una situazione globale in apparenza moderatamente problematica, il 74.13% del campione presenta una patologia cronica infettiva (76.7% Epatite, il 4.65% HIV), rispetto alla quale solo il 32,55% dei soggetti assume regolarmente farmaci.

Prima di procedere con l'analisi delle aree, puntualizziamo che, al fine di valutare l'affidabilità dei punteggi di gravità assegnati dagli intervistatori, sono stati calcolati i punteggi di correlazione tra i *Severity Ratings* ed i *Composite Score* attraverso il calcolo del coefficiente *rho di Spearman*. I dati ottenuti indicano la presenza di correlazioni significative per quasi tutte le aree in esame.

Tabella 1. Correlazioni Severity Rating e Composite Score ASI

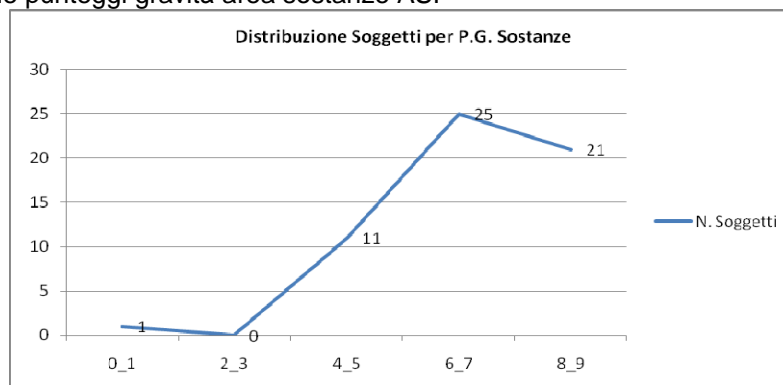
	Medica	Lavorativa	Alcool	Sostanze	Legale	Familiare	Psichica
Medica	,626**						
Lavorativa		,060					
Alcool			,427**				
Sostanze				,582**			
Legale					,360**		
Familiare						,072	
Psichica							,449**

** Correlazione significativa livello 0,01 (2-code)

Per quanto riguarda l'area "Sostanze", dall'analisi dei dati è possibile notare che il campione si colloca in maggioranza verso la coda di destra della distribuzione di frequenza rispetto ai punteggi di gravità, indicando la necessità di un trattamento aggiuntivo³ nel 98.3% dei casi.

³ Con la dizione *necessità di trattamento aggiuntivo* nell'ASI si intende segnalare che indici di gravità dell'area esaminata richiedono un trattamento dove esso non in atto o una rivalutazione dello stesso qualora il trattamento sia già stato avviato.

Grafico 2. Distribuzione punteggi gravità area sostanze ASI



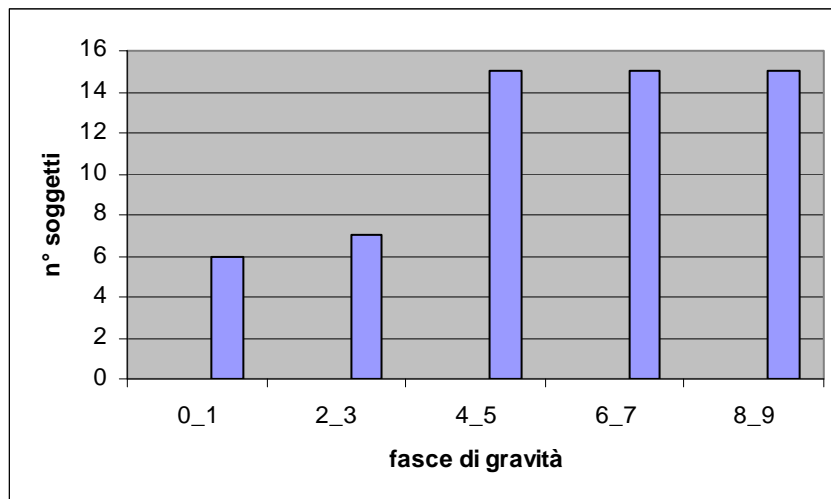
Le principali sostanze d'abuso risultano essere la cocaina (34.4%) e l'eroina (34.4%); su elevate percentuali si assesta anche la poliassunzione. Rispetto alle modalità di assunzione delle sostanze, la via principalmente utilizzata è quella endovenosa. Di rilievo è il numero medio (μ 2.94) di overdose avute nel corso della vita, con un *range* che va da 1 fino ad un massimo di 8.

L'ultimo dato rilevato, in quest'area, è relativo al numero e alla tipologia di trattamenti ricevuti nel corso della vita. Significativo il dato che dice come il 15.5% del campione non abbia mai ricevuto alcun tipo di trattamento precedentemente alla carcerazione: indicativo di una discreta presenza di soggetti che non si sono mai rivolti ai servizi sociosanitari e che, per la prima volta in carcere, hanno l'opportunità di avanzare una richiesta di aiuto per i propri problemi di dipendenza.

Il numero medio di trattamenti ricevuti dai soggetti del campione è di 2.55 con un range che va da 0 a 20 trattamenti. Dall'analisi emerge che il trattamento maggiormente diffuso è quello "sostitutivo ambulatoriale", ricevuto dal 62,07% del campione. Nonostante la maggior parte dei soggetti si sia sottoposto a numerosi trattamenti di disintossicazione, il 43,1% non si è mai astenuto dall'uso di sostanze psicoattive. In linea con quanto emerge dall'esame della letteratura (Hanlon, O'Grady & Bateman, 2000) l'insieme dei dati relativi all'area Sostanze tratteggia un quadro che presenta indici di gravità più elevati rispetto alla popolazione tossicodipendente dei servizi sociosanitari.

Per quanto concerne la condizione "Psichica", osservando la distribuzione del campione all'interno delle fasce di gravità si può notare come, anche per quest'area, la maggior parte dei soggetti si ponga nella coda di destra della curva di gravità, dato indicativo della necessità di un maggiore approfondimento diagnostico.

Grafico 3. distribuzione del campione all'interno delle fasce di gravità dell' "area psichica"



Rispetto alla tipologia di disturbi psichici, tutti i dati indicano una maggiore gravità nel corso della vita, piuttosto che nell'ultimo mese. Unica eccezione risultano essere le difficoltà di comprensione, concentrazione e memoria, presenti nel corso dell'ultimo mese nel 48,27% del campione, e il bisogno di assumere psicofarmaci, presente nel 32,76%; risultano, inoltre, presenti in modo significativo disturbi di ansia/tensione nervosa (84,48%) e depressione grave (34,48%).

L'approfondimento della condizione psichica è stato effettuato attraverso l'utilizzo dell'SCL-90. I dati relativi ai *global severity index* (GSI) del nostro campione confermano l'indicazione fornita dall'*EuropeASI*; si rileva, infatti, che una porzione significativa della popolazione (57,9%) supera la soglia minima (GSI>63) del GSI, oltre la quale è da considerarsi necessario un trattamento in una o più aree potenzialmente problematiche. L'analisi delle singole sottoscale ci permette di osservare che il punteggio medio ottenuto risulta essere molto elevato per la maggior parte delle aree: i valori delle sottoscale "Ansia" (μ 0,90), "Depressione" (μ 0,90) e "Obsessione e Compulsione" (μ 1,04), sembrano confermare il quadro sintomatologico evidenziato dall'analisi delle risposte fornite nell'area "Psichica" nello *EuropeASI*. Altre aree i cui valori risultano essere particolarmente elevati sono l'"Ideazione paranoide" (μ 0,90), la scala "Psicoticismo" (μ 0,76), l'area relativa ai "Disturbi del sonno" (μ 1,36) e quella della "Somatizzazione" (μ 0,90). Questi ultimi due valori si possono mettere in relazione anche con gli elevati livelli di ansia e di depressione caratterizzati da difficoltà nell'addormentamento, da risvegli precoci o ipersonnia: quadri che troviamo spesso accompagnati da un notevole corteo sintomatologico a livello fisico (es. spossatezza, sensazioni di pesantezza agli arti, dolori allo stomaco e mal di testa). Con l'obiettivo di analizzare il rapporto esistente tra la condizione sintomatologica emersa attraverso la somministrazione dell'SCL-90 ed il livello di gravità riscontrato all'area "Psichica" dell'*ASI* si è proceduto al calcolo del coefficiente *rho di Spearman*, indice che ci ha permesso di valutare la correlazione esistente tra i punteggi considerati. L'analisi mostra correlazioni fortemente significative fra i *composite scores* dello *EuropeASI* e le scale di Ansia ($,666^{**}$), Disturbi del Sonno ($,667^{**}$), Depressione ($,607^{**}$) e Ostilità ($,602^{**}$); tali dati confermano i quadri emersi attraverso l'analisi dei singoli strumenti: gravi sintomi depressivi, forte ansia e tensione nervosa, difficoltà di concentrazione, memoria e attenzione sono i disturbi maggiormente presenti tra i soggetti intervistati.

Tabella 2. correlazioni severity ratings ASI e SCL

	Somatizz	OssComp	SensInte	Depres	Ansia	Ostilità	AnsFobi	Id Para	Psicoti	Sonno	GSI
PsicASI	,449**										
PsicASI		,472**									
PsicASI			,478**								
PsicASI				,607**							
PsicASI					,666**						
PsicASI						,602**					
PsicASI							,451**				
PsicASI								,287			
PsicASI									,567**		
PsicASI										,667**	
PsicASI											,656**

** Correlazione significativa livello 0,01 (2-code)

Discussione

I risultati del nostro studio forniscono spunti di riflessione clinica interessanti.

In primo luogo i robusti punteggi di correlazione ottenuti attraverso il calcolo del coefficiente *rho* di *Spearman* ci consentono di poter affermare che, almeno all'interno del nostro campione, l'ASI, pur non essendo uno strumento progettato appositamente per fornire diagnosi psicopatologiche, è comunque in grado di cogliere in maniera puntuale la maggiore o minore severità del quadro psichico sottostante ad un disturbo di dipendenza da sostanze. I dati ci consentono, inoltre, di osservare come all'interno del nostro campione, ad un quadro più severo di dipendenza patologica da sostanze psicoattive si associ una maggiore compromissione del quadro psichico. Le problematiche psichiche maggiormente presenti sono la depressione grave, l'ansia e la tensione nervosa, le difficoltà di concentrazione, memoria e comprensione. La presenza di indici di gravità così elevati potrebbe essere in parte ricondotta alla forzata sospensione dell'assunzione di sostanze psicoattive conseguente all'ingresso in carcere, come pure alla condizione di reclusione che può facilmente indurre vissuti di solitudine, perdita di interessi, astenia e demoralizzazione, sintomi di ansia libera (quali tensione ed intensi stati di nervosismo) e deflessione timica (che, nel nostro campione, non risulta essere accompagnata da pensieri di morte, indice di più grave compromissione).

Dall'*assessment* effettuato emerge, tuttavia, che nella maggior parte dei soggetti i disturbi evidenziati erano già presenti nel corso della vita e non solo dopo l'ingresso nel circuito carcerario. Questo dato può fare avanzare l'ipotesi, in accordo anche con l'esiguo numero di trattamenti specificamente mirati a tali problematiche, che la sofferenza psichica non sia mai stata riconosciuta né affrontata terapeuticamente, ma piuttosto autogestita dai soggetti stessi mediante il ricorso alle sostanze psicoattive. In questa stessa direzione sembrano porsi anche i dati relativi alla presenza di stati allucinatori⁴ che, per quanto riscontrati in un piccola percentuale della nostra popolazione, permangono anche dopo la sospensione dell'abuso di droghe conseguente all'ingresso in carcere.

A partire dal quadro emerso attraverso l'*assessment* multidimensionale, la presente indagine, come già anticipato nelle note introduttive, ha consentito di portare avanti

⁴ La permanenza di tale sintomatologia anche molto tempo dopo la sospensione dell'assunzione di sostanze, consente, infatti, di escludere la diagnosi di Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze (DSM-IV-TR.) in cui gli stati allucinatori sono connessi ad una condizione di intossicazione acuta.

riflessioni cliniche rispetto alle possibili prospettive terapeutiche, al ruolo e al significato che può assumere l'esperienza di carcerazione.

All'interno dell'istituzione carceraria transitano e risiedono detenuti con problematiche di dipendenza che presentano rispetto alla popolazione tossicodipendente degli indici di vulnerabilità particolarmente elevati riguardo l'esordio, il decorso e la prognosi: modalità d'uso delle sostanze più intensa e più prolungata, frequente riscontro di politossicomania, elevata frequenza di problematiche psicopatologiche o psichiatriche, elevata frequenza di ricoveri e agiti suicidari, alta prevalenza di patologie correlate quali infezioni da HIV, virus epatici, endocarditi, grave compromissione sociale (perdita del lavoro o della casa, ricorso a comportamenti criminali, ecc.). La presenza di maggiori tassi di drop-out e di un numero considerevole di trattamenti (indicatori di una bassa compliance terapeutica), induce a riflettere sul fatto che a fronte della elevata complessità e gravosità sociale e gestionale che questa tipologia di utenti comporta, sia necessaria una presa in carico multipla ed integrata in grado di fronteggiare la compresenza di bisogni sanitari, sociali, psicologici, relazionali di questi soggetti.

La condizione di reclusione, imponendo una sospensione forzata (spesso anche abbastanza prolungata) dell'assunzione di sostanze, una brusca interruzione con le abituali modalità di fronteggiare la vita, le difficoltà relazionali e i propri stati interni, può essere l'occasione in cui proporre, ripristinare o rilanciare un progetto terapeutico che, se gestito con modalità cliniche adeguate, può divenire occasione per la conquista di nuove forme di consapevolezza rispetto alle proprie fragilità e alle proprie risorse, contribuendo così a rendere terapeutici un momento esistenziale e un contesto che altrimenti rischiano di essere vissuti esclusivamente come punitivi (Balier, 1999; Bergeret, Fain & Bandelier, 1999; Chemello & Zoncheddu, 2005; Rigliano, 2004). Mancare questa occasione non fornendo una risposta adeguata, finisce con l'alimentare il circuito di particolare marginalità e fragilità psicosociale di questi soggetti, aumentando i costi individuali e sociali, tanto esistenziali che economici (maggiore ricorso verso servizi a maggior costo quali pronto soccorso, reparti di degenza, carceri, ecc) che conseguono alla mancata o inefficace presa in carico di soggetti portatori di patologie così gravi e complesse.

La presenza puntuale di equipe multidisciplinari specializzate all'interno delle carceri potrebbe garantire che l'esperienza carceraria non segni l'interruzione rispetto a eventuali percorsi e legami terapeutici iniziati in precedenza assicurandone la continuità, anche utilizzando forme alternative di pena. Un accurato lavoro di rete con i servizi sanitari esterni consentirebbe di affrontare, inoltre, in modo adeguato, le complicità legate alle patologie correlate (in maggior parte infettive) che spesso accompagnano le lunghe storie di dipendenza patologica da sostanze come pure le eventuali forme di sofferenza psichica sottostante. Infine, considerando che nelle carceri transita un discreto numero di soggetti tossicodipendenti che non si sono mai rivolti ai servizi o che al momento del loro ingresso in carcere non sono in trattamento per il loro problema di dipendenza, potrebbe essere utile durante il periodo di reclusione, verificare se la sospensione forzata dalla quotidianità apre la possibilità di una domanda di aiuto e avviare lì dove possibile progetti terapeutici individualizzati.

Bibliografia

Balier, C. (1999). L'ascolto dei tossicomani in carcere. In J. Bergeret, M. Fain & M. Bandelier (Eds.), *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma: Borla.

Bergeret, J., Fain, M. & Bandelier M. (1999). *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma: Borla.

- Brochu, S., Guyon, L. & Desjardins, L. (1999). Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional service. *Journal of substance abuse treatment*, 16, 173-182.
- Broner, N., Nguyen, H., Swern, A. & Goldfinger, S. (2003). Adapting a substance abuse court diversion model for felony offenders with co-occurring disorders: Initial implementation. *Psychiatric Quarterly*, 74, 361-385.
- Chemello, G. & Zoncheddu, L. (Eds.). (2005). *Carcere e dipendenze: tra esperienza e ricerca. Una ricerca nelle carceri venete e l'esperienza di lavoro di èquipe a Vicenza*. Vicenza: Pubblicazione "no profit".
- Consoli, A. & Bennardo, A. (2001). *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index* (II edizione). Torino: Centro Scientifico.
- Daini, L. & Maremmani, I. (2000). Sintomi di comorbidità psichiatrica durante il trattamento della dipendenza da eroina. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, 23, 1. Retrieved from http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/bull2000.htm.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M. & Lynskey, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: Findings from Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 77-83.
- Friedmann, P.D., Taxman, F.D. & Henderson C.E. (2007). Evidence-based treatment practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 267-277.
- Grella, C.E., Greenwell, L., Prendergast, M., Farabee, D., Hall, E., Cartier J., et al. (2007). Organizational characteristics of drugs abuse treatment programs for offenders. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 291-300.
- Hanlon, T.E., O'Grady, K.E. & Bateman, R.W. (2000). Using the Addiction Severity Index To Predict Treatment Outcome Among Substance Abusing Parolees. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31, 67 – 79.
- Osservatorio Europeo sulle droghe e tossicodipendenze, *Relazione annuale 2009 - Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_IT EMCDDA_AR2009_IT.pdf
- Pellssier, B., Jones, N. & Cardigan, T. (2007). Drug treatment aftercare in the criminal justice system: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 311-320.
- Rigliano, P. (2004). *Doppia diagnosi: Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Schimitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G.H., Reister G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of life research*, 9, 185-193.
- Taxman, F.S., Young, D.W., Wiersema, B., Rhodes, A. & Mitchell, S. (2007). The National Criminal Justice Practices survey: Multilevel survey methods and procedures. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 225-238.
- Taxman, F.D., Pedroni, M.L. & Harrison, L.D. (2007). Drug treatment services for adult offenders: The state of the state. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 239-254.