



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Drug use in prison

EMCDDA 2002 selected issue

*In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

## Questioni specifiche

ne di metadone ed eroina. Il principale risultato dello studio è che per i consumatori di eroina d'età più avanzata, in situazione di grave tossicodipendenza, la somministrazione di metadone più eroina è stata più efficace del trattamento con il metadone soltanto, a prescindere dalla modalità di somministrazione. Lo studio ha dimostrato inoltre che, al termine del test, il 30 % dei pazienti del gruppo sperimentale non rispondeva più ai criteri dell'inclusione (la loro condizione generale era migliorata considerevolmente), mentre nel gruppo di controllo tale percentuale era dell'11 % (van den Brink e a., 2002).

In Germania, un test che prevede la prescrizione di eroina ad uso medico per i dipendenti da oppiacei è stato elaborato e messo a punto nell'arco degli ultimi due anni. Il test, che è cominciato nella primavera 2002, durerà per tre anni, con la partecipazione di sette città tedesche. La principale domanda cui deve essere data una risposta è se ed a quali condizioni la prescrizione di eroina ad un gruppo di soggetti dipendenti da oppiacei in situazione di grave marginalità possa contribuire a migliorare la loro situazione in termini sanitari, sociali e giuridici. I pazienti che partecipano al test verranno suddivisi casualmente in un gruppo sperimentale ed in un gruppo di controllo. Questi gruppi saranno poi suddivisi in due gruppi che riceveranno tipi diversi di intervento psicosociale: un gruppo «gestione del caso» e l'altro «psicoeducazione». Lo studio dovrebbe servire ad approfondire la conoscenza dell'intervento psicosociale e della sua efficacia nel trattamento della dipendenza da oppioidi (<http://www.heroinstudie.de/>).

In Danimarca è stato varato per il 2000-2002 un progetto alternativo riguardante l'eroina mirato ad avviare progetti pilota speciali destinati ai tossicodipendenti in terapia metadonica, con il ricorso a massicce attività di carattere psicosociale. La valutazione, quantitativa e qualitativa, studierà la misura in cui possono essere conseguiti risultati, sotto forma di un migliore funzionamento sociale, mentale, della salute, di una riduzione del consumo di stupefacenti, di una riduzione delle malattie infettive e della criminalità, nonché di un'estensione della rete di relazione.

### Conclusioni e prospettive future

Il successo dipende dalle finalità di un determinato intervento terapeutico e conseguentemente deve essere valutato in rapporto agli obiettivi predeterminati. C'è già una notevole mole di ricerche che, se si vanno a confrontare gli obiettivi con i risultati, ha consentito di acquisire

conoscenze sull'efficacia/successo di vari tipi di trattamento.

Per esempio, un risultato importante è che i tassi di conservazione (in terapia) sono cruciali per il risultato o «successo» del trattamento, ma occorre raccogliere informazioni su come conservare i pazienti in terapia oppure, in altre parole, sugli elementi terapeutici che sono cruciali per aumentare l'indice di conservazione. L'identificazione del «principio attivo» di ogni tipo di trattamento è un compito difficile, ma è essenziale per migliorare il rendimento dei servizi terapeutici, migliorando con ciò i risultati.

Tuttavia, avere le conoscenze teoriche è una cosa e metterle in pratica è un'altra. Un esempio di questo è l'importanza degli interventi psicosociali di accompagnamento nel quadro del trattamento medicalmente assistito, i quali, secondo molte ricerche, contribuiscono al successo del trattamento stesso ma, ciononostante, continuano a non essere adeguatamente messi in pratica.

Negli ultimi anni, è stata data molta enfasi sull'allargamento dei servizi terapeutici e questo, in grande misura, è stato fatto. Il problema oggi è quello di ampliare il ventaglio dei servizi terapeutici e di mettere a punto gli interventi stessi, aumentandone con ciò il «successo».

## Consumo di stupefacenti nelle carceri

La presenza e l'uso di sostanze stupefacenti hanno radicalmente cambiato la realtà carceraria nell'arco degli ultimi due decenni ed oggi tutti i paesi europei si trovano di fronte, nelle carceri, a grossi problemi dovuti alle sostanze stupefacenti ed alle malattie infettive ad esse correlate.

### La domanda di stupefacenti nelle carceri <sup>(61)</sup>

Le informazioni nazionali di routine sull'uso, sui modelli e sulle conseguenze delle sostanze stupefacenti tra i detenuti sono rare. La maggior parte dei dati che sono disponibili nell'UE proviene da studi ad hoc svolti a livello locale tra un piccolo campione di detenuti. Questo rende l'estrapolazione molto difficile.

### La prevalenza dei consumatori di stupefacenti nelle carceri

La popolazione carceraria può essere considerata un gruppo ad alto rischio in termini di uso di sostanze stupefacenti. In effetti, rispetto alla comunità, in carcere i

(61) Cfr. anche la tabella: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dell'UE (versione on line).

## 2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

consumatori di stupefacenti sono sovrarappresentati. La percentuale della popolazione carceraria dell'UE che ha segnalato di aver fatto uso di droghe illecite varia, a seconda dei penitenziari e dei paesi, dal 29 % all'86 % (oltre il 50 % nella maggior parte degli studi) (grafico 25). Come avviene nella comunità, la cannabis è la sostanza d'uso più frequente, ma molti studi mostrano anche livelli elevati di esperienza di eroina (in alcuni casi, intorno al 50 % della popolazione carceraria).

Secondo studi diversi, i detenuti che segnalano un uso più regolare e/o nocivo, come l'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, l'uso regolare o la dipendenza, rappresentano dal 9 % al 69 % della popolazione carceraria.

### Livello del consumo di stupefacenti dentro il carcere

La detenzione non implica la cessazione del consumo di stupefacenti. La maggior parte dei consumatori di stupefacenti tende ad interrompere o a ridurre l'uso di sostanze stupefacenti dopo la carcerazione a causa della bassa disponibilità di droghe illecite. Tuttavia, alcuni soggetti continuano a far uso di stupefacenti, talvolta in misura ancora maggiore, mentre altri cominciano proprio dopo la carcerazione.

Il consumo di stupefacenti dentro il carcere risulta andare dal 16 % al 54 % della popolazione carceraria, mentre il consumo regolare di stupefacenti varia dal 5 % al 36 %. Tra lo 0,3 % ed il 34 % della popolazione carceraria ha assunto stupefacenti per via parenterale durante la detenzione.

In carcere avviene anche l'iniziazione al consumo di stupefacenti ed al «buco». Secondo numerosi studi con-

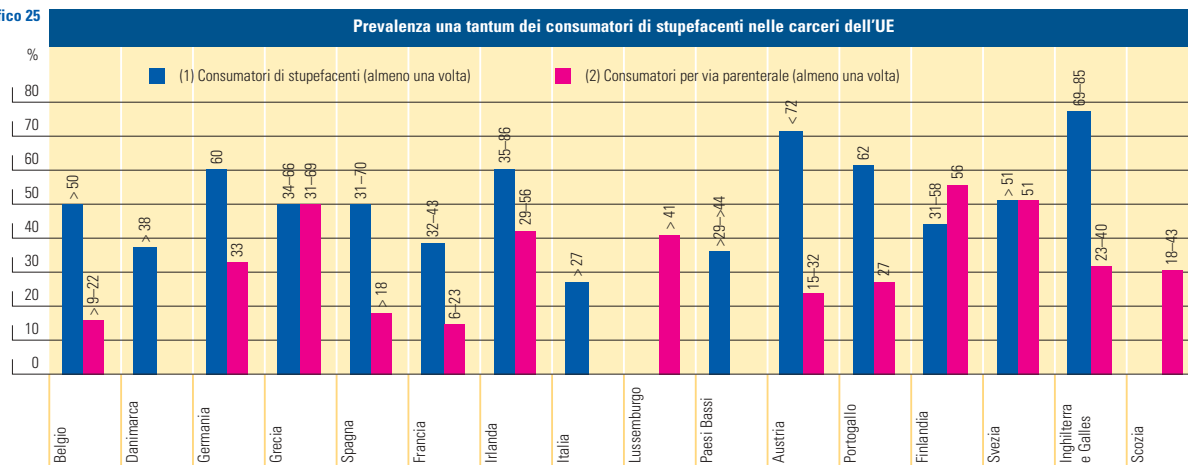
dotti in Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna e Svezia tra il 3 % ed il 26 % dei consumatori di stupefacenti dentro il carcere segnala di aver fatto uso di sostanze stupefacenti per la prima volta in carcere, mentre tra lo 0,4 % ed il 21 % dei detenuti tossicodipendenti per via parenterale ha iniziato a farlo nel carcere stesso (RN, 2001; WIAD-ORS, 1998).

### Le donne tossicodipendenti nelle carceri

Benché il numero delle donne in prigione sia inferiore a quello degli uomini, il consumo di stupefacenti sembra essere particolarmente acuto tra la popolazione carceraria femminile. Dove ci sono dati disponibili, essi indicano una percentuale più elevata di tossicodipendenti tra le donne detenute, considerando la prevalenza negli ultimi 6 mesi del consumo di stupefacenti in Danimarca, la prevalenza nell'ultimo anno ed una tantum del consumo di eroina in Irlanda, nonché la percentuale dei detenuti che hanno problemi di droga o gravi problemi di droga in Svezia.

Per quanto riguarda il comportamento a rischio dentro il carcere, gli studi effettuati in Germania (RN, 2001) e Francia (WIAD-ORS, 2001) mostrano una percentuale più elevata di detenute che si spartiscono la droga, condividono l'occorrente per iniettarsela e si prostituiscono tra le tossicodipendenti piuttosto che tra i tossicodipendenti. Altri studi effettuati in Austria (RN, 2001), in Inghilterra e Galles (WIAD-ORS, 2001) segnalano invece una maggiore condivisione dell'occorrente per l'iniezione all'interno della popolazione carceraria maschile.

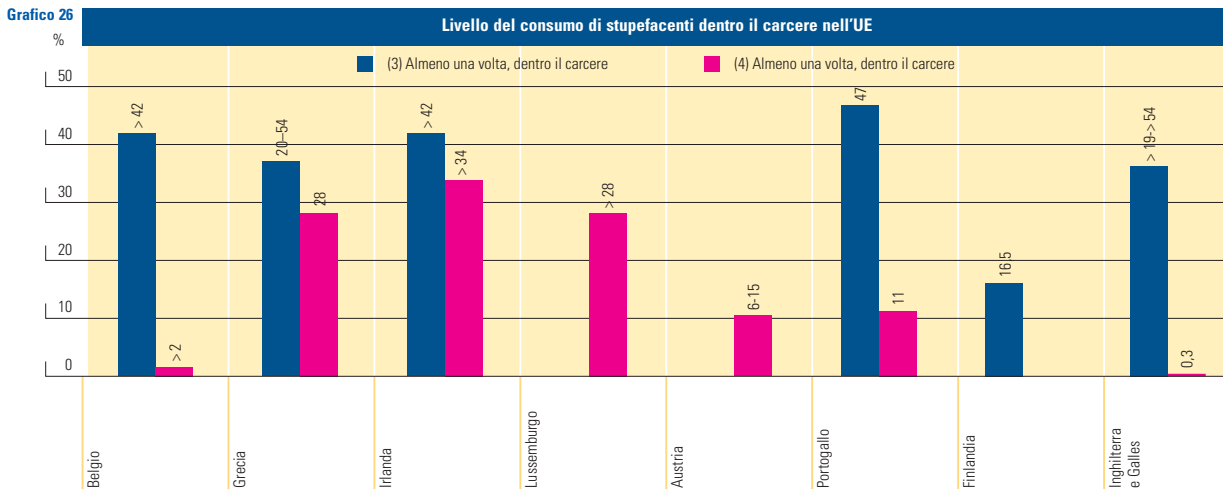
Grafico 25



NB: I valori del grafico sono stati tratti da dati forniti da indagini o studi effettuati negli Stati membri. La versione on line della relazione fornisce dettagli sulle fonti originali dei dati. (1) (2): cfr. versione on line per spiegazioni.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox; cfr. anche la tabella on line: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dell'UE.

## Questioni specifiche



**NB:** I valori del grafico sono stati tratti da dati forniti da indagini o studi effettuati negli Stati membri. La versione on line della relazione fornisce dettagli sulle fonti originali dei dati. (3) (4): cfr. versione on line per spiegazioni.  
**Fonti:** Punti focali nazionali Reitox; cfr. anche la tabella on line: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dell'UE.

### Conseguenze sanitarie e giuridiche

#### Comportamenti a rischio

Studi condotti in Austria, Belgio, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Regno Unito (RN, 2001) mostrano che un'elevata percentuale dei detenuti tossicodipendenti per via parenterale condivide l'occorrenza per l'iniezione. Dentro il carcere, l'uso di stupefacenti per via endovenosa è spesso associato alla condivisione del relativo occorrente e, in alcuni casi, fino al 100 % dei consumatori per via parenterale segnalano comportamenti di questo tipo. Uno studio condotto in Lussemburgo (RN, 2001) segnala che nel 70 % dei casi le siringhe vengono lavate soltanto con acqua e nel 22 % dei casi non vengono pulite per nulla. I dati disponibili mostrano che la condivisione dell'occorrenza per le iniezioni dentro il carcere è più frequente che nella comunità.

Uno studio policentrico realizzato in alcuni penitenziari di Belgio, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Spagna e Svezia nel 1996-1997 (WIAD-ORS, 2001) segnala un maggior numero di tatuaggi e piercing fatti durante la detenzione tra i consumatori per via parenterale, rispetto a quelli che non fanno uso di stupefacenti per via parenterale. In Belgio, Germania, Portogallo e Svezia i consumatori per via parenterale segnalano inoltre un livello più elevato di rapporti sessuali non protetti tra di loro; il dato è inferiore in altri paesi.

#### Malattie infettive

I dati riguardanti l'HIV ed il virus dell'epatite C tra i detenuti tossicodipendenti per via parenterale sono disponibili per Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Lussemburgo

e Spagna (soltanto per il virus dell'epatite C) (RN, 2001). Provergono da studi locali realizzati in pochi penitenziari e pertanto non sono rappresentativi del dato nazionale. Nelle carceri in cui è stata condotta l'indagine, la prevalenza dell'HIV tra i consumatori per via parenterale varia tra lo 0 % ed il 13 %. La positività al virus dell'epatite C è molto superiore tra i consumatori per via parenterale, tra il 14 % ed il 100 %, a seconda dell'istituto carcerario e del paese. Come nella comunità, la prevalenza dell'HIV e del virus dell'epatite C è superiore tra i consumatori per via parenterale.

#### Sanzioni per l'uso/possesso di sostanze stupefacenti

I detenuti che vengono trovati in possesso di droghe illecite sono di solito oggetto di sanzione e vengono puniti ai sensi del regolamento carcerario. L'incidente può essere riportato nella scheda personale del detenuto. Le sanzioni applicate più diffuse comprendono la restrizione dei diritti (visite di amici o familiari, telefonate), la privazione dei permessi d'uscita, l'espulsione dai settori specializzati nei trattamenti e/o la punizione in cella d'isolamento.

Il possesso può avere conseguenze sull'esecuzione della sentenza di condanna. Per esempio, in Danimarca c'è il rischio, dopo aver scontato due terzi della pena, che non venga concessa la scarcerazione preventiva e condizionale sulla parola. Nel Regno Unito, quando si riscontra la positività di un test delle urine, la pena può essere allungata di qualche giorno o più.

I detenuti trovati in possesso di sostanze stupefacenti possono anche essere deferiti all'autorità giudiziaria e sottoposti a procedimento al di fuori dell'ambiente carcerario.

## Disponibilità ed offerta di sostanze stupefacenti dentro il carcere

### Disponibilità di sostanze stupefacenti

L'accesso a droghe illecite è molto più difficile dentro il carcere che non nella comunità. Tuttavia, si segnala che le droghe illecite sono facilmente reperibili nelle carceri per chi voglia farne uso: in gran parte cannabis, eroina e farmaci (benzodiazepine), ma pagando si può ottenere qualsiasi cosa.

I detenuti segnalano notevoli variazioni nella qualità, nella continuità e nel prezzo delle droghe illecite dentro il carcere. I prezzi delle sostanze stupefacenti sono stimati essere da due a quattro volte superiori rispetto all'ambiente esterno, il che rende le sostanze stupefacenti da 10 a 20 volte più costose in termini di potere di spesa. Forme di pagamento diverse dal denaro sono abbondantemente usate: scambio di servizi (prostituzione, pulizia della cella) oppure beni (carte telefoniche, tabacco), e/o partecipazione alla distribuzione di droga.

### Contrabbando e spaccio

Ci sono molteplici modi per far entrare la droga in carcere. Tutti i contatti con il mondo esterno sono occasioni per contrabbandare sostanze stupefacenti dentro il carcere: durante le visite (sugli abiti dei visitatori o nelle cavità del loro corpo, dentro il cibo), durante i trasferimenti o il trasporto in tribunale per le fasi dibattimentali, dopo un permesso di uscita, mediante la posta (pacchetti). Le sostanze stupefacenti possono essere lanciate oltre il muro di cinta all'interno di palline. Sono anche contrabbandate dal personale carcerario.

La distribuzione e lo spaccio di stupefacenti variano da un carcere all'altro e da un paese all'altro. Il Belgio segnala (RN 2001) che lo spaccio avviene sia a livello individuale sia mediante reti piramidali nelle quali (come avviene nella comunità) gli spacciatori di alto livello organizzano il commercio di droga ma non ne fanno uso essi stessi. La Germania cita (RN 2001) casi di spaccio su piccola scala, che vedono coinvolti molti detenuti attraverso numerosi canali, senza però un'organizzazione centrale. Uno studio recentemente condotto in Irlanda nel carcere di Mountjoy (RN 2001) mostra un sistema basato su accordi personali: chi ha accesso alla droga nella comunità, la fa entrare in carcere e la distribuisce alla propria rete personale. Il commercio di sostanze stupefacenti dentro il carcere è segnalato essere molto più stressante che non nella comunità, in quanto porta ad intimidazione, pressione psicologica e criminalità.

Per impedire il contrabbando di sostanze stupefacenti, sono adottate numerose misure, di routine o quando ci

sono sospetti. Queste misure comprendono la perquisizione delle celle, la perquisizione personale dopo i permessi di uscita, l'interdizione a ricevere pacchetti, il monitoraggio delle visite e la predisposizione di una rete a copertura dei cortili frequentati dai detenuti. Il Regno Unito ha recentemente introdotto misure per ridurre l'offerta, aumentando per esempio l'uso dei cani per individuare e scoprire gli spacciatori ed impedendo l'accesso ai visitatori che sono stati trovati a contrabbandare in carcere sostanze stupefacenti.

I sequestri di droghe illecite dentro il carcere o all'ingresso sono segnalati da molti paesi: di solito si tratta di piccole quantità. Durante le ispezioni sono stati trovati anche l'occorrente per le iniezioni, chillum (pipe corte, generalmente di creta, usate per fumare cannabis) ed altre attrezzature.

## La politica per la riduzione della domanda nelle carceri

Le misure correnti in materia di riduzione della domanda all'interno delle carceri consistono prevalentemente nello scoraggiare il consumo di stupefacenti mediante maggiori controlli, come perquisizioni della cella e test casuali antidroga, insieme con sanzioni o perdite di privilegi. In Svezia, per esempio, i detenuti sono sottoposti in media a due o tre test delle urine al mese.

Dovendo affrontare un numero crescente di consumatori di stupefacenti, i sistemi carcerari hanno creato unità specializzate per l'assistenza ai tossicodipendenti (per esempio nei Paesi Bassi), hanno servizi centralizzati per le tossicodipendenze in alcune carceri specifiche (Austria e Irlanda), oppure hanno «importato» l'esperienza maturata da strutture esterne per l'assistenza ai tossicodipendenti.

Dal 1995, è stata rilevata un'espansione dei servizi per i tossicodipendenti nelle carceri (Ambrosini, 2001) e sono state introdotte misure per prevenire la trasmissione delle malattie infettive. Rispetto alla comunità, però, il ritardo è considerevole. L'attuale offerta di servizi di assistenza ai tossicodipendenti non è all'altezza delle esigenze potenziali dei tossicodipendenti, i quali sono stimati rappresentare oltre il 50 % della popolazione carceraria.

Poiché molti tossicodipendenti ritornano in carcere varie volte con gli stessi problemi, se non di più, legati al consumo di stupefacenti ed a malattie infettive, le amministrazioni carcerarie hanno dovuto riconoscere l'esigenza di affrontare all'interno dell'ambiente carcerario la tossicodipendenza, l'uso di sostanze stupefacenti, i rischi correlati e le conseguenze per la salute in maniera più sistematica. Un recente sviluppo intervenuto in molti

## Questioni specifiche

paesi dell'UE, che riflette questo fatto, è l'adozione di vere e proprie «strategie carcerarie in materia di stupefacenti», l'elaborazione di direttive sull'assistenza e sul trattamento dei tossicodipendenti, oppure lo sviluppo di standard di qualità per servizi specifici <sup>(62)</sup>. Le strategie carcerarie in materia di stupefacenti coprono di solito una serie di misure per fornire un trattamento ai detenuti, scoraggiare il consumo di stupefacenti e ridurre l'offerta di sostanze stupefacenti.

### Assistenza ai tossicodipendenti

I servizi di assistenza sanitaria nelle carceri sono tradizionalmente forniti dal personale sanitario del carcere, sotto l'autorità del ministero della Giustizia, ma i sistemi carcerari in tutta l'UE ed in Norvegia si appoggiano in grande misura su risorse ed esperienze esterne per l'assistenza ai tossicodipendenti. Cercando di arrivare ad una «equivalenza di cura» tra la comunità ed il carcere (Consiglio d'Europa, 1993; OMS, 1993), la Francia (nel 1994) e l'Italia (nel 2000) hanno trasferito al ministero della Sanità la responsabilità per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, coinvolgendo pertanto per legge le strutture di assistenza sanitaria locali e regionali. Accordi concreti di cooperazione tra il sistema giudiziario ed i servizi sanitari pubblici o non governativi sono stati introdotti anche in Irlanda (1999), Portogallo (1999) e Spagna (2000), per aumentare la qualità e la copertura dell'assistenza ai tossicodipendenti in carcere.

Specialisti esterni in materia di tossicodipendenza rivestono un ruolo importante nel sostegno ai tossicodipendenti, nella maggior parte, se non in tutti i sistemi carcerari europei. Tuttavia, l'indice di copertura delle carceri ed il livello dei servizi variano considerevolmente da un paese all'altro e all'interno dello stesso paese. Notevoli eccezioni in termini di copertura sono: la Scozia, dove vi sono consulenti in materia di droga in ogni carcere, la Spagna, dove i servizi di assistenza per i tossicodipendenti sono disponibili in 71 carceri su 73; la Svezia, dove nel 2000 un terzo del numero stimato di detenuti con problemi di droga era coperto da programmi di motivazione al trattamento; e l'Inghilterra ed il Galles, dove dal 1999 tutte le carceri dispongono di équipe specializzate esterne (CARAT — Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) miranti a coprire le esigenze dei detenuti tossicodipendenti, dall'inizio fino all'assistenza a posteriori, per quanto l'impossibilità di far ricorso a misure alternative alla detenzione sembri essere un intoppo (Spacca, 2002). In Scozia, attualmente i carcerati possono usufruire di cure transitorie durante le prime 12 settimane dalla scarcerazione, per facilitare il reinserimento in società.

I servizi forniti dalle strutture esterne sono informazioni ed educazione di carattere generale in merito alla prevenzione, programmi di motivazione al trattamento e di preparazione alla scarcerazione, fra cui il rinvio al trattamento in comunità terapeutica ed alla successiva assistenza. In Belgio e Grecia, le organizzazioni non governative (ONG) sono finora le principali fornitrici dei pochi servizi offerti ai detenuti tossicodipendenti. In Germania, la storia dell'attività dentro il carcere di strutture esterne e di servizi specializzati interni per le tossicodipendenze risale alla metà degli anni Ottanta; nel 2000, più di 350 consulenti in materia hanno fornito i loro servizi alle carceri tedesche; tuttavia, la copertura di questo servizio varia tra un Land e l'altro. Nel 2000, il coinvolgimento di professionisti esterni è continuato ad essere una tendenza importante in Francia; in Italia, i servizi pubblici per le tossicodipendenze hanno rilevato un notevole incremento del numero di pazienti, in considerazione delle loro nuove responsabilità riguardanti i detenuti. La strategia nazionale spagnola sulle droghe (2000-2008) ha definito come prioritaria la partecipazione di specialisti esterni per l'assistenza ai tossicodipendenti nelle carceri; piani pluriennali di cooperazione tra le carceri e le ONG hanno fatto sì che più della metà del personale che opera nei servizi di assistenza ai tossicodipendenti (GAD) nelle carceri spagnole sia costituito da esperti esterni provenienti da ONG.

### Servizi forniti

Materiale informativo scritto sulle droghe e sulle malattie infettive ad esse correlate sembra disponibile nella maggior parte delle carceri dell'UE ed in Norvegia; tuttavia, le opportunità sistematiche e ripetute di affrontare con un colloquio individuale le questioni legate alla prevenzione sono rare e spesso dipendono da strutture esterne o da singoli membri del personale carcerario.

La detossificazione viene in genere offerta mediante servizi carcerari di carattere medico, oppure nell'ambito di infermerie specializzate nella detossificazione, ma spesso mancano linee guida relativamente alla qualità. Un programma grazie al quale 1 200 – 1 500 detenuti all'anno hanno ricevuto servizi di detossificazione è stato descritto come fornito «in maniera essenzialmente non strutturata e senza vigilanza, senza follow-up o pianificazione a medio-lungo termine» (dipartimento di Giustizia, eguaglianza e riforma della legge, 1999). Comunque, cominciano ad essere introdotti standard di qualità: per esempio l'ordinanza per i servizi carcerari del dicembre 2000 prevede che tutte le carceri dell'Inghilterra e del Galles offrano servizi qualificati di detossificazione.

<sup>(62)</sup> Tabella 13 OL: Strategie recenti in materia di stupefacenti nelle carceri, direttive ministeriali e standard di servizio nell'UE ed in Norvegia (versione on line).



## 2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

In alcuni paesi, le agenzie esterne sono anch'esse direttamente coinvolte nell'offerta di trattamenti a lungo termine delle tossicodipendenze. Esempi sono i piccoli programmi intramurali per i tossicodipendenti in Danimarca ed in Norvegia, che sono gestiti da strutture esterne specializzate («modello importazione»), e le terapie sostitutive nelle carceri spagnole, francesi ed italiane. L'alta copertura raggiunta in Spagna è dovuta al massiccio coinvolgimento di servizi esterni per le tossicodipendenze.

Nove paesi dell'UE hanno programmi terapeutici strutturati orientati all'astinenza dentro le carceri e la Norvegia fornisce un programma di motivazione al trattamento. Il numero complessivo dei posti disponibili, rispetto al numero stimato di detenuti che hanno problemi legati alla droga, è molto basso. Tuttavia, nel 2000 in Spagna 8 984 detenuti hanno partecipato a 18 programmi di trattamento in situazione di astinenza; in Inghilterra e Galles nel 2000-2001 sono stati registrati 3 100 nuovi ingressi nei 50 programmi di trattamento intensivo. In Svezia, il 10 % delle strutture carcerarie, con una capacità di 500 detenuti, è riservato in particolare al trattamento volontario o obbligatorio dei tossicodipendenti (Lýsen, 2001); in Finlandia, il 18 % dei neodetenuti partecipa a programmi di riabilitazione per alcool o droga (Jungner, 2001). Nel carcere austriaco Favoriten, che è specializzato esclusivamente nell'assistenza ai tossicodipendenti, sono a disposizione 110 posti per il trattamento; la Danimarca ha 30 posti e l'Irlanda 9. Il programma norvegese di motivazione al trattamento può prendere in carico 18 detenuti all'anno (63).

Eccetto la Grecia, la Svezia e due Länder della Germania (Baviera e Baden-Württemberg), la terapia sostitutiva è ora disponibile nelle carceri di tutti i paesi dell'UE ed in Norvegia. Tuttavia, anche nei paesi in cui un'alta percentuale di consumatori problematici di stupefacenti nella comunità è in terapia sostitutiva, le carceri seguono spesso una politica di detossificazione. Per esempio, si ritiene che gli indici delle carceri situate in Germania e nei Paesi Bassi siano compresi tra l'1 % ed il 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) rispetto alla copertura stimata del 30-50 % nella comunità. La maggior parte delle politiche di mantenimento condotte nelle carceri indicano il trattamento soltanto durante i periodi di detenzione brevi, per le tossicodipendenti in gravidanza e per chi ha un lungo passato di tossicodipendenza o per chi ha gravi problemi di salute mentale o fisica. L'iniziazione alla terapia sostitutiva in carcere è rara, per quan-

to sia legalmente possibile nella maggior parte dei paesi. La maggiore eccezione è data dalla Spagna, dove gli indici relativi alle terapie sostitutive all'interno ed all'esterno delle carceri corrispondono (64).

Dieci paesi dell'UE e la Norvegia dispongono di unità o carceri dove viene praticato il trattamento in situazione di astinenza. In alcuni casi, l'obiettivo non è soltanto quello di proteggere dalla droga i detenuti non tossicodipendenti, ma anche quello di fornire un trattamento a chi già lo è. I detenuti che seguono una terapia sostitutiva con metadone sono di solito esclusi dalle unità in cui viene praticato il trattamento in situazione di astinenza. I venti dipartimenti in cui viene praticato il trattamento in situazione di astinenza nelle carceri olandesi possono ospitare 446 detenuti; tuttavia, un terzo di tale capacità è rimasto inutilizzato nel 1999. La Svezia ha 356 posti in unità che praticano il trattamento in situazione di astinenza; in Finlandia, dove attualmente il 10 % di tutte le infermerie delle carceri pratica il trattamento in situazione di astinenza, si prevede un'espansione al 50 %. Il Portogallo ha aperto recentemente sette unità di trattamento in situazione di astinenza con 195 posti, un'esperienza che è stata valutata come un «grande successo», ed ha in programma altre due unità. Da un'analisi delle ricerche sulla cura delle tossicodipendenze nelle carceri (Rigter, 1998) risulta tuttavia che mancano risultati attendibili e validi a livello mondiale.

### Prevenzione delle malattie infettive

La prevenzione della trasmissione di malattie infettive mediante il sangue durante la detenzione è diventata un obiettivo prioritario per numerosi sistemi carcerari europei, tenuto conto anche del sensibile incremento della spesa farmaceutica per il trattamento di infezioni correlate agli stupefacenti (ad esempio, l'HAART, o terapia anti-retrovirus ad alta qualità, l'interferone) che le carceri devono sostenere.

Molti paesi mirano a seguire i principi generali e le raccomandazioni specifiche fatte dall'OMS nelle loro linee guida sull'infezione da HIV e sull'AIDS in carcere (OMS, 1993). Numerose misure di riduzione del rischio sono di difficile attuazione, poiché hanno implicazioni politiche, incontrano la resistenza del personale e sono percepite come inadeguate nell'ambiente carcerario. Nella tabella che segue vengono presentate alcune misure di prevenzione tratte dalle linee guida dell'OMS e la misura in cui i paesi dell'UE e la Norvegia le applicano. Per quanto la copertura di queste misure appaia ancora insufficiente in

(63) Tabella 14 OL: Trattamento orientato all'astinenza ed unità che praticano il trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) nelle carceri, in alcuni paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

(64) Tabella 15 OL: Terapia sostitutiva nelle carceri dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

## Questioni specifiche

Tabella 2

Panoramica di alcune misure volte a prevenire le malattie a trasmissione sanguigna nelle carceri dell'UE ed in Norvegia				
	Informazione/educazione	Vaccinazione epatite B	Fornitura di disinfettanti	Scambio di aghi/siringhe
Belgio	++ Ma non in tutte le carceri	+ Protocollo in fase di studio da parte del ministero della Sanità	+	0
Danimarca	0	++ Ma la copertura è molto bassa (2 %)	++ Con istruzioni per l'uso	0
Germania	+	n.d.	+	+
Grecia	+ Ma soprattutto a cura di agenzie esterne	+ Soltanto 1 carcere	+ Solo un carcere	0
Spagna	++	++ Ed è incoraggiata	++	++
Francia	+	++	++	0
Irlanda	0	++	+ Ma ++ raccomandata dal gruppo del riesame dell'assistenza sanitaria nelle carceri, 2001	0 Il gruppo del riesame dell'assistenza sanitaria nelle carceri non raccomanda lo scambio di aghi/siringhe a causa del rischio di abuso (aggressione)
Italia	0	n.d. (vaccinazione obbligatoria a 12 anni, tutta la popolazione, introdotta all'inizio degli anni Novanta)	++	0
Lussemburgo	+	++	0	0 In discussione
Paesi Bassi	+	++	++	0
Austria	+	+ (!)	++ Con istruzioni su come effettuare la pulizia	0
Portogallo	+	++ Programma di vaccinazione nazionale	++ In pratica: +	0 In discussione
Finlandia	+	++	++	0
Svezia	0 dipende dal carcere	0 In attesa di una decisione sull'introduzione generalizzata della vaccinazione	0	0
Regno Unito	+	++ (Scozia)	++ Inghilterra/Galles: non di facile accesso. Dopo uno studio pilota, è stato messo a disposizione del disinfettante in pastiglie Scozia: ++ con istruzioni per l'uso	0
Norvegia	n.d.	n.d.	0 Le autorità sanitarie hanno chiesto alle carceri di mettere a disposizione disinfettanti clorati	0

NB: n.d. = informazioni non disponibili.

#### Informazione/educazione

- 0 Materiale scritto non specifico.
- + Materiale scritto specificatamente elaborato per le carceri.
- ++ Materiale specifico più formazione per un uso sicuro.

#### Vaccinazione contro l'epatite

- 0 Non disponibile sistematicamente.
- + Disponibile in poche carceri.
- ++ Disponibile in tutte le carceri.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox, 2001.

European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons (1998), *Annual Report to the EC, WIAD*, Bonn e ORS, Marsiglia.

(!) Spirig, H. & Ess-Dietz, O (2001), «Preventive measures in Austrian Prisons» in *Rete europea sulla prevenzione di HIV/AIDS ed epatite nelle carceri*, Final Progress Report, WIAD, Bonn e ORS, Marsiglia, pagg. 234-300.

#### Disinfettanti

- Non disponibili.
- + In alcune carceri.
- ++ In tutte le carceri (almeno in teoria).

#### Scambio di aghi/siringhe

- 0 Non disponibile.
- + Programma in poche carceri.
- ++ Programma in tutte le carceri.

molti paesi, alcuni progressi sono stati fatti <sup>(65)</sup>. I programmi di scambio degli aghi vengono attuati adesso in tutte le carceri spagnole <sup>(66)</sup>, mentre in Lussemburgo ed in Portogallo si sta discutendo sulla loro introduzione. Un maggior numero di paesi raccomanda che i detenuti possano avere accesso a disinfettanti clorati diluiti e l'applicazione di questa misura ha registrato alcuni miglioramenti.

### Referenze e fonti — Capitolo 3

Akram, G., e Galt, M. (1999), «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of

dance drugs» in *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 6 (2), pagg. 215-225.

Ambrosini, F. (2001), «Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», in Jacob, J., Keppler, K. and Stöver, H. (eds) in *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlino, pagg. 106-113.

Beenackers, E. M. Th. (2000), *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetsingskader; Een literatuuronderzoek (Onderzoeksnotities 2000/1)*, Den Haag, Ministerie van Justitie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) (\*).

Bellis, M.A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., e Kilfoyle, M. (2000), «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nigh-

<sup>(65)</sup> Per informazioni sulla situazione fino al 2000, cfr. [http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific\\_demand.html#table2](http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2)

<sup>(66)</sup> Eccetto le carceri situate a Ceuta e Melilla. La comunità autonoma della Catalogna ha una propria competenza sulla gestione delle carceri.



## 2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

- liffe resort» in *International Journal of Drug Policy*, vol. 11, pagg. 235-244 (\*).
- Bennett, G. A. e Higgins, D. S. (1999), «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK» in *Addiction*, vol. 94 (8), pagg. 1179-1189.
- Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B.A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. e Öjehagen, A. (2001), *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Svezia.
- Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G. e Strang, J. (2000), *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, Londra.
- Calafat, A., Bohm, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G e Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea e Commissione europea, Valencia.
- Club Health Conference Proceedings (2002), *2<sup>nd</sup> International Conference on nightlife substance use and related health issues*, 24-27 marzo 2002, Rimini, Regione Emilia-Romagna e John Moores University.
- Consiglio d'Europa (1993), *Recommendation No.R (93)6 of the Committee of Ministers to Member States concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison*, Consiglio d'Europa, Strasburgo.
- Costa, N., Padua, J., e Correia, M. (2000), «Um ano de Nalrexona» in *Toxicodependências*, vol. 6 (1), pagg. 51-60.
- Darke, S., Ross, J., Zador, D. e Sunjic S. (2000), «Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996» in *Drug and alcohol dependence*, vol. 60, pagg. 141-150.
- Decorte, T. (1999), «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp», Doctoral Thesis, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.
- Department of Justice Equality and Law Reform (1999), «Drug misuse and drug treatment in the prison system: draft action plan» (non pubblicato) (\*).
- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, Londra.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. and Alcabes, P. (1998), «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV» in *AIDS*, vol. 12 (suppl. A), pagg. 217-230.
- DrugScope (2001), *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, eighth edition, DrugScope, Londra (\*).
- Edmunds, M., Hough, M. e Urquia, N. (1996), *Tackling local drug markets, crime detection and prevention series paper 80*, Home Office Police Research Group, Londra (\*).
- ESPAD (2000), relazione 1999 «Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Consiglio svedese per l'informazione sull'alcool e altre droghe (CAN), gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa.
- Europol (2001), *European Union situation report on drug production and drug trafficking, 2000-01*, Europol, L'Aia.
- Farrell, M. (1989), «Ecstasy and the Oxygen of Publicity» in *British Journal of addiction*, vol. 84, pag. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M. e Strang, J. (1999), «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules» in *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 6 (1), pagg. 61-69 (\*).
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (1998), *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, Londra.
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (2001), *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, Londra.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. e Segar, G. (1998), «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)» in *British Journal of Psychiatry*, vol. 173.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J. e O' Brien, C. P. (1997), «Alternative pharmacotherapies for opiate addiction», articolo in *Substance abuse — A comprehensive textbook*, USA.
- Haw, S. (1993), *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edimburgo.
- Heroinstudie (2002), sito web ufficiale contenente informazioni sugli esperimenti condotti in Germania con l'eroina: <http://www.heroinstudie.de>
- Hunt, N. (2002), «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», *2<sup>nd</sup> International Conference on nightlife substance use and related health issues*, 24-27 marzo 2002, Rimini, Regione Emilia-Romagna e John Moores University.
- Jungner, M. (2001), «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons» in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, Issue 9 & 10, novembre 2001, pagg. 12-13.
- KETHEA — NSPH (2001), «Effectiveness-evaluation of the KETHEA's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA)», National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Atene.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., e Schmid, R. (2001), «An inventory of on-site pill testing interventions in the EU», OEDT, Lisbona.
- Leccese, A.P., Pennings, E.J.M. e De Wolff, F.A. (2000), *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (\*).
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. e Dole, V. P. (1997), «Methadone maintenance», articolo in *Substance abuse — A comprehensive textbook*, USA.
- Lýsen, L. (2001), «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — Management of drug problems in prison» in *Connections, The Newsletter of the European network of drug and HIV/AIDS services in prison*, Issue 9 & 10, novembre 2001, pagg.10-11.
- McElrath, K. and McEvoy, K. (1999), *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast.
- Neale, J. (2001), «Don't overdo it: overdose prevention and extent» in *Druglink*, vol. 16, luglio/agosto 2001, pagg. 18-22.
- OEDT (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee.
- OMS (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (\*).
- ONS (Office for National Statistics) (2000a), «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7» in *Health Statistics Quarterly*, n. 5 (Spring 2000), pagg. 57-60, Office for National Statistics, Londra (\*).

## Questioni specifiche

- ONS (Office for National Statistics) (2000b), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998» in *Health Statistics Quarterly*, n. 7 (Autumn 2000), pagg. 59-62, Office for National Statistics, Londra.
- ONS (Office for National Statistics) (2000c), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999» in *Health Statistics Quarterly*, n. 9 (Spring 2001), pagg. 70-72, Office for National Statistics, Londra.
- Pedersen, M. U. (2000), *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning.
- Programma globale dell'OMS sull'AIDS (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (e ristampa UNAIDS/99.47/E). Il file Pdf può essere scaricato da: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/key/prisons.html>
- Relazioni nazionali Reitox, 2001.
- Rete europea sulla prevenzione di HIV/AIDS ed epatite nelle carceri, *Final Progress Report*, WIAD Bonn e ORS, Marsiglia, dicembre 2001.
- Rigter, H. (1998), *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbos-instituut, Utrecht (\*).
- RN 2001 = Relazioni nazionali 2001 all'OEDT da questi paesi: capitolo 13 (eccetto 12 per la Norvegia e 18 per la Finlandia).
- Seppälä, P. (1999), *Kielletyt aineet ja niiden merkitys tekno-kulttuurissa* (Sostanze proibite e loro attinenza con la cultura techno), *Yhteiskuntapolitiikka*, 64, (4), pagg. 359-368 (\*).
- Setbon, M., De Calan, J. (2000), *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé*, CNRS-GAPP/OFTD, Parigi (\*).
- Snippe, J. e Bieleman, B. (1997), «Opiate users and crime in the Netherlands» in Korf, D. and Riper, H. eds, in *Illicit drug use in Europe: proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, University of Amsterdam (SISWO), Amsterdam.
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000), «Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?» in *Sucht*, vol. 46 (Sonderheft 2).
- Spacca, E. (2002), Personal communication by Edoardo Spacca, coordinator of the European network of drug services in prison (ENDSP) based at Cranstoun Drug Services, Londra.
- Stöver, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, Relazione scientifica OEDT, Lisboa e Londra.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., e Gossop, M. (1999), «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses» in *Drug and alcohol review*, vol. 18, pagg. 253-261 (\*).
- Strang, J., Seivewright, N. e Farrell, M. (1993), «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines» in Hallstrom, C. (ed), in *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.
- Taylor, A., Frischer, M. e Goldberg, D. (1996), «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow», «Letter to the editor» in *British Medical Journal*, vol. 313, 30 novembre 1996, pagg. 1140-1141.
- Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), «Katamnese nach antagonistisch-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug» in *Sucht*, vol. 47 (3), pagg. 189-200.
- Turnbull, P., Mc Sweeney, T. e Hough, M. (2000): «Drug Treatment and Testing Orders - the 18-Month Evaluation» in *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Londra.
- Ulteriori informazioni sui servizi per i tossicodipendenti nelle carceri sono messi a disposizione dalla rete europea dei servizi per i tossicodipendenti nelle carceri (ENDSP, ex ENDHASP) sul sito web <http://www.cranstoun.org>
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. and Ree, J. M. V. (2002), «Medical co-prescription of heroin — Two randomised controlled trials», Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Paesi Bassi.
- Vermaas, P. (1999), «Drugs en geweld, «Poligebruikers» zijn onvoorspelbaar en agressief» in *Algemeen Politieblad*, n. 10 (\*).
- Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. and Zomerveld, R. (1999), *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*, Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (\*).
- WIAD-ORS, European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons (2001), *Final Progress Report*, WIAD, Bonn e ORS, Marsiglia.
- Wirth, U. (2001), «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton-Proksch-Instituts», Anton-Proksch-Institut, Vienna.

(\*). Citate nelle relazione nazionale.