



comunicato

dall'Agazia europea delle droghe di Lisbona

n. 11/2002

Pubblicazione vietata fino alle 11:00 (ORA DI BRUXELLES) del 3 ottobre 2002

Relazione annuale per il 2002 sul problema della droga nell'UE

ENFASI SULLA POLITOSSICOMANIA, SUI TRATTAMENTI CORONATI DA SUCCESSO E SULLA DROGA NELLE CARCERI

La relazione di oggi affronta con particolare enfasi la politossicomania, le strategie di successo di cura dalla dipendenza dalle droghe e la controversa problematica dell'uso delle droghe all'interno delle carceri.

In merito alla politossicomania, si deve rilevare che essa desta delle crescenti preoccupazioni nell'UE e richiede uno studio più approfondito dei "rituali e controlli sociali" in questione. *In merito ai trattamenti coronati da successo*, quest'ultima conclude che i metodi che sono noti per essere efficaci dovrebbero essere ulteriormente allargati e perfezionati. *In merito all'utilizzo delle droghe in carcere*, l'OEDT è dell'avviso che l'utilizzo delle droghe in carcere abbia fundamentalmente modificato la vita carceraria nel corso degli ultimi due decenni.

Ecco alcuni spunti presi da questo capitolo:

POLITOSSICOMANIA – SONO NECESSARIE MAGGIORI CAPACITÀ DI PERCEZIONE

La politossicomania consiste nell'utilizzo contemporaneo di una sostanza stupefacente, il cui uso è illegale, abbinata ad un'altra sostanza stupefacente il cui uso è illegale oppure ad una sostanza stupefacente il cui uso è legale, come l'alcool. Anche le bevande energetiche a volte rientrano nelle definizioni; in **Francia** persino il tabacco. Un tale comportamento massimizza gli effetti e gli equilibri, oppure controlla gli effetti negativi e sostituisce gli effetti ricercati in un momento successivo.

È qualcosa di rischioso. A titolo di esempio si consideri che mentre è difficile somministrare singolarmente elevate quantità di benzodipeninici, l'abbinamento di una dose elevata di tale sostanza e di parecchio alcool oppure di una sostanza oppiacee quale l'eroina od il metadone potrebbe essere fatale. Vi è inoltre una crescente preoccupazione in merito alla miscela potenziale di sostanze psicoattive presenti in pillole e vendute come ecstasy. Ciò potrebbe portare a rischi di malattia non previsti dovuti alla politossicomania.

La maggior parte dei decessi per droga è causata da iniezioni di eroina mischiata ad altre droghe. Si consideri che almeno un'altra droga oppure l'alcool causa più del 50% delle overdosi fatali nel **Regno Unito**, e fino al 90% in **Irlanda**.

La politossicomania aumenta il rischio di guida pericolosa, anche se nell'UE sono disponibili dei dati assai limitati sulla droga e sulla guida. Un comportamento violento od aggressivo è stato di recente associato ad un maggiore impiego dell'alcool abbinato a sostanze stimolanti.

./..

In alcuni paesi, si registra un incremento degli incidenti mortali dovuti alla politossicomania. I maggiori rischi per la salute si riscontrano tra i consumatori problematici di stupefacenti, in particolare presso coloro i quali si iniettano sostanze oppiacee ed altre droghe. I politossicmani che si sottopongono a delle cure sono principalmente di sesso maschile, con particolare riguardo a coloro i quali utilizzano eroina abbinata ad altre sostanze oppiacee, alla cocaina od all'alcool. La prevalenza della tossicomania è più elevata tra i giovani che frequentano discoteche piuttosto che tra giovani che frequentano altri ambienti. I due gruppi maggiormente esposti al rischio sono sia i tossicodipendenti in età avanzata sia i tossicodipendenti che fanno uso di droghe a scopo ricreativo.

La relazione conclude che è necessario comprendere meglio i rituali ed i controlli sociali utilizzati dai politossicmani per raggiungere gli effetti ricercati mentre, allo stesso tempo, si riducono il rischio nonché le problematiche di carattere clinico in questione.

È NECESSARIO AUMENTARE I TRATTAMENTI CORONATI DA SUCCESSO

Una finalità del piano d'azione dell'UE sulle droghe (2000-2004) è "aumentare in maniera sostanziale il numero dei tossicodipendenti curati con successo". A livello **comunitario** non sono tuttavia presenti dei dati aggregati che consentono di misurare direttamente questo problema, anche se nell'UE sono disponibili parecchie valutazioni in merito ai rimedi efficaci.

Le cure disintossicanti sono normalmente considerate il primo passo nella fase completa di cura, ma le ultime ad essere valutate. Il metadone è largamente utilizzato. Esiste anche una cura di disintossicazione, che non prevede l'uso di medicinali, nota come "tacchino freddo", il cui grado di efficacia non è conosciuto. Il metodo di disintossicazione rapida a narcosi totale con il Naltrexone concepito di recente, a volte denominato "cura disintossicante turbo", non è ancora stato analizzato in profondità, ma, a detta dell'agenzia, lo dovrebbe essere.

Anche se in linea di massima si è provveduto a valutare il metodo di valutazione rapida, è necessaria una conoscenza più approfondita dei pro e contro delle diverse modalità e del tipo di cura disintossicante appropriato per le diverse tipologie di paziente...

La terapia senza droga si avvale di tecniche di tipo fisico-sociale. Il suo primo obiettivo è generare l'astinenza e poi la libertà di lungo periodo dal desiderio della droga. In generale, tra il 30 ed il 50% di coloro che iniziano una terapia senza fare uso di sostanze stupefacenti la completano con successo. Questo metodo è stato valutato in Europa applicando diverse metodologie ed ha consentito di raggiungere un livello di conoscenze sostanziale. Si necessita comunque di ulteriori ricerche per rispondere ai recenti fenomeni associati alla droga.

Il risultato del **trattamento medicalmente assistito**, che comprende la sostituzione, può essere l'astinenza, ma può essere anche il mantenimento di un trattamento medico di lungo periodo. Il mantenimento al metadone è quello usato più di frequente. È stato largamente impiegato in Europa ed in linea di massima si è dimostrato efficace nella riduzione del consumo delle droghe illegali, del comportamento a rischio e del crimine. Gli interventi a base di metadone sono stati particolarmente efficaci, come quelli a base di buprenorfina. Malgrado questi "successi" apparenti, alcuni paesi non sono dell'avviso che né il metadone né la buprenorfina abbiano sufficientemente contribuito al miglioramento del livello di benessere generale dei tossicodipendenti di strada che versano in particolare stato d'indigenza ed hanno ricercato delle alternative, tra cui, ad esempio, delle prove con l'eroina.

Nel campo dei trattamenti coronati da successo, la relazione di oggi conclude che in anni recenti si è posta molta enfasi sullo sviluppo dei servizi terapeutici. In un senso ampio, questo obiettivo è stato raggiunto. La sfida ora è allargare il campo d'azione, affinare questa tipologia di interventi ed incrementare il loro successo.

.J..

LA DROGA HA MUTATO LA REALTÀ ALL'INTERNO DELLE CARCERI

La relazione riferisce che la presenza e l'utilizzo di sostanze stupefacenti hanno fondamentalmente modificato la realtà delle carceri nel corso degli ultimi due decenni. Tutti i paesi dell'UE devono affrontare delle notevoli difficoltà a causa della presenza all'interno delle carceri di sostanze stupefacenti e di malattie infettive ad esse associate. La popolazione carceraria è un gruppo ad elevato rischio per quanto riguarda l'utilizzo di sostanze stupefacenti. Rispetto alla collettività, i tossicodipendenti sono sovrarappresentati all'interno delle carceri. Il numero dei reclusi nell'UE che ha fatto uso di droghe illegali anche per una sola volta varia, a seconda della prigione e del paese, dal 29% all'86% ed è superiore al 50%, secondo la maggior parte degli studi.

Esattamente come fuori dal carcere, l'esperienza con la cannabis è quella più comune, anche se si riscontra un elevato livello di utilizzo di eroina, che, in alcuni casi, è utilizzata all'incirca dal 50% dei reclusi. I reclusi che utilizzano regolarmente delle droghe, consumano sostanze stupefacenti per via endovenosa (IDU), o comunque dipendono dalla droga, possono rappresentare fino al 69% della popolazione di un carcere.

La maggioranza dei tossicodipendenti cessa oppure limita l'uso di sostanze stupefacenti dopo la reclusione in quanto non è possibile procurarsi la droga. Altri detenuti continuano comunque a fare uso di sostanze stupefacenti – in alcuni casi in quantità ancora più elevate – ed alcuni potrebbero iniziare una volta che per loro si aprono le porte del carcere. Informazioni aggiornate in merito all'uso di sostanze stupefacenti in carcere sono disponibili saltuariamente; degli studi di carattere locale e minore importanza riferiscono comunque di livelli allarmanti. Si riferisce che fino al 54% dei reclusi fa uso di sostanze stupefacenti all'interno del carcere e che non meno del 36% ne fa un uso regolare. Fino al 26% dei tossicodipendenti reclusi riferisce di avere sperimentato per la prima volta delle sostanze stupefacenti in carcere, ed il 21% dei tossicodipendenti che fa uso di droghe per via endovenosa ha cominciato ad iniettarsi la droga in carcere, ove si riscontra anche un maggiore numero di comportamenti rischiosi, tra cui la condivisione di droghe e di materiale da iniezione, la presenza di tatuaggi e la prostituzione.

Anche se sono reclusi meno donne che uomini, le donne fanno un maggiore uso di sostanze stupefacenti. È molto più difficile potersi procurare delle sostanze stupefacenti il cui uso è illecito all'interno del carcere, che non all'esterno. Nonostante ciò, con il denaro è possibile avere tutto. Si ritiene che i prezzi all'interno del carcere siano da due a quattro volte superiori che all'esterno, il che, in termini di potere d'acquisto, rende le sostanze stupefacenti più costose di 10-20 volte. Il commercio di droga all'interno delle carceri è molto più angosciante che all'esterno, e conduce all'intimidazione, alla prepotenza ed alla criminalità.

La relazione evidenzia che l'offerta corrente dei servizi di cura dalla tossicodipendenza non corrisponde al fabbisogno potenziale espresso dal 50% o più dei tossicodipendenti che rientrano nella popolazione carceraria. L'obiettivo del raggiungimento di livelli di cura equivalenti sia nella collettività che all'interno delle strutture carcerarie deve essere raggiunto dalla maggior parte dei sistemi carcerari in Europa.

Anche se è disponibile del materiale informativo sulle droghe e sulle malattie infettive ad esse associate, nella maggior parte delle carceri dell'UE e della **Norvegia** sono rare le opportunità sistematiche e ripetute che consentono di affrontare direttamente le problematiche relative alla prevenzione e spesso dipendono dall'iniziativa di agenzie esterne o di singoli dipendenti della struttura carceraria. Di norma, le strutture mediche carcerarie oppure i reparti speciali offrono dei servizi di disintossicazione, anche se spesso mancano le linee guida sulla qualità.

Fatta eccezione per la **Grecia**, la **Svezia** e due *Land* della **Germania (Baviera e Baden-Württemberg)**, è possibile ricorrere alla terapia sostitutiva nelle carceri di tutti i paesi dell'UE e della **Norvegia**. Tuttavia, anche nei paesi in cui una notevole quantità di consumatori problematici di stupefacenti presenti nella comunità segue una terapia sostitutiva, le carceri spesso offrono una politica di disintossicazione.

La prevenzione della trasmissione di malattie infettive durante la prigionia è diventata una priorità per diversi sistemi carcerari dell'**Unione europea**. Tuttavia, diversi interventi chiave che si sono mostrati efficaci per la collettività non sono stati implementati, in quanto sono tendenziosi da un punto di vista politico, incontrano opposizione da parte del personale e sono ritenuti inadeguati in ambito carcerario.

Nota per le redazioni:

Quest'anno, l'OEDT offre un sito Internet speciale: *la relazione annuale per il 2002 online* disponibile sui siti Internet <http://annualreport.emcdda.eu.int> oppure <http://emcdda.kpnqwest.pt>. Il sito contiene i file in formato PDF della relazione nonché questo ed altri comunicati stampa redatti in 12 lingue (11 lingue ufficiali dell'UE + norvegese).

Referente: Joëlle Vanderauwera, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze - OEDT
(OEDT), Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, PT-1149-045 Lisbona, Portogallo. Tel: ++ 351 21 811 3000 •
Relazioni annuali 2002 on-line: <http://annualreport.emcdda.eu.int> oppure <http://emcdda.kpnqwest.pt>