



OSSERVATORIO
NAZIONALE
ALCOL CNESPS

PROBLEMI DI ALCOL

nel sistema giudiziario penale: un'opportunità di intervento

WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION
ON ALCOHOL AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



**Problemi di alcol
nel sistema giudiziario penale:
un'opportunità di intervento**

Sommario

Esiste un collegamento tra alcol e criminalità, in particolare per i reati violenti. Molti detenuti si trovano in prigione per crimini collegati all'alcol. L'alcol non è consentito nelle carceri tranne rare eccezioni, e l'uso illecito di alcol in carcere non è un problema rilevante. La reclusione, tuttavia, dà l'opportunità ai detenuti che hanno problemi con l'alcol di affrontarli; questo ha ricadute positive sulle loro famiglie e sui loro amici e porta ad una riduzione del rischio di reiterazione del reato, dei costi per la società e delle disuguaglianze sanitarie.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title “Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention”.

Publicata in inglese dal WHO Regional Office for Europe nel 2012 con il titolo “Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention”.

© World Health Organization 2012

The translators of this publication are responsible for the accuracy of the translation.

I curatori della traduzione di questa pubblicazione sono responsabili dell'accuratezza della traduzione.

© WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol CNESPS ISS, 2016

La versione italiana della presente pubblicazione dal titolo “Problemi di alcol nel sistema giudiziario penale: un'opportunità di intervento” è stata curata da Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo e Sonia Martire del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems e dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Roma, aprile 2016

Indice

Ringraziamenti	i
Premessa	ii
Sintesi	iii
Un modello integrato di assistenza per affrontare i problemi dell'alcol tra i detenuti	1
Equivalenza di cura	1
Livello di screening e valutazione	1
Accessibilità ai servizi	1
Obiettivi di consumo	1
Obiettivi di trattamento	2
Ulteriori esigenze	2
Bisogni differenziali della popolazione	2
Coinvolgimento degli utenti del servizio	2
Coinvolgimento della famiglia / cura	2
Prevenzione delle ricadute	2
Intervento breve	2
Costruire un modello di cura	3
Problemi e sfide per l'implementazione	3
Il regime carcerario	3
Risorse	5
Tempi della valutazione	5
Disponibilità ad ammettere il problema e cercare aiuto	5
Inclusione dei punti di vista degli utenti	5
Rispondere ai bisogni individuali	5
Throughcare	5
Una rapida panoramica dei problemi di alcol nel sistema giudiziario penale	6
Metodi	6
Il problema	6
Alcol e criminalità	7
Problemi di alcol nella popolazione carceraria	9
Rilevamento, identificazione e screening	9
L'AUDIT	10
Interventi efficaci per i problemi dell'alcol	11
Interventi comportamentali psicosociali	11
Bibliografia	14
L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) del WHO	17

Ringraziamenti

L'Ufficio Regionale per l'Europa è grato agli autori di questa pubblicazione: Dr. Lesley Graham, *Associated Specialist*, Dipartimento di Sanità pubblica, Divisione Servizi di Informazione, NHS National Services Scotland, Regno Unito; Dr Tessa Parkes, Senior Lecturer, Facoltà di Scienze infermieristiche e ostetriche e della Salute, Università di Stirling, Regno Unito; Andrew McAuley, *Public Health Adviser*, NHS Health Scotland, Regno Unito; e il Dr. Lawrence Doi, *Research Fellow*, Facoltà di Scienze infermieristiche e ostetriche e della Salute, Università di Stirling, Regno Unito.

Il documento è stato sottoposto a revisione dal dottor Peter Rice, consulente psichiatra specializzato in problemi di alcol, e dal dottor Andrew Fraser, Direttore della Sanità e dell'Assistenza presso il Servizio penitenziario scozzese, Regno Unito.

Un ringraziamento particolare va alla Sig.ra Alicia D'Amore, stagista presso l'Ufficio Regionale, e a Julie Brummer, consulente WHO, per il lavoro da loro svolto durante il processo di editing.

La redazione tecnica è stata fornita dal Dottor Lars Møller, *Programme Manager*, Alcol e droghe illegali, Ufficio Regionale Europeo del WHO e dal Signor Stefan Enggist, *Technical Officer*, Ufficio Regionale Europeo del WHO.

Premessa

Dal 1995, l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa ha adottato un programma speciale sulla salute in carcere con l'obiettivo di integrare questo tema nell'agenda generale della sanità pubblica. L'abuso di sostanze è uno dei problemi principali tra i detenuti e spesso in carcere si usano droghe illegali. Il consumo di alcol, tuttavia, è un problema minore, anche se esiste un forte legame tra alcol e criminalità, in particolare per quanto riguarda i reati violenti. L'alcol non passa facilmente attraverso i muri delle carceri, ma studi dimostrano che il 18-30% degli uomini e il 10-24% delle donne di consumano alcol o ne hanno una dipendenza da prima di entrare in prigione.

La maggior parte degli istituti penitenziari affrontano la questione del consumo e della dipendenza da droghe illecite, in misura minore quella del consumo di alcol. Il contesto carcerario costituisce l'occasione per individuare, intervenire o inviare al trattamento i detenuti che hanno problemi di alcol e che spesso i servizi sanitari comunitari hanno difficoltà a raggiungere. I detenuti sono prevalentemente giovani maschi e molti hanno un problema di consumo episodico eccessivo (binge drinking). E' stato dimostrato che i bevitori "binge" sono quelli che hanno maggiori probabilità di commettere crimini.

I detenuti spesso provengono da aree svantaggiate e da storie in cui la mortalità da alcol può essere elevata. Affrontando il consumo e la dipendenza da alcol in carcere si ha la possibilità di ridurre i problemi di alcol dei detenuti, il che a sua volta può avere effetti positivi sulle loro famiglie e amici. Può anche ridurre il rischio di reiterazione del reato e dei costi per la società e affrontare le disuguaglianze sanitarie.

Questa pubblicazione si basa su una analisi della letteratura. Fornisce informazioni sulle diverse iniziative che le autorità carcerarie possono intraprendere per concentrarsi maggiormente sui detenuti con problemi di alcol e quindi impedire loro di commettere altri reati dopo il rilascio. E' stata pensata e progettata principalmente per il personale del carcere, i decisori politici che lavorano con i detenuti, e quei membri della comunità che aiutano i detenuti a reintegrarsi nella società dopo il loro rilascio.

Dr. Gauden Galea
Direttore, Divisione delle malattie non trasmissibili e Promozione della Salute
Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa.

Sintesi

I problemi di alcol si rilevano meglio attraverso l'utilizzo di uno strumento di screening convalidato. Vi è, tuttavia, limitata evidenza di efficacia degli strumenti di screening nella popolazione carceraria, e i problemi di alcol sono spesso riconducibili ad un più ampio consumo di sostanze e ad eterogeneità tra gli studi. Tuttavia, l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) dell'OMS è lo strumento di screening per l'alcol che sembra essere l'opzione più promettente in contesti simili, dato il suo crescente utilizzo nei contesti di giustizia penale, sia per la ricerca che per la pratica, e la sua capacità di distinguere tra i diversi modelli di comportamento del consumo di alcol .

Limitata è anche la base di conoscenze degli interventi efficaci sull'alcol tra i detenuti. Essa contiene anche dati di consumo di altre sostanze, e problemi di eterogeneità tra studi diversi, di scarsa qualità. Recentemente ricerche di maggior qualità sono state pubblicate, in particolare in materia di donne detenute e giovani delinquenti. Nel complesso, ad oggi, l'evidenza maggiore per l'alcol è quella degli interventi brevi e dei colloqui motivazionali, anche se la variabilità della durata e del contenuto di tali interventi nei vari studi rende difficile formulare raccomandazioni specifiche di attuazione. L'intervento breve è, in essenza, un breve intervento opportunistico, con elementi motivazionali, svolto in maniera empatica da personale opportunamente formato: ciò fa degli interventi brevi la scelta più opportuna per i detenuti che possono non avere il tempo per accedere ad altri servizi sull'alcol in prigione, a causa sia della breve durata di detenzione che della natura dei loro problemi. Recenti ricerche sugli interventi brevi in altri contesti di giustizia penale (come ad esempio quello della libertà vigilata) hanno dimostrato una riduzione del consumo di alcol e di reiterazione del reato: tali risultati sebbene non possano essere generalizzati per tutta la popolazione carceraria, fanno ritenere che gli interventi brevi siano promettenti in questo contesto.

L'analisi dell'evidenza ha mostrato la necessità di studi più robusti per tutta la gamma dei possibili interventi sui problemi di alcol nei detenuti. Ci sono notevoli lacune nella ricerca in materia di prevenzione delle ricadute, di approcci coordinati integrati per il reinserimento dei detenuti dal carcere alla comunità e la riduzione del rischio di reiterazione dei reati (*Throughcare*) di studi di costo-efficacia. Sarebbe anche importante per la ricerca affrontare i problemi associati, quali ad esempio i reati violenti, i problemi di salute mentale o di consumo di droga. In questo settore, il coordinamento e la cooperazione per la ricerca futura a livello europeo sarebbero utili e graditi.

Prendendo ampiamente spunto dal lavoro svolto nel Regno Unito, in particolare in Scozia, si descrive un modello integrato di cura per i problemi di alcol dei detenuti e gli elementi di buona pratica (best practice). Il modello si basa sul principio che l'assistenza sanitaria nelle carceri dovrebbe essere equivalente a quella fornita a livello di comunità, e propone tre livelli di valutazione. In primo luogo, lo screening (con l'AUDIT) seguito da un *triage* che aiuta a indirizzare gli individui al livello più appropriato di intervento. Il *triage* deve determinare la presenza di altri problemi e rischi sociali e di salute concomitanti e può anche dare priorità a coloro che hanno più bisogno di intervento in un contesto di forte domanda. Ai soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol (punteggi AUDIT di 8-19) sarà generalmente offerto uno o più interventi di Livello 1 e 2, a seconda dei casi. Questi potrebbero includere interventi brevi e colloqui motivazionali; quelli con un punteggio AUDIT superiore a 20 per i quali è maggiore la probabilità di una dipendenza da alcol in atto, dovrebbero

essere sottoposti ad una valutazione specialistica globale. A questi soggetti possono quindi essere offerti interventi più estesi di Livello 3 o 4, quali ad esempio le terapie psicologiche.

Il terzo livello quindi, quello della valutazione specialistica individuale del problema alcol-correlato, deve tener conto della natura del problema, discutendo con la persona gli obiettivi di trattamento identificandone i propri bisogni sanitari e sociali. È altrettanto importante garantire che vi sia continuità di trattamento nella comunità per coloro che hanno iniziato il trattamento in carcere, o l'invio ai servizi comunitari per coloro per i quali si è identificato un problema, ma per i quali non ci sono vincoli (ad esempio la durata della carcerazione) per la fornitura di interventi.

Ci sono degli aspetti da considerare quando si realizza un modello integrato di cura. Il modello presentato in questa pubblicazione è stato progettato sulla base della ricerca scozzese e si basa su un modello comunitario di assistenza del Regno Unito. Ci possono essere, pertanto, problemi di traducibilità da affrontare se si considera la sua applicazione in altri contesti culturali. Sono necessarie risorse adeguate (quali il personale, sia sulla fornitura dell'intervento che per l'accessibilità agli interventi stessi) in un momento di diffuse limitazioni finanziarie.

In generale, le risorse per i servizi sull'alcol sia nelle carceri che nella comunità sono sempre state poche, nonostante l'evidenza schiacciante della loro efficacia. Si tratta di uno dei settori raccomandati di politiche alcolologiche efficaci presenti nel piano d'azione europeo dell'OMS per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020¹. Il regime carcerario in sé può essere sia un aiuto che un ostacolo. La politica (generale) del "no alcol" in carcere impone l'astinenza. Ciò è tuttavia artificiale e non consente ai detenuti, ad esempio, di mettere in pratica le acquisite conoscenze riguardo al consumo a basso rischio e le loro abilità di fronteggiare e prevenire le ricadute. Inoltre, la produzione di alcol illegale può essere dannosa per la salute e provocare disordini e agitazioni. Se alcuni detenuti possono non essere disposti ad ammettere di avere un problema con l'alcol, altri invece possono considerare questa una buona occasione per farlo.

In conclusione, nonostante ad oggi la base dell'evidenza degli interventi efficaci sia limitata, l'elevata prevalenza dei problemi di alcol nella popolazione carceraria è di per sé un'opportunità che ha il potenziale di fornire una vasta gamma di risultati positivi per affrontare le problematiche alcol-correlate nei detenuti.

¹ *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcoholuse/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, accessibile dal 10 dicembre 2012)

Un modello integrato di assistenza per affrontare i problemi dell'alcol tra i detenuti

Questo modello è stato tratto da *Prison health needs assessment for alcohol problems* (1), che a sua volta ha preso spunto da *Models of care for alcohol misusers* (MOCAM) (2).

Equivalenza di cura

Un principio generale della salute carceraria è quello che afferma che l'assistenza sanitaria in carcere deve essere equivalente a quella erogata a livello di comunità (3).

Livello di screening e valutazione

Si dovrebbero utilizzare tre livelli di valutazione, come qui di seguito specificati.

Screening

Si dovrebbe effettuare una breve valutazione per determinare se una persona ha problemi di alcol, utilizzando preferibilmente uno strumento di screening convalidato. Alcuni strumenti di screening (quali ad esempio l' AUDIT) sono in grado di indicare il tipo di intervento che può essere più appropriato: ad esempio, un punteggio AUDIT di 8-19 può indicare coloro che potrebbe trarre un maggior beneficio da un intervento breve (4).

Triage

Il passo successivo è una valutazione più completa delle problematiche alcol-correlate del soggetto con l'obiettivo di determinarne la gravità e l'urgenza, inclusi i fattori di rischio e il tipo di intervento più adeguato. Esso può anche indicare la motivazione della persona ad intraprendere il trattamento. Il modello degli stadi di cambiamento propone, nel cambiamento comportamentale di un soggetto, il passaggio attraverso quattro fasi principali: una fase di pre-contemplazione (comprese le ricadute), una fase di contemplazione (compresa la fase di determinazione), una fase di azione e una di mantenimento (5). Partendo dal modello degli stadi del cambiamento, sono state sviluppate due versioni del questionario che valutano la disponibilità al cambiamento: esse possono aiutare ad individuare lo stadio del cambiamento degli utenti dei servizi e sono entrambe ampiamente utilizzate (6).

Valutazione specialistica globale

La valutazione generale dei rischi

Si rivolge a coloro che hanno esigenze più complesse e che possono aver bisogno di interventi di trattamento strutturati per l'alcol. Questo processo determina l'esatta natura della problematica alcol-correlata, problemi dovuti al consumo di sostanze, co-esistenti problemi di salute mentale e fisica, il funzionamento sociale, illeciti e problemi legali. Potrebbe essere necessaria una valutazione globale da parte di un gruppo multi multidisciplinare; ciò dovrebbe essere considerato un processo continuo piuttosto che un singolo evento.

Accessibilità ai servizi

Se lo screening al momento dell'ammissione non fa parte della pratica di routine nelle carceri, l'invio ai servizi alcolologici si basa spesso su un modello di auto-segnalazione. I detenuti possono non voler essere indirizzati al momento della loro ammissione, ma possono richiederlo in un secondo momento. Il periodo precedente al rilascio è spesso un periodo di ansie. I percorsi di invio ai servizi devono essere chiari sia al personale che ai detenuti e devono tenere conto di problemi di alfabetizzazione tra i detenuti.

Obiettivi di consumo

L'accettazione delle preferenze di un individuo per quanto riguarda il suo obiettivo di consumo (astinenza o il consumo a basso rischio) di solito porta ad un risultato di maggior successo. Raistrick e collaboratori (6) suggeriscono che l'obiettivo del consumo a basso rischio dovrebbe essere riservato agli utenti del servizio che hanno problemi meno gravi, ad esempio quelli identificati come dannosi

soggetti con un consumo rischioso e dannoso di alcol. Uno dei vantaggi dell'informare sul consumo a basso rischio è l'attrattiva che ciò può esercitare su coloro che sono scoraggiati da un obiettivo di astinenza. In generale, a meno che il consumo a basso rischio non sia controindicato per motivi di salute legati alla dipendenza da alcol o per circostanze quali la gravidanza, si dovrebbe negoziare con ciascun individuo gli obiettivi di consumo, obiettivi che possono cambiare durante il trattamento.

Obiettivi di trattamento

Quando si pianifica e si valuta un trattamento, si dovrebbero collegare gli interventi sull'alcol agli altri settori della vita di un soggetto e alle sue abitudini di consumo. Ad esempio, il piano di trattamento dovrebbe includere considerare la salute fisica, le ambizioni professionali, le reti sociali e le amicizie, gli stili di vita, il comportamento illegale.

Ulteriori esigenze

Coloro che hanno problemi che alcol-correlate possono avere altre esigenze complesse quali ad esempio rispetto a problematiche di consumo di droga e di salute mentale. Tali comorbidità sono comuni nella popolazione carceraria. Molti di coloro che hanno problemi di alcol hanno commesso reati legati ad atti di violenza e, di conseguenza, si dovrebbero considerare interventi che affrontino sia la questione dell'alcol che la violenza.

Bisogni differenziali della popolazione

Nell'ambito della popolazione carceraria vi sono sottogruppi di popolazione con caratteristiche diverse. Queste differenze possono riguardare fattori quali età, sesso, etnia o credo religioso. Ad esempio, le donne spesso hanno esigenze diverse e complesse per le quali si dovrebbero pensare servizi su misura (7).

Coinvolgimento degli utenti del servizio

Gli utenti del servizio devono essere coinvolti nella scelta del trattamento o intervento che ricevono per una serie di motivi, tra cui il miglioramento delle prospettive di risultati positivi.

Coinvolgimento della famiglia / cura

Il coinvolgimento di familiari ed amici intimi di persone con problemi che alcol-correlate negli interventi e cure ha esiti più favorevoli. Invece di focalizzarsi soltanto sull'individuo, è necessario considerare il suo ambiente sociale (comprese le reti sociali e le famiglie) come parte integrante degli obiettivi del trattamento. Questo si ricollega al prestare maggiore attenzione ad una più ampia serie di risultati positivi che vengono dal trattamento. Il recupero naturale è il termine usato per descrivere il recupero che non dipende da un trattamento formale e che è spesso mediato attraverso gruppi di mutuo auto-aiuto e di supporto, attraverso la famiglia e le amicizie. Sebbene questi siano stati considerati come aspetti importanti del trattamento, nel contesto carcerario il potenziale di inclusione di questi approcci può essere limitato o irrealizzabile.

Prevenzione delle ricadute

La prevenzione delle ricadute di solito si riferisce al lavoro dopo la disintossicazione o il trattamento, al fine di prevenire una ricaduta nel consumo dannoso di alcol. È un obiettivo di trattamento piuttosto che una modalità. Gli approcci per la prevenzione della ricaduta sottolineano la capacità di riconoscere i fattori di rischio, di sviluppare abilità per fronteggiare determinate situazioni e gestirsi autonomamente, di auto-efficacia. Essi aumentano il funzionamento psicosociale e aiutano a raggiungere gli obiettivi. Questi approcci sono compatibili con altri interventi, quali il trattamento farmacologico e i programmi di sostegno. I principi della prevenzione delle ricadute dovrebbero essere inseriti in tutti i trattamenti specialistici per le problematiche alcol-correlate nei vari contesti.

Intervento breve

L'OMS ha sviluppato il test Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) come semplice metodo di screening per il consumo rischioso e dannoso di alcol e come supporto agli interventi brevi (8) (allegato 1). Esso può aiutare ad identificare il consumo rischioso e dannoso di alcol come causa della malattia in atto. Fornisce inoltre un quadro di intervento per aiutare i soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol a ridurre o cessare il consumo di alcol.

Costruire un modello di cura

Un modello integrato di cura è una mappa dinamica di come una serie di interventi efficaci sull'alcol possano essere organizzati e forniti con la giusta tempistica alle persone identificate come aventi problemi di alcol in base alle loro esigenze. La tabella 1 riassume l'intera gamma di interventi basati sull'evidenza in livelli di intensità crescente.

Tabella 1. Modello di cura per alcolisti soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol e alcolodipendenti: livelli di intervento

Livelli	Interventi
1	Informazioni ed avvertenze sull'alcol "advice"; screening; intervento breve; invio
2	Interventi specifici programmati sull'alcol di libero accesso, non pianificati come cura
3	Trattamento sull'alcol, su base comunitaria, strutturato e pianificato come cura
4	Trattamento ospedaliero specialistico sull'alcol e riabilitazione in regime ospedaliero

Fonte: tratto da Models of care for alcohol misusers (MoCAM) (2).

Una volta identificate le esigenze di ciascun individuo (anche attraverso l'utilizzo di uno strumento di screening validato), l'intervento appropriato può essere fornito in un approccio di cura per gradi partendo da un livello d'intervento di bassa intensità che può essere intensificato se necessario. Un tale modello di assistenza è stato sviluppato in linea con le categorie dei problemi alcol-correlati definiti dall'OMS, ovvero consumo rischioso e dannoso di alcol e alcolodipendenza (2). Questo modello descrive la qualità delle cure, la competenza degli operatori e la capacità dei servizi da considerare nello sviluppo di un modello di cura. Una volta progettato, un modello di cura deve essere reso dinamico, e garantire l'integrazione ottimale non solo con gli altri servizi ed interventi all'interno del contesto carcerario (quali i servizi di salute mentale), ma anche con i servizi comunitari, in modo da garantire la continuità del trattamento dopo il rilascio (per esempio, "throughcare"). Questo modello può essere integrato attraverso lo sviluppo di un percorso di cura per l'alcol, un modello concordato a livello locale che delinei cosa dovrebbe accadere nelle varie fasi di trattamento di un individuo. La figura 1 mostra un percorso di cura per l'alcol integrato di alto livello prodotto per i detenuti in Scozia (1).

Problemi e sfide per l'implementazione

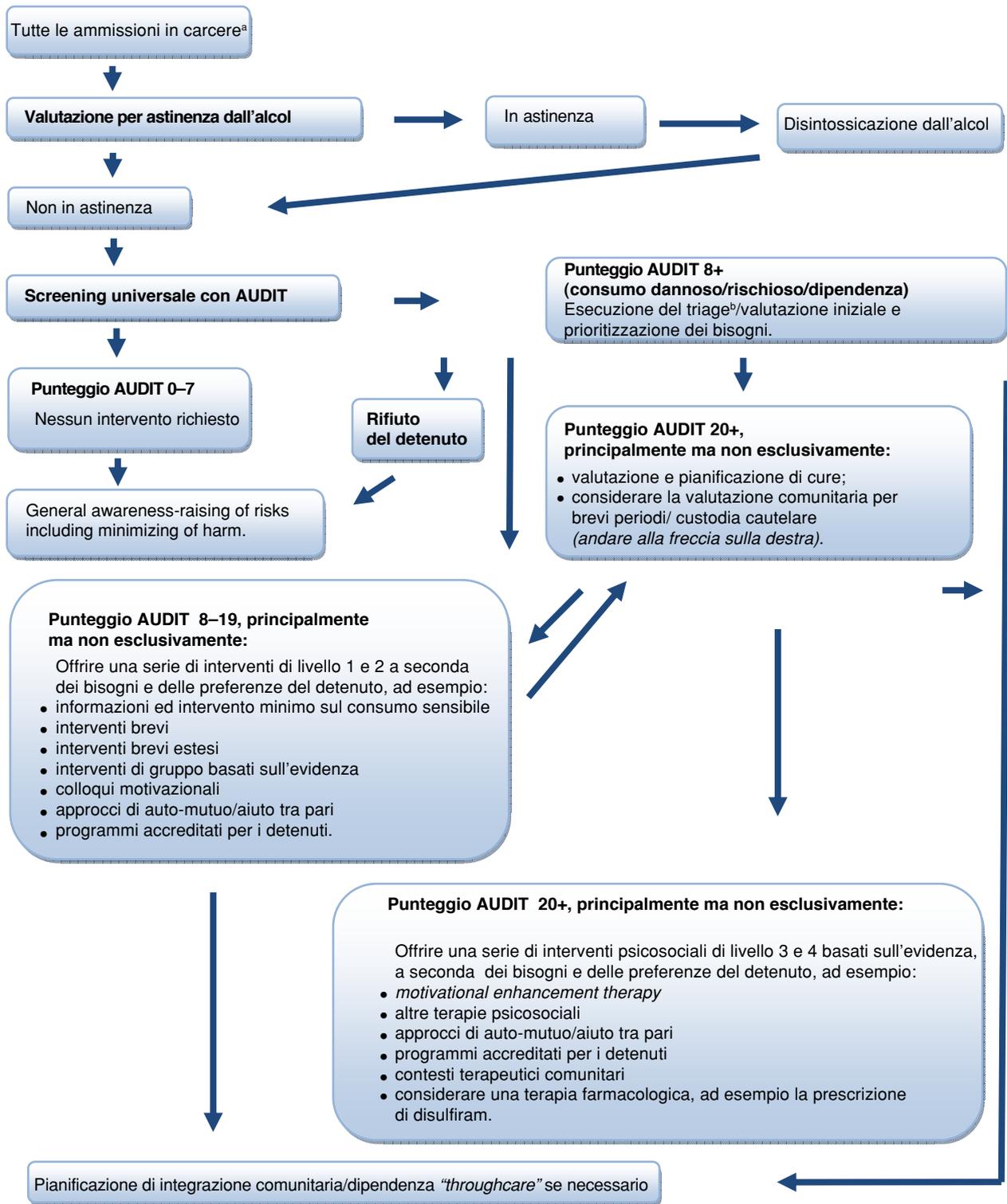
L'implementazione di un modello integrato di cura per le problematiche alcol-correlate dei detenuti dovrà tener conto di alcuni aspetti fondamentali.

Il regime carcerario

L'assistenza sanitaria nelle carceri deve avvenire nel contesto del regime carcerario in cui la detenzione e l'ordine sono di importanza cruciale. Le prigioni sono spesso luoghi affollati e sovraffollati, e i detenuti si spostano tra il carcere e la comunità (e viceversa), e anche tra prigioni diverse. Questa "movimentazione" rende l'accesso alle cure e la loro continuità ancora più impegnativi. Il consumo di alcol è vietato nella maggior parte, se non in tutte le carceri, anche se la produzione illecita può avere luogo ed ha luogo, e questo può non solo provocare disordini e disagi, ma anche essere pericoloso per la salute.

L'assenza di alcol nelle carceri può presentare sia aspetti positivi, quali ad esempio la sobrietà forzata e l'assenza di spunti per il consumo, che negativi poiché gli interventi brevi, la prevenzione delle ricadute e altre misure non possono essere messe in pratica in modo efficace.

Figura 1. Percorso integrato di cura sull'alcol per i detenuti



Nota: Il percorso è suggerito dal punteggio AUDIT ma è necessaria una valutazione per tener conto di altri aspetti, quali ad esempio la co-morbilità.

a In qualsiasi momento della permanenza di un detenuto, se questi/altri pensano che abbia un problema con l'alcol, può entrare nel processo dall'inizio.

b Il triage è una parte fondamentale del processo decisionale e include il determinare se il detenuto ha o meno altri problemi sociali e di salute, e la prioritizzazione di quelli che maggiormente necessitano di intervento in un contesto di forte domanda.

Fonte: Parkes et al. (1)

Risorse

Negli ultimi anni, i problemi di alcol nelle carceri, e nella comunità, sono stati in secondo piano rispetto a quelli legati al consumo di droghe. Essi sono stati considerati una priorità minore e hanno ricevuto meno risorse, e questo ha portato a una serie considerevole di bisogni non soddisfatti in alcune popolazioni generali (9). Sempre più spesso tuttavia, in Europa vi è stato un focus sulla entità dei problemi di alcol e sulle politiche di contrasto, sia a livello internazionale (10) che nazionale (11). Sia i detenuti che il personale carcerario riconoscono che i servizi per l'alcol nelle carceri non hanno ricevuto risorse (1). Una valutazione dei bisogni dei problemi legati al consumo di alcol nelle carceri è un primo passo per identificare la natura e l'entità dei problemi e le risorse necessarie per farvi fronte. L'evidenza ottenuta da tale lavoro può essere anche un potente strumento di discussione, in caso siano necessarie maggiori risorse.

Tempi della valutazione

La cosa migliore sarebbe la rilevazione dei problemi legati al consumo di alcol attraverso uno strumento di screening validato al momento dell'ammissione in carcere, in particolare perché alcuni detenuti (quelli in attesa di giudizio) possono essere rimessi in libertà direttamente dal tribunale con un preavviso minimo o senza preavviso. Tuttavia, trattandosi per un certo grado di auto-segnalazioni di consumo, la reale prevalenza di problemi legati al consumo di alcol può essere sottostimata (12).

Disponibilità ad ammettere il problema e a cercare aiuto

Alcuni detenuti potrebbero non essere disposti ad ammettere di avere un problema legato al consumo di alcol o potrebbero non volerlo affrontare (1). Altri, invece, possono riconoscere di avere un problema con l'alcol e desiderare di cogliere l'occasione per affrontarlo. Quasi la metà (48%) dei detenuti scozzesi ha detto che se venisse loro offerto un aiuto in prigione per il loro problema con l'alcol, lo accetterebbero (13). La fornitura di un buon livello di servizio ha buone probabilità di creare aspettative tra il personale e i detenuti e di motivarli a cercare aiuto.

Inclusione dei punti di vista degli utenti

È buona norma chiedere il parere degli utenti di un servizio, sia a livello del singolo (per quanto riguarda la sua cura personale) che a livello più generale. Uno studio tramite focus group con detenuti scozzesi ha evidenziato che, per la fornitura di interventi sull'alcol, i detenuti preferivano un maggiore coinvolgimento di personale esterno, quali ad esempio il personale "raggiungibile" della comunità e fatto soggetti che hanno avuto esperienza con problemi di alcol. Essi desideravano anche avere ex detenuti coinvolti nella fornitura delle cure (1).

Rispondere ai bisogni individuali

È importante identificare le esigenze alcol-correlate di ciascuno e adattare di conseguenza la fornitura di interventi alcolologici adeguati. È anche importante tenere in considerazione le altre esigenze degli individui, quali ad esempio i problemi di salute mentale, do consumo di droghe, l'alfabetizzazione o le esigenze abitative. L'invio ad altri servizi specifici è una caratteristica importante di un modello integrato di cura olistico, centrato sulla persona.

Throughcare

Il *Throughcare* può essere descritto come un approccio coordinato e integrato per la fornitura di una gamma di servizi per rispondere alle esigenze rispetto ai problemi con l'alcol nella popolazione carceraria, dal momento della sentenza o della custodia cautelare, per tutto il periodo di detenzione e dopo il rilascio. Una caratteristica essenziale è il lavoro in partenariato tra i servizi sia delle prigioni che della comunità.

Una rapida panoramica dei problemi di alcol nel sistema giudiziario penale

Metodi

La revisione precedentemente condotta è stata aggiornata ai fini della stesura del presente rapporto (1).

Sono stati inclusi solo gli studi e le revisioni in lingua inglese svolti o aggiornati tra il gennaio 1995 e l'agosto 2009 per la revisione originale, e tra il settembre 2009 e il febbraio 2012 per la rassegna aggiornata. Gli studi o le valutazioni pubblicati prima del 1995 potrebbero non riflettere gli attuali approcci di identificazione o di trattamento dei problemi alcol-correlati. Oltre alle ricerche di database specifici, sono state intraprese alcune ricerche su internet per identificare le politiche, le valutazioni o le recensioni che contribuiscono alla base di conoscenze. In entrambe le rassegne sono stati inclusi studi di screening che valutavano l'attendibilità e la validità di uno o più strumenti di screening sull'alcol da usare nella popolazione carceraria. Gli studi di valutazione inclusi sono quelli che valutavano quanto segue:

- *popolazione*: i criminali nei contesti carcerari (compresi le detenzioni brevi e i criminali giovani) e quelli in custodia preventiva;
- *interventi*: interventi per coloro per i quali sono stati individuati problemi di alcol;
- *progetti di studio*: studi di efficacia (trial controllati randomizzati, studi clinici controllati, serie temporali interrotte, prima e dopo gli studi), altri tipi di valutazione che includono i dati riguardanti l'efficacia, e gli studi qualitativi focalizzati sulle barriere o i facilitatori per i trattamenti in questo gruppo;
- *risultati*: riduzione del consumo di alcol, astinenza, riduzione delle ricadute o altri risultati definiti nei singoli studi, quali ad esempio la qualità della vita.

Risultati dello screening

Nella rassegna originale sono stati identificati e inclusi 11 articoli e altri 2 provenienti da altre ricerche; nell'aggiornamento della rassegna è stato identificato un documento che non era stato possibile recuperarlo in tempo per includerlo, identificato dopo l'avvio della ricerca, nel maggio 2012 e quindi incluso (14). In totale, per questo rapporto sono stati quindi utilizzati 14 screening studi di screening.

Risultati degli interventi

Nella rassegna originale sono stati identificati e inclusi 29 articoli; per l'aggiornamento della rassegna ne sono stati identificati e inclusi altri 11 per un totale di 40 studi di interventi.

Il problema

L'alcol è una sostanza psicoattiva, tossica e che potenzialmente genera dipendenza (15). È un fattore causale in oltre 60 tipi di malattie e di infortuni e nel 2004 rappresentava il 6,4% di tutti i decessi nella Regione europea (16). Sia il volume del consumo di alcol nell'arco della vita che una combinazione della frequenza del consumo e della quantità bevuta in ogni singola occasione aumentano il rischio di una vasta gamma di danni sociali e sanitari, in gran parte in modo dose-dipendente (17). Alcune conseguenze, ad esempio l'intossicazione o gli infortuni, sono acute, mentre altre, le epatopatie e alcuni tumori, sono il risultato di un consumo a più lungo termine. Il consumo di alcol può

causare danni a terzi, oltre che danni al bevitore (11). I danni alcol-correlati possono anche contribuire alle disuguaglianze sanitarie e colpire in maniera sproporzionata coloro che fanno parte di gruppi più svantaggiati (18). Ad esempio, nel 2009, gli abitanti delle aree più svantaggiate della Scozia avevano una probabilità sei volte maggiore di morire per una causa alcol-correlata rispetto agli abitanti di aree meno svantaggiate (19).

Nella maggior parte dei paesi europei, il consumo di alcol è comune tra la popolazione adulta (dai 15 anni in su), e l'80-95% della popolazione adulta beve almeno occasionalmente (10). La Regione Europea dell'OMS è la regione con il più alto consumo al mondo, con un consumo pro-capite per gli adulti nell'Unione europea (UE) che è più del doppio della quantità consumata a livello mondiale. Nel 2009, nella UE (più Norvegia e Svizzera) il consumo medio pro-capite per gli adulti è stato di 12,5 litri di alcol puro l'anno, che corrisponde a più di due bicchieri standard di 12 g di alcol puro al giorno (20). Anche se il consumo pro-capite di alcol nell'UE per gli adulti è rimasto relativamente costante negli ultimi dieci anni, si è assistito ad un cambiamento dei trend di consumo regionali (20). Più in particolare, nell'Europa meridionale e occidentale, il consumo medio per adulto è in calo (Francia e Italia), mentre nell'Europa orientale, nei paesi nordici e nel Regno Unito è in aumento (10, 20).

Il consumo medio per adulto è legato al numero di bevitori pesanti "heavy drinker" ed ai consumatori con danni alcol-correlati (15). I trend nei paesi europei hanno seguito il modello riconosciuto in base al quale i cambiamenti nei livelli di danni alcol-correlati in un paese sono collegati al consumo pro-capite nella popolazione adulta (21). La Regione Europea ha la più alta percentuale di tutte le regioni dell'OMS per quanto riguarda il totale delle malattie e morti premature dovute all'alcol. Nel 2004, nella Regione Europea, la prevalenza annua dei disturbi dovuti al consumo di alcol è stata di 1 su 20 (5,5%), con una percentuale più elevata negli uomini (9,1%) (16). Il consumo di alcol e i modelli di consumo hanno conseguenze per la salute e la società in generale. Nel 2004, l'11,8% di tutti i decessi tra gli uomini e donne di età compresa tra i 15 e i 64 anni sono stati dovuti a cause legate all'alcol (20). Inoltre, il consumo di alcol è stato responsabile nell'UE (più Norvegia e Svizzera) di più di quattro milioni di anni di aspettativa di vita persi corretti per disabilità (DALYS - corrispondenti al numero di anni persi a causa o di una mortalità prematura o di una disabilità), con il 15% di tutti i DALY per gli uomini e il 4% per le donne. Il carico economico dei danni alcol-correlati è considerevole. Nel 2003, i costi tangibili per l'Unione europea sono stati stimati in € 125 miliardi, e quelli intangibili in ulteriori € 270 miliardi (22).

Alcol e criminalità

In tutti i paesi Europei è evidente l'esistenza di un forte legame tra l'alcol e la criminalità, in particolare per i crimini violenti. I crimini associati all'alcol sono sia comuni che costosi: nel 2003, si è stimato che in Europa questi crimini siano costati € 33 miliardi (22). I crimini associati all'alcol sono collegati ad una vasta gamma di reati sociali, compreso il comportamento antisociale che causa disordini sociali, gli atti di vandalismo, la guida in stato di ebbrezza, le rapine, i reati sessuali, le aggressioni e gli omicidi. Il consumo di alcol porta ad un aumento del rischio per l'individuo di essere sia il perpetratore che la vittima di un crimine violento (23).

La tabella 2 fornisce una panoramica di tutti i reati connessi al consumo di alcol e della criminalità violenta alcol-correlata nei Paesi europei selezionati. Poiché non esiste una definizione standard di crimine associato all'alcol, si deve usare cautela nei raffronti tra i diversi paesi.

Gli studi condotti nei singoli paesi illustrano ulteriormente il rapporto tra alcol e criminalità. Ad esempio, nel Regno Unito (Scozia), tra il 2010 e il 2011, l'alcol è stato un fattore riconducibile in

più dei due terzi degli omicidi (69%), in cui era noto lo stato di consumo dell'imputato (23). Secondo lo *Scottish Emergency Department Alcohol Audit* (25), circa il 70% delle aggressioni subite dalle persone che si presentavano ai reparti di emergenza e pronto soccorso erano dovute all'alcol. Inoltre, il 50% dei detenuti adulti dichiarava di essere ubriaco al momento del reato, e così pure il 75% dei giovani delinquenti (13,26). In uno studio, il 50% dei detenuti in carcere per reati violenti riteneva che l'alcol fosse un fattore che aveva contribuito ai loro reati (27).

Tabella 1. Crimini alcol-correlati in alcuni paesi dell'UE (%)

Paese (anno)	Crimini alcol-correlati (%)	Crimini violenti alcol-correlati (%)
Belgio (2001)	20	40
Finlandia (1990 e 1995)	47	66
Germania (2002)	7	24
Regno Unito (Inghilterra e Galles) (2003)	25	48

Fonte: Anderson & Baumberg (22).

La criminalità alcol-correlata può essere suddivisa in tre grandi categorie (28):

- con *rapporto diretto di causalità*: reati alcol-specifici, quali guida in stato di ebbrezza e ubriachezza;
- *fattore contributivo*: l'alcol come un fattore scatenante o facilitatore del reato (per esempio, aggressioni, comportamento antisociale);
- *rapporto di co-esistenza*: reati non collegati al consumo di alcol degli autori di reato.

Il rapporto tra l'alcol e la criminalità è, quindi, non un semplice rapporto causale. Ad esempio, per quanto riguarda la violenza, l'alcol è riconosciuto sia come fattore causale (29) che come fattore contributivo (23). Specifici farmaci possono influenzare il comportamento e il giudizio di un individuo (30). Non sempre il consumo di alcol porta a violenza e non tutta la violenza è dovuta all'alcol. Vi è una complessa interazione tra la quantità di alcol consumato, le abitudini di consumo, e i fattori individuali e contestuali. I collegamenti tra l'alcol e la violenza sembrano essere più forti nei paesi in cui il consumo è più caratterizzato da intossicazione acuta, quali ad esempio i paesi dell'Europa settentrionale (23). I modelli teorici basati su prove empiriche hanno raggruppato i fattori nelle seguenti quattro grandi aree (tratte da 31):

1. effetti fisici e psicologici dell'alcol sull'individuo:

- controllo degli impulsi ridotto e ridotta funzione motoria;
- disturbi cognitivi, disturbi rispetto alla consapevolezza di sé ed alla capacità di elaborare segnali multipli e risolvere i problemi;
- "miopia" alcol-indotta (attenzione miope alla situazione immediata);
- maggiore disponibilità a correre dei rischi;

2. caratteristiche personali:

- impulsività;
- frustrazione;
- ansia;
- modelli di consumo;

3. contesti in cui si consuma alcol:

- struttura mediocre dei bar, con maggiore probabilità di affollamento;
- scarso rapporto tra personale e clienti;
- incoraggiamento a consumare grandi quantità;

4. contesto culturale:

- accettazione dell'ubriachezza in pubblico;
- accettazione della violenza;
- consumo non strutturato;
- convinzioni sulla responsabilità personale quando si è ubriachi.

Le misure per affrontare la criminalità alcol-correlata dovrebbero includere interventi a livello individuale e interventi più generali per affrontare gli ambienti sociali, fisici e culturali.

Problemi di alcol nella popolazione carceraria

I problemi di alcol dei detenuti vanno spesso di pari passo con altre co-morbilità, quali ad esempio il consumo di droga e problemi di salute mentale, e rendono impegnativi la diagnosi e il trattamento di queste esigenze bisogni complessi (32,33). E' stato dimostrato che i detenuti con problemi di alcol sono soggetti ad alti tassi di fattori di esclusione sociale quali la disoccupazione, una bassa scolarità ed un limitato supporto sociale (1). Per garantire risultati ottimali, è importante affrontare anche questi fattori.

Una analisi sistematica internazionale ha mostrato che il 18-30% degli uomini e il 10-24% delle donne ha avuto problemi di alcol definiti come "abuso di alcol / dipendenza" (34), e uno studio negli Stati Uniti ha evidenziato che la percentuale era superiore nella popolazione carceraria rispetto alla popolazione generale. È stato osservato che gli studi erano eterogenei ed influenzati da fattori quali le variazioni nei criteri diagnostici, il tempo di screening / valutazione e le differenze culturali (34).

Nei paesi in cui il consumo di alcol è aumentato, ci si aspetterebbe un aumento della percentuale di problemi di alcol tra i detenuti. Per esempio, in Scozia vi è stato un aumento dell'11% del consumo di alcol dal 1994 (35). Nel 2011, il 50% dei detenuti scozzesi ha riferito di essere stato ubriaco al momento del reato, con un incremento del 10% negli ultimi cinque anni (13). Secondo uno studio longitudinale scozzese sui giovani delinquenti, la percentuale di coloro che ritenevano che l'alcol avesse avuto un ruolo nel loro reato era salita dal 48% nel 1979 al 58% nel 1996 e all'80% nel 2007 (36). Anche se non tutti i problemi di alcol dei detenuti sono direttamente legati ai loro reati, molti lo sono, in particolare i reati violenti (27). Gli interventi per contrastare tale comportamento offensivo nei detenuti dovrebbero essere disponibili insieme a quelli di trattamento sull'alcol.

Rilevamento, identificazione e screening

Per affrontare la questione dei detenuti con problemi di alcol, il primo passo è essere in grado di identificarli. L'anamnesi di routine può essere migliorata mediante l'uso di uno strumento di screening sull'alcol validato. Esiste una vasta gamma di strumenti di screening o di identificazione svi-

luppato per esaminare le diverse dimensioni delle problematiche alcol-correlate (37). Limitate sono le prove di efficacia effettuate su tali strumenti (vedi tabella 3) nelle popolazioni carcerarie, sebbene tali strumenti siano stati estesamente utilizzati per identificare problemi problematiche alcol-correlate nella popolazione (giovani, donne, uomini, adulti).

Tabella 3. Principali strumenti di screening (acronimi e nomi)

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CAGE	<i>Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener</i>
FAST	<i>Four-item, two-stage Screening Tool</i>
MAST	<i>Michigan Alcohol Screening Test</i>
M-SASQ	domanda singola "Quanto spesso consumi 6/8 (Donne / Uomini) o più bevande standard in una sola occasione?"
SASSI	<i>Substance Abuse Subtle Screening Inventory</i>
TCUDS	<i>Texas Christian University Drug Screen</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
UNCOPE	"Hai continuato a consumare alcol o droghe più a lungo di quanto prevedevi? Hai mai trascurato alcune delle tue solite attività a causa del consumo di alcol o droghe? Hai mai voluto smettere di consumare alcol o droghe ma non ci sei riuscito? La tua famiglia, un amico, o un'altra persona ti ha contestato il tuo consumo di alcol o droghe? Ti sei mai trovato a preoccuparti del fatto di consumare alcol o droghe? Hai mai consumato alcol o droghe per alleviare il disagio emotivo, quale ad esempio la tristezza, la rabbia o la noia?"

L'AUDIT

L'AUDIT è uno strumento di screening sviluppato dall'OMS per identificare soggetti con problematiche alcol-correlate (8) classificati per modelli di consumo in tre categorie di rischio e danno crescente misurato utilizzando l'AUDIT.

- *Consumo rischioso*: è un modello di consumo di alcol che aumenta il rischio di conseguenze dannose per l'utilizzatore o altri. I modelli di consumo rischioso sono importanti per la sanità pubblica, nonostante l'assenza di qualsiasi disturbo nel singolo utilizzatore.
- *Consumo dannoso*: si riferisce al consumo di alcol che porta a conseguenze per la salute fisica e mentale. Alcuni includono le conseguenze sociali tra i danni causati dall'alcol.
- *Alcoldipendenza*: si tratta di un gruppo di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che possono svilupparsi a seguito di un consumo ripetuto di alcol. In genere, questi includono un forte desiderio di consumare alcol, un controllo alterato sul suo utilizzo, un consumo persistente nonostante le conseguenze dannose, una maggiore priorità data al bere piuttosto che ad altre attività e responsabilità, un aumento della tolleranza all'alcol ed astinenza fisica all'interruzione del consumo di alcol.

I problemi di alcol nella popolazione carceraria, come nella popolazione in generale, si differenziano nella loro natura e vanno da un consumo eccessivo, ad intermittenza fino alla dipendenza cronica. Uno studio del 2011 sulla effettuato in Scozia ha evidenziato che tra coloro che avevano un punteggio AUDIT di 20 + (che indica una possibile dipendenza da alcol), i bevitori più giovani mostrare mostravano meno un comportamento dipendente (27). Questo dimostra l'importanza di una valutazione clinica oltre all'uso degli strumenti di screening e l'importanza di offrire una gamma di interventi appropriati.

Un sondaggio sui detenuti in Australia (38), riportava i livelli di consumo rischioso e dannoso di alcol al 57% e 18%, rispettivamente, tra i detenuti di sesso maschile rispetto al 49% e 13%, rispettivamente, tra i detenuti di sesso femminile in base ai punteggi AUDIT. In un altro studio su un campione relativamente piccolo (n = 47), si è constatato che il 60% dei detenuti maschi francesi risultavano positivi ai problemi di alcol (punteggio AUDIT di 8 +), con una prevalenza più elevata se lo screening era svolto dopo due settimane dall'infliggimento della pena, piuttosto che al suo inizio (12).

Un sondaggio sul consumo di sostanze tra i detenuti nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) (39) ha mostrato che per un'alta percentuale di intervistati di sesso sia maschile che femminile risultava all'AUDIT un consumo rischioso o dannoso di alcol. Per gli uomini, il 58% di quelli in custodia cautelare e il 63% dei detenuti già condannati riferiva un consumo rischioso o dannoso, e il 30% in entrambe i gruppi campione riportava o un consumo dannoso o una possibile dipendenza. Per le donne, il 36% di quelle in custodia cautelare e il 39% delle detenute condannate riferiva un consumo rischioso o dannoso, e di queste il 14% e 11%, rispettivamente, indicava un consumo dannoso di alcol e dipendenza. Più di recente, Newbury-Birch et al. (40) hanno riportato simili risultati con il 59% dei detenuti maschi indicanti livelli di consumo rischioso o dannoso, un terzo dei quali (36%) con una possibile dipendenza. I loro risultati in relazione alle detenute erano, tuttavia, notevolmente più alti rispetto a prima, con il 63% che aveva un consumo rischioso o dannoso e il 42% con una possibile dipendenza. Parkes e colleghi (1) hanno effettuato uno screening di 259 nuovi detenuti scozzesi maschi utilizzando l'AUDIT e hanno evidenziato che il 73% aveva punteggi che indicavano la presenza di una problematica alcol-correlata tra cui il 36% una possibile dipendenza, con punteggi più elevati tra coloro che scontano pene brevi. Per i detenuti in attesa di giudizio, il 68% in totale aveva disturbi dovuti al consumo di alcol, e di questi il 34% aveva una possibile dipendenza da alcol.

Interventi efficaci per i problemi di alcol

Dopo lo screening ed il triage un'ulteriore valutazione è necessaria rispetto ai bisogni individuali e per un intervento su misura. Gli interventi possono includere interventi brevi per il consumo rischioso, approcci cognitivo-comportamentali per i soggetti con consumo dannoso e alcolodipendenti fino ad un trattamento farmacologico per l'astinenza da alcol acuta e la prevenzione delle ricadute.

I possibili interventi per i problemi di alcol, limitatamente a quelli riportati in letteratura e categorizzati da Parkes et al. sono di seguito riassunti (1).

Interventi comportamentali psicosociali

Interventi brevi ed il colloquio motivazionale

Gli interventi brevi sull'alcol sono pratiche che mirano a identificare un problema reale o potenziale di alcol e motivare un individuo a fare qualcosa al riguardo (41). Essi includono il colloquio motivazionale, effettuato una o due volte con ciascun individuo. Negli studi in carcere, i colloqui motivazionali hanno avuto un modesto successo, inclusa una riduzione della guida in stato di ebbrezza, una diminuzione del consumo di sostanze, un contatto di trattamento 60 giorni dopo il rilascio (trattamento di alcol non segnalato separatamente) e maggiori punteggi di contemplazione post-test. La valutazione dell'implementazione degli interventi brevi sull'alcol è stata riportata solo nei contesti di custodia cautelare (non in carcere). Uno studio non ha mostrato differenze rispetto al consumo di alcol o ai reati, ma era presente una riduzione negli infortuni ed un aumento della disponibilità al cambiamento comportamentale a tre mesi; un'altro studio una diminuzione sia dei reati che del consumo, sempre ad un follow-up a tre mesi (1).

Più di recente, alcuni studi americani hanno utilizzato gli interventi brevi ed il colloquio motivazionale nelle carceri in particolare tra le donne e i giovani delinquenti. Begun e al. (42) hanno condotto un trial randomizzato controllato di un intervento motivazionale nelle donne detenute prima del loro rilascio (n = 729). Una diminuzione significativa dei punteggi AUDIT è stata osservata a due mesi dopo il rilascio. In un altro trial randomizzato controllato che ha utilizzato il colloquio motivazionale nelle detenute di sesso femminile (n = 245) non ha tuttavia evidenziato alcuna riduzione del consumo a uno, tre e sei mesi (43). In un trial randomizzato controllato in Svezia, 296 detenuti tossicodipendenti, rientrati in un programma pre-rilascio (che comprendeva strategie per ridurre il consumo di droghe) sono stati assegnati, in modo casuale, ad uno di 2 gruppi d'intervento (oltre al gruppo di controllo): entrambe i gruppi di intervento venivano effettuati da counsellor mediante colloquio motivazionale ma in uno dei due, ai counsellor veniva affiancata la supervisione (44). Tutti e tre gli interventi hanno mostrato una diminuzione nel consumo di alcol ad un follow-up a 30 giorni, e nessuna differenza significativa tra gruppi. Inoltre, l'astinenza dall'alcol a 30 giorni è stata riportata per il 55% rispetto al 12% al momento dell'ammissione. Un trial randomizzato controllato di 162 giovani detenuti maschi ha confrontato il colloquio motivazionale a tecniche di rilassamento per ridurre il consumo di alcol e marijuana. Coloro che avevano ricevuto il colloquio motivazionale mostravano livelli significativamente più bassi di consumo di alcol (e marijuana) ad un follow-up a tre mesi (45). Un secondo lavoro tratto da questo studio non ha evidenziato che i sintomi depressivi influivano moderando gli effetti del colloquio motivazionale (46). Uno studio qualitativo su giovani detenuti ha evidenziato che il colloquio motivazionale è un approccio accettabile (47).

L'unico studio sull'intervento breve nel contesto carcerario è un trial randomizzato controllato su donne detenute (n = 245) che hanno effettuato un intervento breve prima e dopo il rilascio (ad un mese) con ogni intervento della durata di 30-45 minuti. Il numero di giorni di astinenza a tre mesi dal rilascio era statisticamente significativo, differenza non più presente a 6 mesi (48).

Consulenza cognitivo-comportamentale o interventi psicologici.

Risultati positivi sono stati riportati mediante il counseling cognitivo comportamentale o li interventi psicologici quali una ridotta reiterazione del reato e, ove segnalato, un ridotto consumo di alcol o l'astinenza (1). Più in particolare, l'Holistic Intervention for At-Risk Teenagers (HEART) che comprendeva approcci cognitivo-comportamentali, ha mostrato cambiamenti positivi nel funzionamento psicosociale delle giovani detenute (49). Una revisione sistematica degli interventi efficaci per le detenute condotta da McMurrin e collaboratori (50) che ha incluso quattro studi mediante interventi psicosociali, sufficienti non ha mostrato prove sufficienti di efficacia di tali tecniche. Lo studio ha però rilevato che le detenute tendono ad avere più problemi psicologici di salute degli uomini, e che questo dovrebbe essere preso in considerazione nella progettazione ed implementazione degli interventi.

Interventi spirituali

Secondo Parkes e collaboratori (1) la Twelve-Step Facilitation Therapy, un approccio di avvio a gruppi di auto aiuto, è efficace nel trattamento dell'alcoldipendenza (e nella dipendenza da droghe), così come risultati positivi dopo il rilascio (e riduzione del desiderio) sono ottenuti dalla meditazione Vipassanare. Questo suggerisce che gli interventi che hanno un elemento spirituale possono essere di beneficio, anche se attuati dovrebbero essere implementati con sensibilità tenendo in considerazione fattori culturali ed individuali.

Interventi familiari

Due studi basati negli Stati Uniti hanno valutato gli interventi familiari per i giovani delinquenti (1). In uno studio, i partecipanti sono stati randomizzati per ricevere o un intervento di potenziamento familiare o un intervento esteso di assistenza nei servizi. Sebbene il follow-up a 36 mesi non abbia mostrato alcuna differenza significativa tra gli interventi, coloro che hanno ricevuto un intervento familiare hanno ridotto il consumo di alcol. Un secondo studio pilota non controllato, ha mostrato che a sei mesi il tasso di ricaduta per coloro che avevano ricevuto un intervento familiare era più basso (44%) rispetto alla media nazionale (65-85%). Questi risultati suggeriscono che questi interventi sono promettenti ma necessitano di ulteriori e esaurienti studi, anche in altri paesi.

Victim impact panel

In un trial randomizzato controllato svolto negli Stati Uniti, i detenuti condannati per guida in stato di ebbrezza sono stati confrontati con vittime della strada per 28 giorni: da tale intervento non è risultata alcuna differenza significativa per quanto riguarda il consumo di alcol, il comportamento alla guida o le ricadute a due anni (1).

Comunità terapeutiche

Limitate evidenze suggeriscono che le comunità terapeutiche possono avere risultati positivi quali la riduzione del consumo di alcol e la reiterazione del reato. I gruppi studiati sono giovani delinquenti, donne e la popolazione carceraria in generale. Tuttavia, la maggior parte degli studi non riguardano solo i detenuti con problemi di alcol: alcuni hanno analizzato il concomitante consumo di droghe o problemi di salute mentale (1). Uno studio recente su giovani detenute con problemi di droga e alcol e ricevevano l'intervento HEART (49) ha utilizzato un approccio in comunità terapeutica. Cambiamenti positivi sono stati osservati nel funzionamento psicosociale, ma i cambiamenti nel consumo di alcol e droghe non sono stati riportati separatamente.

Sebbene efficaci, gli interventi di comunità terapeutica possono essere costosi da fornire e richiedere molto tempo.

Recentemente, è stato pubblicato un numero crescente di ricerche di alta qualità sugli interventi alcolologici per i detenuti, soprattutto donne e giovani delinquenti utilizzando il colloquio motivazionale, l'intervento breve in sottogruppi diversi e risultati positivi in uno o in un altro caso. Nel complesso, i risultati positivi di efficacia del colloquio motivazionale e degli interventi brevi nella popolazione carceraria risultano promettenti. Si tratta per lo più di studi di efficacia degli interventi brevi nei contesti giudiziari in comunità (libertà vigilata) ridurre nella riduzione del consumo di alcol e nella reiterazione del reato (51) (anche se con limiti di generalizzazione alla popolazione carceraria) e sono gli interventi maggiormente basati sull'evidenza. Va detto che nei vari studi gli interventi la durata è variabile. In nessuna delle due recensioni sono stati identificati studi di costo-efficacia degli interventi.

BIBLIOGRAFIA

1. Parkes T et al. *Prison health needs assessment for alcohol problems*. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2011.
2. *Models of care for alcohol misusers (MoCAM)*. London, National Treatment Agency for Substance Misuse/Department of Health, 2006.
3. *Basic principles for the treatment of prisoners. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990*. New York, United Nations, 1990 (<http://www2.ohchr.org/english/law/basicprinciples.htm>, accessed 27 September 2012).
4. Healthscotland.com. Alcohol brief interventions (ABI) professional pack [web site]. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2011 (<http://www.healthscotland.com/documents/3273.aspx>, accessed 27 September 2012).
5. Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Dow Jones-Irwin, 1984.
6. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London, National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006.
7. *Commission on Women Offenders*. Edinburgh, Scottish Government, 2012 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00391828.pdf>, accessed 27 September 2012).
8. Babor TF et al. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf, accessed on 27 September 2012).
9. Drummond C et al. *Alcohol needs assessment research project (ANARP). The 2004 national alcohol needs assessment for England*. London, Department of Health, 2005 (http://www.alcohollearningcentre.org.uk/_library/Resources/ALC/OtherOrganisation/Alcohol_needs_assessment_research_project.pdf, accessed 27 September 2012).
10. Global information system on alcohol and health (GISAH) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>, accessed 27 September 2012).
11. Global status report on alcohol and health [web site]. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html, accessed 27 September 2012).
12. Maggia B et al. Variation in audit (alcohol used disorder identification test) scores within the first weeks of imprisonment. *Alcohol and Alcoholism*, 2004, 39(3):247–250.
13. Carnie J, Broderick R. *Scottish prisoner survey 2011*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2011.
14. Coulton S et al. Screening for alcohol use in criminal justice settings: an exploratory study. *Alcohol and Alcoholism*, 2012, 47(4):423–427.
15. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
16. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 2009, 373:2223–2233.
17. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf, accessed 27 September 2012).
18. *Violence prevention: the evidence*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf, accessed 27 September 2012).

19. *Alcohol statistics Scotland 2011*. Edinburgh, NHS National Services Scotland, 2011.
20. Anderson P, Møller L, Galea G, eds. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, accessed 27 September 2012).
21. Leon D, McCambridge J. Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. *Lancet*, 2006, 367(7):52–56.
22. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective*. Institute of Alcohol Studies, United Kingdom, 2006.
23. *Alcohol and interpersonal violence policy briefing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98806/E87347.pdf, accessed 27 September 2012).
24. *Homicide in Scotland 2010–2011*. Edinburgh, Scottish Government, 2011.
25. Scottish Emergency Department Alcohol Audit (SEEDA) Group. *Understanding alcohol misuse in Scotland: harmful drinking two: alcohol and assaults*. Edinburgh, NHS Quality Improvement Scotland, 2006.
26. Carnie J, Broderick R. *Scottish prisoner survey 2011 – young offenders*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2011.
27. MacAskill S et al. Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an “aye or no” question. *BMC Public Health*, 2011, 11:865.
28. Deehan A. *Alcohol and crime: taking stock*. London, Home Office, 1999.
29. Boden J, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behaviour: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012, 122:135–141.
30. Ramstedt M. Population drinking and homicide in Australia: a time series analysis of the period 1950–2003. *Drug and Alcohol Review*, 2011, 30:466–472.
31. Graham K, Wells S, West P. A framework for applying explanations of alcohol-related aggression to naturally occurring aggressive behaviour. *Contemporary Drug Problems*, 1997, 24(4):625–666.
32. Graham L. *Prison health in Scotland: a health care needs assessment*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2007.
33. Rutherford M, Duggan S. Meeting complex needs in prisons. *Public Health*, 2009, 123(6): 415–418.
34. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 2006, 1:181–191.
35. Robinson M et al. *Monitoring and evaluating Scotland’s alcohol strategy: an update of alcohol sales and price band data*. Edinburgh, NHS Health Scotland, 2011.
36. McKinlay W, Forsyth A, Khan F. *Alcohol and violence among young male offenders in Scotland (1979–2009)*. Edinburgh, Scottish Prison Service, 2009 (SPS Occasional paper No. 1).
37. Connors G, Volk R. Self-report screening for alcohol problems among adults. In: Allen J, Wilson V, eds. *Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers*. Bethesda, MD, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2003.
38. Butler T et al. Drug use and its correlates in an Australian prisoner population. *Addiction Research and Theory*, 2003, 11(2):89–101.
39. Singleton N, Farrell M, Meltzer H. *Substance misuse among prisoners in England and Wales*. London, Office for National Statistics, 1999.
40. Newbury-Birch D et al. Sloshed and sentenced: a prevalence study of alcohol use disorders among offenders in the North East of England. *International Journal of Prisoner Health*,

2009, 5(4):201–211.

41. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://whqlib.doc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf, assessed on 27 September 2012).
42. Begun A, Rose S, Lebel T. Intervening with women in jail around alcohol and substance abuse during preparation for community reentry. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2011, 29(4):453–478.
43. Clarke JG, Anderson BJ, Stein MD. Hazardously drinking women leaving jail: time to first drink. *Journal of Correctional Health Care*, 2011, 17(1):61–68.
44. Forsberg LG et al. Motivational interviewing delivered by existing prison staff: a randomized controlled study of effectiveness on substance use after release. *Substance Use & Misuse*, 2011, 46(12):1477–1485.
45. Stein LA et al. Motivational interviewing for incarcerated adolescents: effects of depressive symptoms on reducing alcohol and marijuana use after release. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 2011, 72(3):497–506.
46. Stein LA et al. Motivational interviewing to reduce substance-related consequences: effects for incarcerated adolescents with depressed mood. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 118(2–3):475–478.
47. D’Amico EJ, Osilla KC, Hunter SB. Developing a group motivational interviewing intervention for first-time adolescent offenders at-risk for an alcohol or drug use disorder. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2010, 28(4):417–436.
48. Stein MD et al. A brief alcohol intervention for hazardously drinking incarcerated women. *Addiction*, 2010, 105(3):466–475.
49. Roberts-Lewis AC et al. Assessing change in psychosocial functioning of incarcerated girls with a substance use disorder: gender sensitive substance abuse intervention. *Journal of Offender Rehabilitation*, 2010, 49(7):479–494.
50. McMurrin M et al. Interventions for alcohol-related offending by women: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2011, 31(6):909–922.
51. McGovern R et al. *Alcohol screening and brief intervention in probation*. London, Institute of Psychiatry, King’s College London, 2012.

ALLEGATO 1

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) del WHO

<p>1. Quanto spesso consumi una bevanda contenente alcol? (0) Mai [vai alle domande 9–10] (1) Mensilmente o meno frequentemente (2) 2–4 volte al mese (3) 2–3 volte alla settimana (4) 4 o più volte alla settimana</p>	<p>6. Quanto spesso, nell'ultimo anno, hai avuto necessità di un drink la mattina per farti andare avanti dopo un evento di consumo eccessivo? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Mensilmente (3) Settimanalmente (4) Quotidianamente o quasi quotidianamente</p>
<p>2. Quante bevande contenenti alcol bevi in una tipica giornata in cui consumi alcol? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8 o 9 (4) 10 o più</p>	<p>7. Quanto spesso, nell'ultimo anno hai provato un sentimento di colpevolezza o rimorso dopo aver bevuto? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Mensilmente (3) Settimanalmente (4) Quotidianamente o quasi quotidianamente</p>
<p>3. Quanto spesso consumi sei o più bevande in una sola occasione? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Mensilmente (3) Settimanalmente (4) Quotidianamente o quasi quotidianamente [Vai alle domande 9 e 10 se il punteggio totale delle domande 2 e 3 = 0]</p>	<p>8. Quanto spesso nell'ultimo anno non sei stato in grado di ricordare cosa era accaduto la sera prima perché avevi bevuto? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Mensilmente (3) Settimanalmente (4) Quotidianamente o quasi quotidianamente</p>
<p>4. Quanto spesso nell'ultimo anno ti sei reso conto di non essere in grado di smettere di bere una volta iniziato a farlo? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Mensilmente (3) Settimanalmente (4) Quotidianamente o quasi quotidianamente</p>	<p>9. Tu o altri avete subito infortuni a seguito del vostro consumo di alcol? (0) No (2) Sì, ma non nell'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p>
<p>5. Quanto spesso nell'ultimo anno non sei riuscito a fare quello che normalmente ci si aspettava che facessi a causa del bere? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Mensilmente (3) Settimanalmente (4) Quotidianamente o quasi quotidianamente</p>	<p>10. Un tuo parente o amico o dottore o altro operatore sanitario ha espresso preoccupazione per il tuo consumo di alcol e ti ha suggerito di ridurlo? (0) No (2) Sì, ma non nell'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p>

Punteggio AUDIT

I punteggi per ciascuna domanda variano da 0 a 4, con un punteggio di 0 per la prima risposta per ogni domanda, di 1 per la seconda, di 2 per la terza, di 3 per la quarta e di 4 per l'ultima. Per le domande 9 e 10, che hanno solo tre risposte, il punteggio è 0, 2 e 4 (da sinistra a destra).

Un punteggio di 8 o più è associato ad un consumo rischioso o dannoso; un punteggio di 13 o più per le donne e di 15 o più per gli uomini indica una probabile dipendenza da alcol.

consulta anche il sito:
www.epicentro.iss.it/alcol

info:
alcol@iss.it

