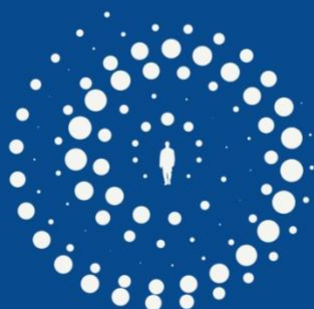




Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga



VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Relazioni conclusive dei Tavoli Tecnici
della VI Conferenza Nazionale
sulle dipendenze



Indice

GIUSTIZIA PENALE, MISURE ALTERNATIVE E PRESTAZIONI SANITARIE PENITENZIARIE NELL'AMBITO DEL DISTURBO D'USO DI SOSTANZE	1
EFFICACIA DELL'AZIONE DI PREVENZIONE E PRESA INCARICO PRECOCE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	9
EVOLUZIONE DELLE DIPENDENZE E INNOVAZIONE DEL SISTEMA DEI SERD E DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE	16
POTENZIAMENTO DELLE MODALITÀ DI INTERVENTO IN OTTICA PREVENTIVA E NELL'OTTICA DI RIDUZIONE DEL DANNO. ANALISI DI ESPERIENZE NAZIONALI ED EUROPEE	24
MODALITÀ DI REINSERIMENTO SOCIORABILITATIVO E OCCUPAZIONALE COME PARTE DEL CONTINUUM TERAPEUTICO A CURA DI MASSIMO BARRA	31
PRODOTTI DI ORIGINE VEGETALE A BASE DI CANNABIS A USO MEDICO	38
RICERCA SCIENTIFICA E FORMAZIONE NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE: PROPOSTE E SUGGERIMENTI PER IL FUTURO	43



Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito del disturbo d'uso di sostanze

(Tavolo tecnico 1)

a cura di Leopoldo Grosso

Introduzione

Il metodo di lavoro del Tavolo Tecnico ha avuto come riferimenti essenziali le evidenze scientifiche e i diritti umani delle persone con disturbo d'uso di sostanze e si è articolato su 5 macro-temi:

1. La necessità di riformare il DPR 309/90
2. Le misure alternative
3. Le misure di limitazione dei rischi e riduzione del danno in carcere
4. La continuità dei trattamenti prima e dopo la detenzione e la loro integrazione dentro e fuori dal carcere
5. I detenuti stranieri con disturbo d'uso di sostanze, ai quali sono precluse opportunità riabilitative esterne all'istituto di pena e possibilità di reinserimento sociale

Non sono stati assunti dal lavoro di questo tavolo le donne e i minori d'età, in particolare per le donne si evidenzia tuttavia la mancanza di un ufficio centrale che si occupi prioritariamente di loro. Si sottolinea inoltre la marcata stigmatizzazione che la detenzione comporta per le donne, richiedendo le loro storie personali un approccio inderogabilmente basato sulla diversità di genere. Sui minori si ribadisce l'importanza del formidabile strumento riabilitativo che può essere la messa alla prova, se sostanziato delle necessarie risorse.

Sono inoltre emerse alcune trasversalità:

- a. l'impoverimento progressivo di risorse umane (mancata/diforme applicazione del D.M. 30.11.1990 n.444 e della L. 18.02.1999 n.45, a livello di Regioni e singole AUSL) ed economiche cui sono stati sottoposti i sistemi sanitario, sociale e giudiziario e la necessità di invertire la rotta, riconsiderando l'esigenza della garanzia di 'utilizzo riservato alla tossicodipendenza delle quote regionali del Fondo Nazionale Lotta alla Droga ex DPR 3039/90
- b. l'urgenza di un rilancio della formazione congiunta tra i diversi operatori dell'ambito e la necessità che i servizi siano accompagnati da una costante supervisione esterna
- c. l'importanza di un impianto di valutazione sistematica degli interventi e delle comuni strategie intraprese, che necessitano di una raccolta dati puntuale e omogenea tra le varie Regioni, con registrazione su cartelle telematiche condivise e interoperabili
- d. il rilancio dell'indispensabile lavoro di rete, tra le amministrazioni dello Stato e anche interregionale
- e. la necessità della lotta allo stigma che colpisce in particolare la persona detenuta con consumo patologico di sostanze, comorbilità psichiatrica e patologie infettive, specie se straniero



Riforma legge 309/90

La prima causa del sovraffollamento penitenziario è la recidiva nel reato¹. Se ne deduce il fallimento della pena detentiva, così come configurata nelle attuali prassi, nell'assolvere la funzione riabilitativa. L'idea che la detenzione possa rappresentare lo stimolo al cambiamento si svuota di significato se l'esperienza del carcere comporta ulteriori conseguenze negative per la ridotta disponibilità trattamentale², soprattutto se il sovraffollamento carcerario priva il detenuto non solo della sua libertà, ma anche di altri diritti.

La riduzione delle fattispecie incriminatorie, in combinazione con un più esteso e qualificato ricorso alle misure alternative alla detenzione, produrrebbero un'elevata deflazione del circuito carcerario.

Rispetto alla riforma del DPR 309/90, e in particolare all'art.73, il Tavolo Tecnico propone di:

- 1) sottrarre all'azione penale alcune condotte illecite contemplate nelle 22 fattispecie dell'art.73, commi 1 e 1bis, come la coltivazione di cannabis a scopo domestico e la cessione di modeste quantità per uso di gruppo, e introdurre la "finalità del profitto" per tutte le condotte tipizzate*
- 2) rivedere l'impianto sanzionatorio delle fattispecie attualmente previste ai commi 1 e 4 dell'art.73 DPR 309/90 in forza della sentenza 12.02.2014 n.32 della Corte Costituzionale, riducendo i termini edittali per entrambe le ipotesi in modo da escludere l'obbligatorietà dell'arresto in flagranza. Il minimo edittale dovrebbe essere sotto la soglia di accesso all'affidamento terapeutico. Ciò consentirebbe la fruizione delle misure alternative alla detenzione in carcere e faciliterebbe l'accesso alla sospensione del processo con la procedura dell'istituto della "messa alla prova" (art.168 bis del C.P.)
- 3) escludere in ogni caso la previsione dell'arresto obbligatorio
- 4) eliminare il criterio tabellare del superamento delle soglie per uso personale
- 5) inserire i lavori di pubblica utilità come possibile sanzione, al posto della reclusione, per alcune fattispecie incriminatorie dell'art.73
- 6) dare spazio al comma 5bis dell'art.73 del DPR 309/90 e all'istituto della "messa alla prova" per avviare percorsi di giustizia riparativa, creando opportunità e incoraggiamento verso una maggiore responsabilizzazione rispetto alle conseguenze delle proprie azioni.

Il Tavolo Tecnico non ha analizzato l'impatto che l'eventuale legalizzazione dell'uso di cannabis a scopo ricreativo comporterebbe sulla riduzione della popolazione detenuta per violazione dell'art.73.

* Su questa specifica proposta della Relazione un solo Esperto ha espresso esplicito disaccordo in virtù della necessità di ribadire l'illiceità dell'uso di sostanze

¹ Pesce F., L'analisi economica del diritto penale dalla teoria alla pratica. Il livello di efficienza delle opzioni normative in tema di tossicodipendenza e criminalità correlata, Editoriale Scientifica, Napoli, 23 (2019), p. 70

² Relazione al Parlamento 2021



Misure alternative alla detenzione in carcere

Le misure alternative si sono rivelate più efficaci nel contenimento della recidiva, più utili ai condannati e alla collettività, più convenienti sotto il profilo della spesa pubblica³.

Nella pratica si riscontrano ostacoli sia alla richiesta delle misure alternative sia al loro ottenimento. Le sentenze di rigetto della Magistratura di Sorveglianza sembrano più frequenti tra quanti ne fanno richiesta dalla libertà, così come sembrano più facilmente accettati i programmi residenziali rispetto a percorsi territoriali⁴.

Le esigenze di custodia e sicurezza non devono scontrarsi con l'esigibilità dei diritti dei condannati, privandoli dei benefici garantiti per legge. Due aspetti ostativi, generanti gravi strozzature alla concessione delle misure alternative per le persone dipendenti, si pongono a livello di interpretazione della diagnosi (Magistratura) e nella costruzione della certificazione da parte dei medici dei Ser.D in base ai quadri clinici, per cui risulta indispensabile modificare il D.M. 12.07.90 n.186 relativo alla certificazione del DUS.

Il cambiamento di paradigma che nel mondo medico-scientifico ha portato ufficialmente dal 2013 nel DSM-5 alla sostituzione del termine diagnostico "dipendenza" con "disturbo d'uso di sostanze", ha indotto in alcuni casi l'equivoco di interpretare erroneamente il disturbo lieve come semplice consumo e il disturbo medio come abuso, identificando unicamente il disturbo grave come dipendenza.

L'altra strozzatura si colloca nella costruzione della diagnosi del disturbo d'uso di sostanze, per la quale è riduttivo fare riferimento alla sola dipendenza fisica e basare l'accertamento sui soli parametri valutativi di natura tossicologica, trascurando l'aspetto significativo e patognomico del *craving*. Inoltre il corrente assetto normativo per la concessione della misura alternativa, considera esclusivamente l'uso attuale, trascurando che l'essenza della patologia da dipendenza è la natura cronica e recidivante.

Per rendere più operative, esigibili e qualificate le misure alternative, si rendono necessari:

a. maggiore chiarezza interpretativa delle norme e minore complessità del percorso di concessione⁵ anche con la creazione di realtà intermedie e di mediazione tra mondo della Salute e mondo della Giustizia

³ Pesce F., cit., pp. 71-73; 214-216

⁴ L'affermazione deriva da una conoscenza empirica degli operatori mentre il dato quantitativo, a disposizione della Magistratura di Sorveglianza andrebbe richiesto ed elaborato, senza che sia possibile nei tempi a disposizione

⁵ Decreto n.0008 08.04.2021 Regione Veneto Linee di indirizzo regionali di un percorso integrato per favorire l'accesso a misure alternative al carcere delle persone con DUS o del consumatore sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria limitativi o privati della libertà personale



- b. fattiva condivisione di obiettivi tra istituzioni e operatori coinvolti (Ser.D, Privato Sociale, UEPE e Magistratura di Sorveglianza⁶)
- c. maggiore celerità nella concertazione dei programmi
- d. coinvolgimento attivo di Regioni ed Enti Locali nel predisporre gli opportuni strumenti sociali ed educativi
- e. maggiore stanziamento di investimenti economici per lo sviluppo dei percorsi di trattamento e *recovery* e di personale dedicato

La disponibilità di abitare, la possibilità di accedere al lavoro, la creazione di una rete sociale di supporto e risocializzazione, si sono rilevati aspetti mancanti o gravemente insufficienti all'interno del circuito penitenziario. La loro carenza, per le esigue risorse economiche stanziare, si è rilevata tra i fattori più ostativi alla concessione delle misure alternative, soprattutto per le fasce più marginali, spesso coincidenti con persone senza fissa dimora e migranti senza permesso di soggiorno.

Relativamente alla revoca delle misure alternative, gli episodi di consumo di sostanze psicoattive in costanza di misura alternativa, non possono costituire un elemento di criticità da parte del Tribunale di Sorveglianza. In alcuni casi le recidive assumono infatti una salienza dirimente per la scelta della revoca dell'affidamento in prova. La valutazione dell'eventuale persistenza del consumo e delle sue modalità deve essere contestualizzata nell'andamento complessivo della realizzazione del provvedimento e del beneficio che il soggetto e la collettività ne possono trarre.

Custodia attenuata

La custodia attenuata (ICATT), istituita nel 1988 dal DAP per i soli detenuti tossico-alcoldipendenti, ha smarrito nel tempo il carattere originario del progetto e la sua specificità riabilitativa coinvolgendo altre tipologie di persone detenute⁷. Deve essere ripresa alla luce degli obiettivi attuali di cura e riabilitazione con la finalità del reinserimento della persona nella società e della prevenzione.

In una rilevazione del 2015⁸ il DAP conta 21 Istituti di pena e Sezioni a custodia attenuata, di cui 12 riservate a detenuti tossicodipendenti, in 11 Regioni, con una capienza di 635 posti e 340 detenuti presenti, in sostanziale inadempienza dell'art.96 del DPR 309/90 che predispone la realizzazione in

⁶ DGRT 166 8/03/2021, "Approvazione dello schema di protocollo di per applicazione art.94 DPR 309/90 nei confronti di persone tossico-alcoldipendenti tra Regione Toscana, Tribunale di Sorveglianza di Firenze, Azienda UsI della Toscana, Ufficio interdistrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna di Firenze

⁷ S. Libianchi, A. Grassi "L'istituto a Custodia Attenuata per detenuti tossicodipendenti (ICATT)". Relazione ed Atti "la Conferenza Nazionale sulla droga"; Palermo, 24-26 Giugno 1993; pag. 707 - 713

⁸ Relazione gruppo di lavoro Tavolo Tecnico n.4 "Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze", Stati generali esecuzione penale, Ministero Giustizia, febbraio 2016



tutto il territorio nazionale di Istituti penitenziari o reparti interni dotati di programmi a custodia attenuata.

Specifiche criticità riguardano: la mancanza di un inserimento degli ICATT nella rete di attività e iniziative territoriali, specialmente rispetto al settore del lavoro; la mancata istituzione dell'Agente di rete per rafforzare la relazione col territorio (oggi presente solo in Lombardia); la persistenza di regolamenti che non prevedono modelli a custodia attenuata dedicati e specifici per l'accesso agli ICATT a persone detenute in trattamento con farmaci agonisti o con marcata comorbidità psichiatrica; la necessità di maggiori spazi all'interno degli ICATT dedicati ad attività di cura e riabilitazione; la necessità di sviluppare sinergie e linguaggi comuni tra gli operatori sanitari e penitenziari; l'esigenza di creare sub-circuiti attenuati all'interno del sistema, prevedendo spazi dedicati alle persone in trattamento farmacologico agonista o in marcata comorbidità psichiatrica.

Misure di Riduzione del Danno in carcere

La nuova strategia europea sulle droghe approvata dal Consiglio dell'UE nel dicembre 2020 conferisce alla RdD la stessa rilevanza della Riduzione dell'offerta e della Riduzione della domanda, considerando nella RdD non solo i rischi sanitari connessi al consumo, ma anche le conseguenze negative su più larga scala degli stessi effetti indesiderati della legislazione sulle droghe.

L'EMCDDA indica⁹ che tra il 30% e il 75% dei consumatori problematici ha fatto esperienza di almeno un periodo di detenzione. I tassi d'incidenza di HIV, HBV e HCV sono esponenzialmente più alti tra le persone detenute che nella popolazione generale. La co-morbidità psichiatrica riguarda più del 40% dei detenuti con DUS¹⁰.

Il principio di equivalenza delle cure, che assicura interventi di pari livello tra popolazione carceraria e comunità territoriale, ribadito dal DCPM del 12.01.17¹¹ costituisce un diritto della persona detenuta. Per tale motivo la cronica mancanza di interventi di RdD all'interno del carcere risulta lesiva del principio e rappresenta una negazione dei diritti umani. UNODC, OMS e UNAIDS, nei loro 15 interventi di raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni correlate al consumo di sostanze e ai rapporti sessuali in carcere, segnalano per l'Italia l'assenza totale della disponibilità di preservativi, siringhe sterili, e farmaci salvavita per le overdosi di immediato accesso per le persone detenute.

** Su questa specifica proposta della Relazione un solo Esperto ha espresso esplicito disaccordo in virtù della necessità di un approfondimento sul tema

⁹ EMCDDA Prison and drugs in Europe 2021

¹⁰ Gerra G., Berto D. "Doppia diagnosi tra i tossicodipendenti detenuti" in "Tossicodipendenza e doppia diagnosi in carcere. Realtà e prospettive" Ministero Giustizia, DAP, Roma 27.10.2005

¹¹ Il DCPM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" di cui art. 1 comma 7 del D.L. 30.12.92 n.502, disciplina esplicitamente art.28 le prestazioni che il SSN assicura alle persone con dipendenze patologiche "ivi comprese" le persone incluse e internate" "attraverso la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato" inclusi "gli interventi di riduzione del danno"



La vigente normativa non consente il *Syringe Exchange Program* né la distribuzione di condom. Le istanze securitarie confliggono con le esigenze della prevenzione e della cura per timore della diversione dei presidi sanitari e dei farmaci somministrati e distribuiti**.

Proposte:

- a. apportare una modifica normativa all'art.11 dell'Ordinamento penitenziario, inserendo le azioni di RdD come atto di natura sanitaria a tutela del diritto alla salute della persona detenuta
- b. includere tali azioni nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle locali Aziende Sanitarie, come sviluppo di linee guida e PDTA¹²
- c. avviare una valida sperimentazione negli Istituti di pena del territorio nazionale, come suggerito dal PNP
- d. investire sulla formazione singola e congiunta, anche bidirezionale, del personale sanitario e penitenziario sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure
- e. coinvolgere e qualificare le persone detenute attivandole nella creazione di sportelli e nello sviluppo di iniziative di Auto-mutuo-aiuto e Sostegno tra pari

Non è invece un intervento di RdD, bensì di cura, il trattamento con farmaci agonisti a mantenimento, rispetto al quale si rilevano ancora significative criticità in molti Istituti di pena (accessi, durata, dosaggi) e per cui risulta decisivo sviluppare specifiche linee di indirizzo e PTDA per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione.

Progettazione individualizzata, trattamento integrato e continuità terapeutica

¹² Il DPCM 01.04.2008 recante: "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" nella parte dell'allegato 1, prevede: "ai fini del coordinamento nazionale, viene realizzato presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale." Pertanto il suddetto tavolo acquisisce una funzione strategica nell'elaborazione di qualsiasi documento di programmazione-azione sanitaria nelle carceri e deve essere necessariamente concordato con le Amministrazioni Centrali dello Stato componenti del tavolo e in particolare con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia. È tuttora in corso l'esame delle bozze di seguito indicate:

- Bozza di Linee di indirizzo in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti (bozza consolidata con le Regioni 14.01.2020); (sottogruppo interistituzionale)
- Bozza Linee di indirizzo per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari per adulti (ASM) (Bozza condivisa da Regioni e PA 15.01.2021)
- Bozza Linee di indirizzo per il funzionamento delle articolazioni REMS e percorsi di presa in carico (sottogruppo interistituzionale)
- Linee di indirizzo per la tutela della Privacy in carcere (sottogruppo interistituzionale)
- Linee di indirizzo per la gestione della salute in ambito minorile (sottogruppo interistituzionale)



Un modello di presa in carico integrata e multidimensionale della persona con disturbo d'uso di sostanze in regime detentivo necessita di:

a. precoce valutazione medico-farmacologica per disporre eventuali interventi d'urgenza sanitari e favorire lo *screening* per patologie infettive o correlate al disturbo d'uso di sostanze

b. valutazione psicologica e approfondita indagine sociale della persona e del suo contesto e, qualora necessario, valutazione psichiatrica o di altra specialità necessaria

c. certificazione del DUS in base a parametri già evidenziati¹³. La concorrenza di tutti gli elementi che integrano l'accoglibilità della richiesta dovrebbero essere contenuti nella certificazione/relazione Ser.D e relazione UEPE affinché il tribunale possa escludere la "strumentalità per altri fini"

d. definizione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI), strumento operativo che consente la realizzazione di un percorso di cura centrato sulla persona ed è affiancato dal "Budget di salute", che definisce e garantisce le risorse economiche, professionali e umane necessarie per sostenerlo. Il PTRI contiene: diagnosi; obiettivi del progetto concordati con la persona e altri soggetti significativi; declinazione dei tempi, modalità e *setting* dell'intervento complessivo; monitoraggio del percorso; indicatori di efficacia; definizione della rete territoriale coinvolta e individuazione del Case manager.

- Il PTRI si configura ad alta intensità trattamentale per rispondere sia a esigenze di attenzione e cura globale della persona, sia a esigenze di tutela sociale. Sia all'interno del carcere che in misura alternativa, oltre agli interventi socio-sanitari propri dell'ambito dei Ser.D o dei CSM o delle strutture di presa in carico del Privato Sociale, sono necessari interventi di formazione professionale e di avviamento al lavoro (artt.2 e 19 L. 328/2000), di sostegno all'abitare e alla risocializzazione

- Le proposte di giustizia riparativa verso la vittima, specifica o aspecifica, devono essere contestualizzate nell'ambito del PTRI e favorite durante la sua realizzazione

- Si impone una profonda rivisitazione della collaborazione tra i diversi servizi e le reti territoriali. All'interno del carcere la presa in carico integrata, oltre il Ser.D coinvolge soprattutto le UU.OO. di salute in carcere e il personale del trattamento dell'Amministrazione penitenziaria, per allargarsi alla collaborazione col Privato Sociale, il Ser.D di competenza territoriale e l'UEPE, che deve ampliare composizione e competenze. Alla composizione della rete sono essenziali anche gli altri servizi sanitari territoriali (prevenzione, materno-infantili, DSM, specialistici) e quelli che, all'interno dei Piani di zona, concorrono agli aspetti sociali ed educativi, creando l'indispensabile integrazione degli interventi socio-sanitari

- Una cartella informatizzata unificata risulta essenziale per assicurare efficienza comunicativa, tracciabilità e trasparenza del percorso e che permetta la raccolta di dati necessari alle amministrazioni sanitarie centrali dello Stato per la programmazione

¹³ La sola astinenza da uso di sostanze, conseguita in virtù del fattore contingente della reclusione, non può essere indicativa di remissione stabile. La presenza di sintomi che evidenziano la dipendenza psichica costituisce un parametro da cui non si può prescindere per accertare la "attualità" della malattia, che richiede programmi di intervento complessi e di lunga durata.



- Continuità del trattamento in carcere e protocolli di dimissione dal carcere personalizzati a cura dell'equipe Ser.D (intra ed extra muraria). La scarcerazione dovrebbe essere accompagnata da uno specifico documento che riporti prescrizioni e diagnosi eventuali con affidamento dei farmaci assunti così da non esporre la persona a gravi rischi per la sua salute, non escludendo anche contatti diretti con il sistema territoriale di presa in carico di base

Personae detenute straniere senza permesso di soggiorno

Delle persone detenute in carcere per violazione dell'art.73, il 34% è costituito da stranieri¹⁴, dato pressoché costante da circa 20 anni. Il D.Lgs. 230/99 art.1 comma 5 stabilisce che "sono iscritti al SSN gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti negli Istituti penitenziari. Hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti a prescindere dal regolare permesso di soggiorno in Italia". Tuttavia, è di difficile accessibilità la fruizione delle misure alternative, per mancanza di risorse sociali di riferimento o irreperibilità di documenti validi a contrarre un regolare contratto di lavoro o d'affitto. È inoltre preclusa di fatto la presa in carico territoriale al momento del rilascio in grado di fornire continuità assistenziale, per cui ogni compliance alla cura sanitaria è destinata a vanificarsi. Ne consegue la necessità di un'opportuna revisione dell'art.89 del DPR 309/90 che prevede l'espulsione dello straniero a pena espiata se condannato per reati agli artt.73,74,79 e 82 comma 2 e 3. Per evitare una nuova fase di clandestinità ed emarginazione, circostanze che favoriscono la recidiva nel DUS e nella criminalità, il Tavolo Tecnico propone la concessione di un permesso di soggiorno in prova, similmente all'istituto della messa alla prova, come misura da erogare al termine della pena e di durata temporanea.

¹⁴ Relazione al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze 2021



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

(Tavolo tecnico 2)

a cura di Fabrizio Faggiano

Concetti e obiettivi della prevenzione delle dipendenze

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali, inclusa la dipendenza.

A questo fine, le politiche e gli interventi di prevenzione possono agire con il fine di prevenire la sperimentazione di tali sostanze o la transizione verso stadi di consumo più problematici.

A seconda della popolazione target a cui si rivolge l'intervento, si possono distinguere:

- **Prevenzione universale:** interventi o politiche che si rivolgono a tutta la popolazione o a tutti i membri di un gruppo target, indipendentemente dalla storia di uso di sostanze.
- **Prevenzione selettiva:** interventi che si rivolgono a gruppi vulnerabili, che presentano un rischio specifico superiore alla media della popolazione, individuati sulla base di criteri socio-demografici ed epidemiologici.
- **Prevenzione indicata:** interventi che si rivolgono a individui che presentano tratti di personalità o fattori di rischio che li rendono più vulnerabili alla progressione verso un uso problematico. La vulnerabilità deve essere accertata clinicamente. L'uso di sostanze non è necessariamente presente.
- **Identificazione precoce** della persona che appare avviata in un percorso di uso problematico, dal punto di vista della salute o del funzionamento sociale, e contestuale **presa in carico** al fine di interrompere la progressione verso l'insorgere di problematiche correlate alla dipendenza.

Queste ultime tappe della prevenzione sono particolarmente delicate per il rischio che un comportamento transitorio, che interessa una proporzione elevata di popolazione (25% dei giovani 15-19 anni hanno usato cannabis nel 2019), possa essere scambiato per percorso problematico e avviato al trattamento.

Interventi preventivi

Gli interventi di prevenzione sono insieme più o meno complessi di pratiche che hanno l'obiettivo di promuovere la salute prevenendo l'inizio o la progressione dell'uso di sostanze psicoattive e comportamenti additivi. I fattori di rischio e di protezione sui quali agiscono sono comuni all'uso abuso e dipendenza di tutte le sostanze psicoattive, e ai comportamenti additivi, e questa è la ragione per cui non sono indicati interventi e programmi indirizzati a singole sostanze, se non in situazioni specifiche.



Agiscono attraverso lo sviluppo di competenze sociali e individuali, la modifica delle percezioni, delle attitudini, delle credenze, e possono produrre anche effetti indesiderati. Per questo motivo per essere adottati, e quindi essere indicati come **Interventi Efficaci, Sostenibili e Trasferibili (IPEST)**, devono presentare le seguenti caratteristiche:

- essere manualizzati, per assicurarne la replicabilità;
- prevedere una formazione specifica;
- essere *evidence-based*, cioè essere stati valutati con risultati positivi da studi scientifici rigorosi;
- presentare caratteristiche di sostenibilità e trasferibilità ad altri contesti.

In Italia non esiste però un sistema di assicurazione della qualità degli interventi erogati nei diversi *setting*. È necessario identificare un ente che assuma il coordinamento di una filiera «certificata» delle IPEST sulle dipendenze. Questo ente dovrebbe occuparsi di:

- progettare di interventi innovativi;
- coordinare la disseminazione e l'assicurazione di qualità degli interventi che già hanno le caratteristiche di IPEST;
- monitorare la disseminazione;
- identificare e adattare al contesto italiano gli interventi efficaci valutati in altri paesi (traduzione e adattamento, eventuale rivalutazione, implementazione etc.).

Prevenzione nel *setting* scuola

La scuola ha un ruolo essenziale nella prevenzione dell'uso e della dipendenza e nella identificazione precoce dei soggetti avviati a un percorso di uso problematico di sostanze psicoattive, perché è luogo di vita abituale di tutti i giovani nell'età più a rischio, oltre che per i suoi fini educativi.

Per questo la scuola è il principale ambito in cui assicurare:

- una informazione di base scientifica e non moralistica sulle sostanze psicoattive e sui loro effetti sulla salute fisica, psichica e sociale, oltre che sui servizi dedicati alla gestione del problema;
- la fornitura di curricula integrativi costituiti da interventi selezionati fra le IPEST;
- l'equità geografica di distribuzione e la qualità degli interventi.

A questo scopo è essenziale;

- che tutte le scuole abbiano un insegnante riferimento per l'educazione alla salute formato in modo specifico;
- operare in rete con le Aziende Sanitarie, le famiglie e le altre realtà presenti sul territorio

I **Centri Informazione e Consulenza (CIC)**, oggetto in passato di una serie di circolari ministeriali, a volte contraddittorie, sono riconosciuti come uno strumento essenziale di identificazione e presa in carico precoce di giovani in difficoltà. È necessario un loro potenziamento sulla base dei seguenti principi:



- attivazione in tutte le scuole dell'obbligo e gli istituti superiori, prevedendo un *team* multiprofessionale (educatori e psicologi);
- definizione del ruolo, mandato, modalità di intervento, modalità di relazione con il territorio e modalità operative per l'identificazione precoce. Questo richiede la stesura di linee guida basate su evidenze scientifiche da promuovere in tempi rapidi, anche in accordo con l'apposita commissione attivata per il PNP.

Il ruolo del CIC potrebbe anche includere attività di *empowerment* e di acquisizione di *soft skill*, di interazione tra scuola e territorio, contribuendo in questo modo al rinnovamento della scuola.

Prevenzione nel *setting* comunità

Coalizioni locali

Il livello locale è un terreno fertile di alleanza fra scuola, operatori socio-sanitari, famiglia e altri attori della comunità. A questo livello possono essere identificati i problemi prioritari della comunità, in considerazione dei diversi contesti e delle fasce di età, e su di essi attivata la comunità con le sue risorse e le sue energie, lungo programmi appropriatamente valutati e implementati, selezionando gli IPEST adeguati per affrontare i problemi identificati.

Per la costruzione di coalizioni locali l'EMCDDA raccomanda di adottare il modello *Communities that care* (CTC – EMCDDA 2017), sperimentato con successo negli USA. Si tratta di un modello interessante che merita di essere proposto, previa traduzione, adattamento e validazione a livello italiano.

Azioni di comunicazione

Le campagne sui mass media sono iniziative intraprese dalle autorità nazionali che utilizzano la comunicazione per diffondere informazioni su, ad esempio, stili di vita salutari o rischi per la salute, al fine di persuadere le persone ad adottare comportamenti sani. Le campagne utilizzano mass media tradizionali, oltre ai moderni social media (Ferri 2013, EMCDDA 2013).

Le campagne sulle dipendenze hanno un importante potenziale sia informativo che normativo, potendo incidere su percezioni e credenze della popolazione, e rinforzare i fattori di protezione rispetto all'uso problematico di sostanze legali e illegali e a comportamenti additivi, quali il gioco d'azzardo, oltre che facilitare l'accesso alle cure e alla prevenzione per gli interessati. Un altro obiettivo è il contrasto allo stigma dell'utilizzatore di sostanze psicoattive, uno dei fattori del ritardo al ricorso ai CIC nelle scuole e ai Ser.D a livello del territorio da parte di giovani che percepiscono di aver intrapreso un percorso di consumo rischioso o che attraversano periodi di difficoltà personali.



Al fine di evitare effetti indesiderati, evidenziati da alcuni studi, l'EMCDDA raccomanda che le "campagne dovrebbero essere condotte solo in un contesto di studi di valutazione rigorosi, ben progettati e adeguatamente dimensionati" (EMCDDA 2013).

A questo fine:

- gli obiettivi e i target devono essere chiaramente definiti (informativo, normativo, su quali sostanze e comportamenti);
- i messaggi essere attentamente adattati al target e al mezzo, facendo riferimento alle campagne informative di successo condotte in altri paesi;
- il modello teorico esplicitato;
- una valutazione di efficacia teorica, di impatto e costo efficacia deve essere prevista, adottando i disegni di studio più rigorosi, anche al fine di produrre evidenza per le campagne successive.

Mondo della notte

È un *setting* cruciale in cui un numero elevato di giovani e adulti è esposto alla possibilità di usare sostanze psicoattive di varia natura. In questo *setting* dovrebbero essere proposti interventi complessi che abbiano componenti di informazione e prevenzione universale, insieme a componenti di *harm reduction*, adattati al tipo di contesto (*rave, festival, movida cittadina, discoteca...*). Per questo è raccomandabile che gli operatori pubblici siano messi nelle condizioni di effettuare legalmente operazioni di *drug-checking*, che permettano di identificare componenti inattesi e/o sostanze sospettate di maggiori effetti negativi sulla salute (es. oppioidi sintetici), in modo da informare tempestivamente sui rischi associati. Il *drug-checking* è un potente mezzo di aggancio e deve essere combinato con azioni di *counselling*. In alcuni contesti è poi consigliabile la predisposizione di spazi di decompressione (*chill-out*) dove i consumatori possono attendere che l'effetto psicoattivo della sostanza venga smaltito dall'organismo. Per questi fini è essenziale che l'accesso degli operatori ai luoghi di aggregazione sia garantito e tutelato dalle forze dell'ordine.

Va valutata poi l'opportunità di poter effettuare il *drug-checking* anche presso i Servizi pubblici durante le normali ore di apertura.

Ruolo del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)

Negli ultimi anni il DPA ha assunto un ruolo prevalente "contro il diffondersi dell'uso di sostanze stupefacenti". Il Tavolo Tecnico evidenzia la necessità di rafforzare il ruolo di coordinamento interistituzionale proprio del DPA anche in ambito di prevenzione delle dipendenze, garantendo un'essenziale integrazione allo strumento di programmazione del Ministero della Salute rappresentato dal PNP (Macro Obiettivo 2 Dipendenze), grazie all'acquisizione di funzioni e competenze attualmente carenti in Italia:



- traduzione e disseminazione dei materiali e delle banche dati dell'EMCDDA utili alla prevenzione;
- gestione e coordinamento di tutta la filiera di accreditamento dei programmi di prevenzione e di presa in carico precoce. Questa consiste in particolare nelle funzioni di:
 - promozione della valutazione di programmi promettenti;
 - selezione di interventi validati dalla comunità scientifica internazionale che merita di trasferire nel contesto italiano;
 - coordinamento delle attività di adattamento e traduzione dei programmi così selezionati;
 - creazione e mantenimento di un repertorio di interventi efficaci (in analogia del Xchange prevention registry dell'Emcdda) in accordo con il Network Italiano di EBP (<https://www.niebp.com/>) che già opera in questo senso per il PNP;
- monitoraggio specifico delle attività di prevenzione condotte sul territorio;
- coordinamento delle attività di formazione alla prevenzione.

Ruolo e immagine dei Servizi Dipendenze e degli Enti Accreditati

Secondo l'art.113 della L. 309/1990, i servizi per le dipendenze (Ser.D) svolgono "*attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze*". Ad oggi però sono soprattutto le attività di cura e riabilitazione ad essere svolte dai Ser.D, in particolare per il profilo principalmente clinico degli operatori che vi operano.

I Ser.D, insieme agli Enti Accreditati, devono rappresentare la chiave di volta del contrasto alle dipendenze. Al fine di rinforzare questo ruolo è però necessario:

- sviluppare competenze specifiche sulle materie di confine fra prevenzione e clinica, al fine di diventare punto di riferimento intersettoriale della prevenzione selettiva, prevenzione e presa in carico e trattamento precoci;
- attuare ogni azione utile a modificare l'immagine del servizio affinché diventi presso la popolazione punto di riferimento per chi vuole ragionare sui propri consumi e comprendere meccanismi dietro i propri comportamenti.

A questo fine è essenziale che tutti i referenti Ser.D alla prevenzione intraprendano un percorso di formazione nazionale come quello dell'EUPC (EMCDDA 2019).

Contributo dei Ministeri della Salute e dell'Istruzione

Il Tavolo Tecnico ritiene che il Ministero dell'Istruzione debba adoperarsi per rendere più uniforme a livello nazionale l'offerta di interventi preventivi di qualità, anche attraverso la definizione di un docente di riferimento dell'educazione alla salute a cui proporre una formazione nazionale.



Il Ministero della Salute viene invece invitato a sollecitare urgentemente l'elaborazione di linee guida per l'identificazione, la presa in carico e il trattamento precoci. Si tratta di interventi di estrema delicatezza per il rischio di stigmatizzazione, che richiedono quindi un approccio scientifico rigoroso.

Formazione

Il campo della prevenzione delle dipendenze ancora oggi soffre della mancanza di una formazione curricolare.

L'EMCDDA ha predisposto l'*European Prevention Curriculum* (EUPC) che è uno strumento di formazione essenziale per gli operatori della prevenzione delle dipendenze (EMCDDA 2019). Il PNP 2020-2025 ha introdotto come obiettivo trasversale del PP4 "*Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su ... EUPC Curriculum*".

Per perseguire una omogeneità territoriale nella formazione alla prevenzione delle dipendenze si propone che almeno un operatore venga formato con il EUPC in ogni Azienda Sanitaria e in ogni Ufficio scolastico.

Al fine di assicurare la produzione di programmi innovativi di prevenzione delle dipendenze, si sollecita la predisposizione di *Master* Universitari di progettazione, valutazione, implementazione di interventi di prevenzione.

Prevenzione del Gioco d'Azzardo Patologico

Il gioco d'azzardo è un comportamento additivo, che quindi può determinare, in particolare in soggetti vulnerabili o in determinati momenti della vita, una progressione verso comportamenti problematici e la dipendenza.

La prevenzione di questa progressione si basa su due cardini riconosciuti dalla letteratura internazionale e da esperienze anche italiane:

- interventi volti a irrobustire le conoscenze matematiche utili a sfatare falsi miti, concezioni erranee, superstizioni, pensieri errati riguardo all'azzardo e alle probabilità di vincita (Keen 2017);
- la riduzione della densità e accessibilità degli apparecchi elettronici (Sulkunen 2018), come provato dalla legge regionale 9/2016 del Piemonte che, nel periodo di implementazione, ha mostrato una riduzione significativa delle perdite e dell'iniziazione e dello sviluppo di gioco problematico (IRES 2019, Benedetti 2020; Rolando 2021).

Le modalità di gioco si evolvono rapidamente (vd le recenti forme di convergenza tra *gaming* e *gambling*) e questo richiede una attenzione continua al problema e una regolamentazione specifica capace di adattarsi a tali evoluzioni.



Riferimenti bibliografici

Benedetti E., Molinaro, S. (eds.) (2020), GAPS, L'azzardo nella Regione Piemonte. Research report of the National Research Council, Consiglio Nazionale delle Ricerche. https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2020/10/GAPS-Piemonte_Report_ISBN-low.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013), Perspectives on drugs. Mass media campaigns for the prevention of drug use in young people, Publications Office of the European Union, Luxembourg

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg

Ferri M, Allara E, Bo A, Gasparrini A, Faggiano F. Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD009287. DOI: 10.1002/14651858.CD009287.pub2

IRES Piemonte (2019), 10 numeri sul gioco d'azzardo in Piemonte - Note brevi sul Piemonte n. 1/2019 https://www.ires.piemonte.it/images/pubblicazioni/note-brevi/2019-01_NotaGiocoAzzardo.pdf

Keen B. Systematic review of empirically evaluated school based gambling education programs. J Gambler Stud (2017) 33:301-325

Rivoiro C, Pomatto G, Aimo N. (2020). Il Gioco d'Azzardo in Provincia di Cuneo e la valutazione del progetto "Punta su di Te 2.0". IRES Torino.

Rolando S., Jarre P. (2021). La regolamentazione del gioco d'azzardo in Italia e il "caso Piemonte": un'efficace policy di contenimento dell'offerta. In Rolando S. (a cura di), Limitare l'azzardo. Gioco, scienza e politiche pubbliche. Carocci editore.

Sulkunen, P., Babor, T. F., Ornberg, J. C., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., ... & Rossow, I. (2018). Setting limits: Gambling, science and public policy. Oxford University press.



Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei SerD e delle Comunità Terapeutiche

(Tavolo tecnico 3)

a cura di Fabrizio Starace

Nell'affrontare il tema dell'evoluzione delle dipendenze e delle innovazioni necessarie per fare in modo che il sistema dei Servizi pubblici e delle Comunità Terapeutiche sia in grado di rispondere adeguatamente alle sfide del terzo millennio, l'attenzione si è concentrata – come da mandato – sulla verifica di impatto dell'attuale normativa, sull'applicazione dei documenti di indirizzo nazionali e regionali, sull'individuazione delle aree di criticità e sulle possibili azioni di aggiornamento del quadro legislativo e del miglioramento dei livelli di governance.

In premessa, è stata sottolineata la necessità di una revisione dei principi ispiratori della legge attuale che, dal modello della repressione/punizione, conduca a un modello di governo e regolazione sociale del fenomeno, rilanciando i principi della sanità territoriale, delle prestazioni a alta integrazione sociosanitaria orientate alla promozione della salute, del coinvolgimento attivo delle persone direttamente interessate, del sostegno dell'autoregolazione.

Si rileva tuttavia la mancanza di unanimità sulla popolazione a cui ci si riferisce: se da un lato esiste una visione che indirizza le cure a tutte le persone che usano droghe e a coloro che sviluppano una dipendenza, comprendendo nel percorso riabilitativo anche gli interventi di RdD e LdR, dall'altra ci si concentra sul trattamento e la cura delle persone che hanno sviluppato una dipendenza.

La diversificazione dei modelli di uso delle sostanze, con rischi di poliabuso, l'emergere di nuove dipendenze comportamentali, la crescita di comorbidità con patologie internistiche e disturbi psichiatrici, l'invecchiamento della popolazione in carico ai servizi e la scarsa capacità di intercettare precocemente le persone che usano droghe, sono tutti elementi che impongono un adeguamento ed un rafforzamento del sistema di offerta preventiva, terapeutica e riabilitativa e di riduzione del danno.

Come ribadito da tutti gli Organismi ed Agenzie Internazionali, l'assunzione del modello della riduzione del danno e della limitazione dei rischi assume rilievo di strategia trasversale, integrata con il Terzo Settore, secondo modalità di coprogrammazione e cogestione, e con il pieno coinvolgimento delle persone che usano droghe e con dipendenza.

Appare evidente, inoltre, che la riforma del Titolo V della Costituzione ha comportato negli ultimi venti anni una difformità nella programmazione delle attività sanitarie delle Regioni, conducendo a modelli di intervento molto differenziati tra loro, che oggi necessitano di individuare strumenti per superare l'estrema differenziazione tra le politiche adottate delle varie Regioni e le conseguenti disomogeneità inter- ed intra-regionali nell'organizzazione del sistema territoriale dei SerD, degli interventi di RdD e LdR innovativi e di prossimità e della loro integrazione con le attività degli EE.LL..



È quindi necessario strutturare un sistema di “governance diffusa”, definito e coordinato sia in senso verticale che orizzontale che preveda:

- un organo di coordinamento nazionale per la definizione coordinata della programmazione strategica entro cui siano rappresentate le istituzioni centrali (Min. Salute, DPA, altri ministeri, Enti di Ricerca), Regioni, Enti locali, i rappresentanti del terzo settore, delle società scientifiche, della società civile, dei portatori di interesse;
- l’adozione di atti di intesa da approvare in Conferenza Unificata (Stato-Regioni-EE.LL.), per rispondere all’esigenza di indirizzi nazionali uniformi e all’autonomia delle Regioni, seguendone l’applicazione con percorsi applicativi coordinati e monitorati;
- nell’ambito delle diverse strutture regionali, la presenza di un Ufficio Dipendenze che coordini un Tavolo Permanente di consultazione, a composizione integrata, per la lettura approfondita del quadro regionale, la programmazione partecipata degli atti strategici ed il loro monitoraggio;
- a livello locale, la definizione dei livelli di governo territoriale che diano concreta applicazione alla programmazione integrata e, allo stesso tempo, costituiscano il perno di reti locali comprendenti il terzo settore, le istituzioni locali, le associazioni. Al centro di questo impianto sta il rilancio dei Piani di Zona, sia per la rilevazione dei bisogni che per la programmazione dei servizi.

Condizione imprescindibile per l’avvio di questo complesso processo di riforma è la definizione vincolata delle risorse necessarie al sistema di prevenzione cura e riabilitazione per le dipendenze. Negli anni queste risorse si sono progressivamente ridotte, al punto da divenire oggi totalmente insufficienti. Emblematico in tal senso è l’azzeramento del fondo previsto all’art. 127 della L. 45/99, interamente confluito nel Fondo indistinto delle Politiche Sociali a seguito dell’approvazione della L.328/2000. Il rifinanziamento di quel fondo, che ha garantito percorsi di prevenzione, inserimento socio-lavorativo ed ha consentito sperimentazioni importanti nel campo della cura e della riabilitazione, oggi divenute prassi operative, dovrebbe attestarsi almeno all’1,5% del fondo sanitario. Un incremento di almeno il 35% delle risorse attualmente dedicate ai servizi territoriali delle dipendenze era già previsto nel Piano elaborato dal Comitato di Esperti per la ripresa economica e sociale istituito dalla PDCM nel 2020 per consentire non solo un allineamento agli standard prefissati, ma anche di affrontare le conseguenze della pandemia, con particolare riferimento all’abuso di sostanze e alla diffusione delle dipendenze comportamentali.

L’organizzazione dei Servizi per le Dipendenze in una prospettiva di innovazione

Direttamente connesso alle differenti politiche regionali sta la variabilità dei modelli organizzativi del sistema dipendenze che le regioni italiane hanno adottato: le diversità non riguardano solo la collocazione dei servizi SerD nelle macro-articolazioni aziendali, ma più in generale la complessiva articolazione del sistema pubblico/privato ed i meccanismi di collegamento tra i settori pubblici e privati accreditati delle dipendenze, della salute mentale e della medicina interna. Un esempio sono i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), introdotti per facilitare l’accessibilità alla cura. Nel Panel sono



state espresse opinioni rappresentative dell'attuale variabilità inter-regionale e dei differenti orientamenti disciplinari: da un lato la preoccupazione di un assorbimento del sistema dei servizi per le dipendenze nelle macrostrutture dipartimentali per la salute mentale, con il rischio di una "medicalizzazione" dei consumi e della presa in carico; dall'altro la possibilità della integrazione in una macrostruttura aziendale che includa le UU.OO con cui le Dipendenze hanno il maggior numero di interfacce. L'orientamento prevalente negli esperti dell'area dipendenze è quello di pervenire all'istituzione di un Dipartimento per la Tutela della Salute delle Persone che Usano Droghe e/o con Dipendenza comportamentale, con autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale ed articolato per modelli di consumo. Si ritiene peraltro che l'attuale variabilità organizzativa, difficilmente emendabile in costanza di autonomia regionale, possa divenire oggetto di una accurata valutazione comparativa, volta a verificare i parametri di accesso, la specificità e intensità di cura, la globalità di presa in carico, gli esiti clinici e psicosociali. Tale valutazione consentirebbe di identificare standard organizzativi, di risorse e qualità da convogliare in appositi Atti di Intesa Stato-Regioni.

Un elemento di particolare rilievo è la revisione dei criteri di accreditamento con il Terzo Settore. La riformulazione di tali criteri dovrebbe essere coerente con la definizione di tipologie di programmi per soglie di intensità, con tempi flessibili, negoziati con gli utenti, ed introdurre la possibilità di accreditamento di servizi e interventi cogestiti dai servizi pubblici e del privato sociale. Va previsto inoltre l'accREDITamento di Comunità per minori con problemi di dipendenza tenendo conto dei maggiori ed impegnativi bisogni di questa specifica utenza (scuola, attività sportive e ricreative, etc.), che pur nel rispetto del Titolo V della Costituzione, possano condurre a delineare un sistema più unitario.

Un'altra criticità strutturale è il progressivo depauperamento delle risorse umane dei servizi per le dipendenze. È opinione condivisa che sia necessario programmare risorse di personale che rispettino il criterio della multi-professionalità e siano individuate in base a standard quali-quantitativi e ad obiettivi/LEA da garantire.

Alle caratteristiche quantitative del personale vanno sincronicamente collegate quelle qualitative: in tal senso la formazione e la supervisione agli operatori consente da un lato l'aggiornamento e la manutenzione continua delle competenze tecniche e relazionali necessarie ad affrontare le innovazioni, dall'altro contribuisce ad evitare il burn-out offrendo occasioni motivazionali per continuare a lavorare sul campo. I piani di aggiornamento e formazione dovranno essere adottati a livello Aziendale e Regionale e rivolgersi in modo integrato tanto al personale del settore pubblico quanto a quello del privato sociale accreditato.



Appropriatezza dei percorsi terapeutici, di riduzione del danno e dei rischi (RdD/LdR), e di promozione della salute, monitoraggio e valutazione degli esiti, presa in carico globale della persona

Il sistema deve essere rimesso in linea con i bisogni e le necessità attuali attraverso la definizione di linee guida / raccomandazioni nazionali basate su un'accurata analisi delle evidenze disponibili, e condivise con le autonomie regionali, che superino la frammentazione e la difformità degli interventi e delle performance dei servizi, analizzati attraverso i flussi informativi nazionali per rilevare le migliori soluzioni organizzative e gli interventi innovativi da diffondere su tutto il territorio. A livello locale ciò dovrà tradursi nella definizione di percorsi di cura integrati e multi-professionali che comprendano dipendenze comportamentali, poli-abuso, comorbilità psichiatriche e interniste e rischi connessi a nuovi modelli di consumo, che orientino il passaggio da un sistema di tipo prestazionale a una progettazione individualizzata ed integrata organizzata sui bisogni individuali e sui contesti diversificati del consumo, piuttosto che sul "tipo" di dipendenza.

Più in generale, la presa in carico multidisciplinare, multifattoriale ed integrata prevede il passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care" in cui il budget di salute (v. infra) può costituire lo strumento più appropriato, che preveda tanto l'intervento terapeutico quanto il reinserimento e i processi di inclusione sociale.

L'integrazione tra i servizi socio-sanitari, quella con i medici di medicina generale, con il pronto soccorso, le malattie infettive e, naturalmente, laddove non appartengano a una medesima macrostruttura, con la salute mentale, è condizione essenziale per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La definizione dei PDTA non può prescindere, inoltre, dall'integrazione inter-istituzionale con i servizi sociali e dal rapporto funzionale con i servizi del Terzo Settore per la presa in carico di soggetti vulnerabili e in condizione di marginalità che sempre più spesso manifestano problemi di dipendenza.

Il modello del Budget di salute

L'adozione dello strumento del BdS nel sistema delle dipendenze viene ritenuta una opzione strategica che, in attesa di una più compiuta integrazione istituzionale, può consentire la ricomposizione delle componenti sanitarie e sociali sui territori, attraverso la programmazione sociosanitaria integrata di zona, e dare corpo al principio costituzionale della sussidiarietà.

Il BdS è lo strumento a sostegno del Progetto individualizzato in cui la componente terapeutico-riabilitativa derivi dalla valutazione della natura del bisogno; degli obiettivi e i risultati attesi; della rete attivata e dell'articolazione dei diversi interventi; della durata del progetto; delle modalità di verifica; dei costi e della composizione del budget; del case manager del servizio proponente e degli altri servizi coinvolti. Il progetto dovrà essere sottoscritto dal diretto interessato/a e dai responsabili dei servizi pubblici e del privato sociale coinvolti.



Il BdS è la sintesi delle risorse finanziarie del Sistema Sanitario Regionale e del Servizio Sociale Comunale (o di Ambito Territoriale), di quelle individuali, familiari, comunitarie, del volontariato, volte a migliorare la salute nell'ottica del possibile recupero mediante l'attivazione di percorsi evolutivi e delle risorse di comunità secondo la logica del welfare generativo.

L'adozione del BdS nell'area delle dipendenze diventa un'opzione strategica fondamentale se sostenuta da una programmazione nazionale, da un sistema articolato di LEA/LEP adeguatamente finanziati, da atti di programmazione regionale che definiscano il sistema di governance istituzionale e di pianificazione locale sul versante sanitario, socio-sanitario e sociale.

Partecipazione delle persone con dipendenza e familiari ai percorsi di cura

Tema centrale per una visione innovativa del sistema nelle dipendenze è quello della piena partecipazione delle persone con dipendenza e familiari negli ambiti programmatori, di monitoraggio e di verifica dei percorsi di cura e degli interventi Ldr e Rdd. In primo luogo questa presenza dovrà sistematicamente essere perseguita nella definizione dei singoli percorsi di cura, quale modalità ineludibile di lavoro nella predisposizione e implementazione dei piani individualizzati.

Il coinvolgimento delle PUD nei percorsi di cura dovrà inoltre avvenire attraverso: la partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto attivati all'interno del percorso riabilitativo; il coinvolgimento dei pari negli interventi di riduzione dei danni e dei rischi; il sostegno al supporto tra pari; la partecipazione a percorsi di sostegno alla genitorialità. Il coinvolgimento dei familiari nei percorsi di cura dovrà avvenire attraverso incontri strutturati tra servizi e genitori volti a consolidare l'alleanza terapeutica e gruppi di auto-mutuo-aiuto tra genitori.

Più in generale, la presenza di rappresentanti delle associazioni di persone dipendenti e familiari dovrà essere prevista nella composizione degli organi consultivi aziendali e regionali e negli organismi di programmazione e verifica previsti dalla programmazione sociale (PdZ).

Adeguamento dei servizi alla nuova domanda di trattamento (dipendenze comportamentali; accesso under 25)

Il tema dell'accessibilità dei servizi, ossia l'esigenza di abbassare le soglie di accesso e di disporre di percorsi specifici per le nuove forme di dipendenza e per gruppi di popolazione allo stato difficilmente raggiunti (ad es.: giovani minori con problemi di uso o abuso di sostanze) si coniuga con le opportunità offerte dalla programmazione delle Case della Comunità presente nel PNRR. La possibilità di disporre di spazi e tempi di primo contatto in contesti de-stigmatizzanti, ad accesso libero e/o su richiesta delle cure primarie o dei servizi sociali, può rivelarsi opzione strategica che deve vedere il sistema delle dipendenze parte integrante della riforma dei servizi territoriali prevista dal PNRR.



Obiettivo primario è la riduzione dei tempi di primo contatto e di attivazione degli eventuali interventi, elemento centrale per la riqualificazione dei servizi nel loro insieme e per la realizzazione di una concreta complementarità tra gli interventi di riduzione del danno ed il trattamento delle dipendenze. Allo stesso tempo, risulta necessario ampliare e innovare le strategie di incontro dei giovani nei contesti “naturali” di consumo, in continuo cambiamento, compresi i contesti del dark web, già in sperimentazione in alcune realtà italiane e diffuse in alcuni Paesi europei.

In questo contesto, si inserisce anche la qualificazione del ruolo del terzo settore con la valorizzazione delle sue competenze e approcci multidisciplinari e degli interventi in un'ottica di integrazione con il pubblico.

L'utilizzo delle nuove tecnologie nei percorsi di cura

Per nuove tecnologie si intendono in questa sede quelle rese disponibili dalla diffusione della rete e degli strumenti informatici, che nelle dipendenze possono assumere un ruolo rilevante per migliorare la qualità e la continuità delle cure.

La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza quanto anche nei Servizi per le dipendenze la telemedicina possa consentire l'erogazione di alcuni tipi di prestazioni da remoto, in grado di integrare le prestazioni sanitarie tradizionali. In particolare, in questo periodo nei SerD sono stati sperimentati alcuni modelli: Televisita (per medici e psicologi) e Teleassistenza (per professioni sanitarie), che hanno permesso l'interazione a distanza con gli assistiti; Teleconsulto, che ha permesso la comunicazione tra professionisti, colloqui di supporto, valutazioni sanitarie, colloqui di monitoraggio, riunioni di coordinamento e di rete tra professionisti, ecc.

Anche gli interventi erogati a domicilio del paziente possono essere efficacemente supportati da strumenti di gestione della documentazione elettronica (ad es.: monitoraggio dei parametri vitali, registrazione delle prestazioni erogate, somministrazione di test di assessment)

Appropriato utilizzo della terapia sostitutiva con farmaci agonisti e affidamento di farmaci agonisti

Dopo 50 anni di esperienza il trattamento a lungo termine di mantenimento con agonisti oppiacei è in grado di controllare la dipendenza da oppiacei, le sue conseguenze, e di migliorare le condizioni psico-fisiche e sociali del paziente. Da una ventina d'anni al metadone è stata affiancata la buprenorfina e numerose preparazioni di ultima generazione stanno per entrare in commercio con l'obiettivo di riuscire a personalizzare al massimo la prescrizione e di gestire il trattamento farmacologico con appropriatezza e sicurezza.



Gli interventi di “riduzione del danno” tuttavia non devono essere considerati in contrapposizione con la prospettiva del trattamento delle dipendenze. Riduzione del danno e trattamento sono strategie complementari, parte dello stesso sistema, nella prospettiva del coinvolgimento e valorizzazione delle risorse e competenze della persona, secondo i principi dell’empowerment, interagendo a diversi livelli compresi quelli della cura.

Nel futuro prossimo è possibile prevedere un’organizzazione dell’assistenza alle persone con dipendenza che tenga conto delle mutate condizioni cliniche e possibilità terapeutiche. Come per tutte le altre discipline mediche l’assistenza andrà organizzata per livelli di intervento con l’utilizzo dei principi generali del trattamento a lungo termine.

Sviluppo di osservatori provinciali e regionali e loro integrazione con l’Osservatorio Nazionale Dipendenze

Il DPR 309/90 disciplina l’istituzione di un Osservatorio permanente che verifica l’andamento del fenomeno delle “tossico”-dipendenze. Ha rilevanti funzioni di analisi delle attività dagli assistiti in carico ai SerD, mercato delle sostanze, organizzazione servizi sul territorio, ecc. Queste funzioni non sono state replicate in tutte le regioni o province: i costi, l’impegno e le risorse economiche necessarie sono allo stato insostenibili per molte regioni. Laddove è stato formalmente istituito un osservatorio locale, esso ha funzioni molto specifiche e parziali. È quindi necessaria la riorganizzazione di un Osservatorio nazionale che sia un punto centrale e sistematico dell’attività di rilevazione delle informazioni e si avvalga di un sistema di rete organizzato in cui vi siano singoli “local point” che forniscano informazioni specifiche, tempestive, utili alla programmazione e alle politiche.

A supporto di questa strategia multilivello potrebbero essere rilanciati anche gli osservatori regionali, attraverso norme nazionali in grado di definirne chiaramente la mission e garantire l’uniformità delle funzioni, al fine di raggiungere il coordinamento auspicato.

Mobilità interregionale e compensazione.

Particolare attenzione va infine rivolta all’eliminazione delle barriere alla mobilità interregionale, nel rispetto della libertà di scelta del luogo di cura da parte delle persone, e di conseguenza, all’esigenza di allineare i meccanismi di “compensazione” interregionali nel campo delle dipendenze a ciò che avviene negli altri comparti della sanità. In particolare, si rileva la necessità di aggiornare i documenti normativi e di indirizzo esistenti e di individuare le modalità per trasformarli in atti di intesa, tenendo conto del rapporto tra Stato e Regioni.



È peraltro evidente che senza una valorizzazione specifica delle prestazioni puntuali e degli interventi complessi non sarà possibile dare luogo a una modalità di compensazione interregionale che tenga conto dell'effettivo impegno di risorse.



Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee

(Tavolo tecnico 4)

a cura di Laura Amato

Premessa

Il presente documento rappresenta una sintesi delle posizioni emerse durante il lavoro del tavolo, con enfasi sulle possibili soluzioni proposte piuttosto che sulle criticità emerse.

Quando si parla di riduzione del danno (RdD) ci si riferisce a politiche e programmi che mirano a ridurre i danni associati all'uso di droghe. Ciò che caratterizza tali programmi è il focus sulla prevenzione dei danni causati dall'uso di droga piuttosto che sulla prevenzione del consumo di droga in sé, perché nasce dal concetto pragmatico che non tutti i consumatori di droga (PUD) vogliono smettere di usare sostanze, almeno in certi momenti della loro vita. L'obiettivo principale della maggior parte degli approcci di RdD è quello di entrare in contatto con i consumatori nei loro ambienti naturali, senza ignorare o condannare i loro comportamenti a rischio, ma piuttosto lavorare con l'individuo o con il gruppo per minimizzare gli effetti dannosi di quel dato comportamento, valorizzando le competenze delle PUD.

Il principale stimolo allo sviluppo di politiche e programmi di riduzione del danno è dovuto al ruolo che l'uso di droghe per via iniettiva e la condivisione di aghi e siringhe hanno avuto nella diffusione dell'epidemia da HIV negli anni '80 e '90. Da allora, la RdD si configura come parte integrante della risposta politica al consumo di droghe in Europa, inclusa come parte integrante delle politiche nazionali in gran parte degli Stati membri. Con il modificarsi negli anni dei modelli di consumo, gli interventi di RdD, pur mantenendo l'approccio iniziale, si sono adattati a tali mutamenti.

Nella Strategia Europea sulle droghe (2021-2025), che gli Stati membri sono chiamati ad attuare, viene riaffermato che uno dei cinque obiettivi chiave è la riduzione misurabile di danni e rischi sociali e sanitari droga correlati. Come conseguenza, nella maggior parte degli stati membri sono ormai routinari programmi di scambio siringhe (NSP), in associazione o meno con programmi di trattamento con terapie agoniste (OAT) (Wiessing 2017) che hanno contribuito in modo determinante alla riduzione delle infezioni virali (HIV, HCV) e batteriche (TB), overdose, ma soprattutto della mortalità tra le PUD.

In Italia, le linee guida europee, per prime le raccomandazioni EMCDDA a mettere a sistema la riduzione del danno, sono disattese a livello nazionale e locale. Nonostante l'avvenuto inserimento dei servizi di RdD nell'aggiornamento dei LEA (DPCM febbraio 2016; GU 65 del 18/3/17: Capo IV- ART. 28 comma k e il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017) al momento solo il Piemonte ha ottemperato introducendola nella propria normativa (D.G.R. 12 aprile 2019, N.42 - 8767) e la mappatura dei servizi e degli interventi rivela una geografia diseguale,



in cui vi sono Regioni che con continuità sostengono e promuovono gli interventi, altre che si limitano ad alcune tipologie, o che limitano gli interventi a una parte del territorio regionale; altre che lo fanno in modo intermittente e infine altre che non attuano alcun intervento. Tra le tante attività realizzate destano un certo interesse alcuni provvedimenti (ad esempio Piemonte e Lazio) dove vengono descritti e formalizzati gli standard organizzativi e strutturali di diversi interventi di RdD e LdR, come ad esempio gli obiettivi/finalità degli interventi, i destinatari, le modalità di accesso, prestazioni, orari di apertura, tipologia di prestazioni, composizione equipe, presenza operatori, ecc.

Sintesi della discussione

La quantità e la qualità degli interventi di RdD sono molto eterogenei nei vari territori, anche perché vi è una mancanza di linee guida nazionali sugli interventi di tutela della salute delle PUD. Vi è un'assenza di finanziamenti stabili per le attività specifiche per esse sono troppo spesso ridotte a progetti annuali o biennali. Questo porta ad una poca omogeneità e co-programmazione tra servizi pubblici e del terzo settore, tra le regioni e gli enti locali. Le attività di RdD andrebbero viste anche come un approccio che, nel rispetto delle libertà individuali, sia comunque caratterizzato da una forte tensione al recupero, infatti il tipo di aggancio non sempre porta l'utenza a intraprendere percorsi riabilitativi anche perché manca un effettivo e reale coinvolgimento dei PUD che andrebbero coinvolti nella definizione dei programmi così come richiesto dall'art.4 della Dichiarazione OMS di Alma Ata del 1978. Si è fatta notare la poca attenzione ai risultati dei servizi più innovativi e anticonvenzionali e poca partecipazione alle reti europee ed internazionali relative alla RdD riconosciute come interlocutori dall'EMCDDA.

Possibili soluzioni emerse

Traduzione in italiano e divulgazione delle best practice portal sviluppato dall'EMCDDA al fine di un maggior raccordo fra il sistema nazionale di RdD e quello europeo che porti alla definizione di un piano nazionale che recepisca le raccomandazioni UE e di una consulta che ne valuti applicazione ed impatto.

Necessità di linee guida nazionali alla cui produzione collaborino tutti i soggetti interessati comprese ovviamente le PUD. Promuovere e sostenere la realizzazione di occasioni formative e di aggiornamento per la conoscenza e lo scambio di esperienze (e dei relativi fondamenti teorico-metodologici) anche per aumentare la consapevolezza che gli interventi di RdD devono essere flessibili per adattarsi a nuovi modelli di consumo ed a nuovi contesti. Un atto della Conferenza Stato Regioni si rende necessario ad assicurare che tutte le Regioni recepiscono la normativa in materia di RdD come LEA. Nella progettazione e messa in atto degli interventi c'è bisogno di un maggior coinvolgimento dell'utenza coinvolta negli interventi stessi. Si auspica una maggiore integrazione del



lavoro di strada con quello dei servizi di cura e si auspica, l'introduzione, oltre agli standard nazionali di funzionamento e di qualità di sistemi di valutazione degli esiti.

Sarebbe estremamente importante al fine di tutelare la salute dei PUD incrementare le attività di testing, così come raccomandato anche da ECDC, EMCDDA e UNAIDS, possibilmente estendendo l'offerta di test HIV, HCV e IST anche al di fuori del contesto sanitario, ad esempio su unità mobili, così come sperimentato con buoni risultati anche in Italia in un progetto coordinato dallo Spallanzani. Inoltre dovrebbe essere garantita alla popolazione a rischio per patologia/condizione l'offerta di vaccinazioni specifiche.

Per quanto attiene al Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) si auspica un maggior coinvolgimento degli operatori attivi sui territori per migliorare la capacità di intercettazione delle nuove sostanze psicoattive (NPS) e favorire la diffusione massima delle allerte. Si auspica la creazione e divulgazione di uno o più siti/app - a cura delle Autorità sanitarie e/o Società scientifiche e/o Associazioni - sul modello olandese (<https://www.drugsredalert.nl/>). Sarebbe utile il finanziamento e l'implementazione di programmi di analisi delle sostanze simile a quanto avviene in Olanda con il sistema DIMS (<https://www.trimbos.nl/docs/cd3e9e11-9555-4f8c-b851-1806dfb47fd7.pdf>) da attuarsi con strumenti idonei da parte dei servizi pubblici e del terzo settore in collaborazione con i PUD e le loro organizzazioni e la diffusione massima degli allerta su tutte le piattaforme adeguate. Sarebbe anche utile il finanziamento e l'implementazione di programmi volti a migliorare le capacità analitiche dei laboratori dei servizi pubblici e del terzo settore per il riconoscimento delle NPS.

In tema di SNAP è stato presentato il modello di drug checking attualmente implementato in Regione Piemonte e da quest'ultima inserito nella normativa regionale, che dettaglia le prestazioni da considerarsi RdD, recependo le indicazioni del legislatore nazionale in materia di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il drug checking è uno strumento implementato sul territorio nazionale e europeo da alcuni decenni (rete TEDI Network che condivide i dati con l'EMCDDA) per cui esistono numerose prove di efficacia, sia a livello internazionale che nazionale. Dati del Progetto Neuttravel dimostrano che la metà delle persone che ricevono un referto diverso dall'atteso, decide di non consumare la sostanza. Nel quadro normativo attuale è possibile l'implementazione del servizio di drug checking ma bisognerebbe costruire un apparato legislativo che consenta agli operatori di lavorare in sicurezza con l'istituzione di protocolli che consentano una raccolta, conservazione e invio sicuro di campioni di sostanze illegali ai laboratori di tossicologia forense, senza dover infrangere il segreto professionale comunicando i dati delle persone. Sarebbe inoltre opportuna una azione di ricerca delle possibili fonti di finanziamento per aggiungere tali analisi alla routine dei laboratori forensi.

Rispetto all'adeguamento delle Unità Mobili e dei centri a bassa soglia a specifiche esigenze territoriali, andrebbe esplorata la possibilità di aprire al pubblico e agli operatori sanitari i dati sugli eventi acuti da sostanze raccolti dal sistema sanitario e dal Ministero dell'Interno, ISTAT, DCSA, man



mano che si rendono disponibili, integrandoli con le informazioni utili per orientare l'attività di prevenzione e cura sul campo.

Durante la discussione è emersa la proposta di avviare la sperimentazione dei diversi modelli di stanze di consumo per consentire valutazioni rigorose della loro efficacia e sicurezza al fine di tutelare la salute dei consumatori ma anche di garantire alla popolazione generale una diminuzione del degrado urbano e della microcriminalità. Tale proposta non ha visto concordi tutto il panel di esperti.

Per quanto attiene all'utilizzo del naloxone, lo spray nasale rappresenta soprattutto per la facilità di intervento un fatto positivo, ma resta critico il costo del prodotto. È un ostacolo all'applicazione del modello italiano di Take Home Naloxone (cioè la consegna alle PUD del naloxone per intervenire prontamente in caso di overdose), la tabellazione dello spray nasale come farmaco ricettabile, a differenza della soluzione iniettabile che è farmaco acquistabile senza ricetta.

Sono emerse sensibilità diverse relativamente alle politiche di RdD da attuare nei confronti dei minori, per cui si sottolinea la necessità di rimandare ad un tavolo specifico una discussione sugli interventi da programmare per le PUD minorenni. In attesa di ulteriori approfondimenti sul dilemma emerso, una parte degli esperti presenti ha sottolineato l'importanza di una non esclusione a priori questo target dai servizi di RdD.

In merito al tema del coinvolgimento delle PUD, tutti gli esperti intervenuti ne hanno condiviso l'importanza a tutti i livelli, dalla creazione e progettazione di servizi specialistici, alla elaborazione e valutazione dei risultati, fino al riconoscimento di una rappresentanza delle PUD nella Legge laddove si norma la convocazione della Conferenza triennale sulle droghe. La questione del coinvolgimento attivo dei consumatori è certamente un argomento di fondamentale importanza in un'ottica di superamento dello stigma, dell'isolamento sociale e culturale delle PUD che, può fattivamente favorire l'*empowerment* e i processi di cura di sé. Nelle pratiche e negli interventi di RdD questo modello si è da sempre accompagnato alla figura del peer operator.

In questo senso, nella discussione, alcuni interventi hanno sottolineato che l'attuale legge sulle droghe che dispone sanzioni penali e amministrative a carico delle PUD non favorisce la relazione di cura del sistema dei servizi.

Evidenze disponibili su efficacia e sicurezza degli interventi di RdD

Somministrazione di farmaci agonisti o parzialmente agonisti a mantenimento: forti evidenze della loro efficacia nel ridurre la mortalità tra i consumatori di oppiacei (Bargagli 2007, Mathers 2013), il numero di nuove infezioni da HIV e nel ridurre i comportamenti a rischio di infezione (Bargagli 2007, Gowing 2011, Mathers 2013, Mattick 2009, MacArthur 2012, WHO Guidelines 2009)

Programmi di scambio di siringhe: si sono dimostrati efficaci nel ridurre il rischio di contrarre un'infezione da HCV e da HIV (Aspinall 2014, Platt 2017)



Distribuzione di materiale sterile per uso via iniettiva: efficacia nel ridurre i comportamenti a rischio tra le persone che fanno uso di droghe per via parenterale; in particolare è stata mostrata una significativa riduzione nell'uso di siringhe e aghi non sterili e/o condivisi con altri, e un aumento nei comportamenti iniettivi più sicuri (utilizzo di tamponi disinfettanti, vie di accesso etc.) (Kennedy 2017, Sawangjit2016)

Stanze del consumo: sono diffuse da oltre venti anni in vari paesi, tra cui vari paesi europei (Olanda, Belgio, Germania, Norvegia, Danimarca, Svizzera), dove le sostanze illegali possono essere consumate sotto la supervisione di personale sociosanitario adeguatamente formato. Questi servizi hanno la finalità di ridurre i rischi di infezione di patologie droga correlate, prevenire le morti per overdose, e favorire l'aggancio dei consumatori di sostanze con i servizi di trattamento per le dipendenze e altri servizi sanitari e sociali. Una revisione della letteratura ha analizzato il ruolo delle stanze del consumo nel migliorare l'accesso ai servizi sanitari, considerando anche l'impatto sull'opinione pubblica, per le persone che fanno uso di droga per via iniettiva mostrando un'associazione positiva tra utilizzo di stanze del consumo e ingresso a centri di trattamento per le dipendenze e una riduzione del numero di persone che usano droghe per via iniettiva in posti pubblici, una riduzione nel numero di siringhe gettate in strada, indipendentemente dalla presenza di polizia sul territorio o dalle condizioni atmosferiche (Kennedy 2017)

Una revisione sistematica narrativa condotta su 21 studi di tipo qualitativo, per oltre 800 partecipanti ha dimostrato che le stanze del consumo, congiuntamente con interventi di scambio siringhe e interventi di informazione tra pari, sono efficaci nel dare uno spazio di tregua dalla strada e dalla cosiddetta "open drug scene", aumentano le competenze dei consumatori in merito ad un uso meno dannoso, modificano in senso positivo gli ambienti di esplicito consumo, facilitano l'accesso ai servizi di cura (McNeil 2014)

Interventi mirati nei contesti del divertimento volti a promuovere un consumo consapevole: sembrano essere efficaci di alcol e / o la prevenzione dell'incidentalità droga-correlata sembrano essere efficaci (Calafat 2009, Ker 2008)

Somministrazione di naloxone: per via inalatoria è probabilmente efficace nella prevenzione della mortalità per overdose, soprattutto quando la somministrazione di naloxone intramuscolare non è possibile o non raccomandabile (Robinson 2014). La distribuzione di fiale di naloxone, il cosiddetto take home naloxone, è efficace nel ridurre il rischio di mortalità per overdose tra i consumatori di oppiacei (EMCDDA 2015).



Bibliografia

Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, et al. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014 Feb;43(1):235-48. doi: 10.1093/ije/dyt243.

Bargagli A, Davoli M, Minozzi S, Vecchi S, Perucci C. (2007). A Systematic Review of Observational Studies on Treatment of Opioid Dependence. Geneva, Switzerland, background document prepared for 3rd meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of Opioid Dependence, 17-21 September. https://www.who.int/substance_abuse/activities/observational_studies_treatment.pdf

Calafat A, Juan M, Duch MA. Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones.* 2009;21(4):387-413. English, Spanish. PMID: 20011993.

EMCDDA (2015), Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness>

EMCDDA (2010): Harm reduction: evidence, impacts and challenges doi: 10.2810/29497

Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.

Kennedy M. C., Karamouzian M., Kerr T. (2017), Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review, *Curr HIV/AIDS Rep*, September 2017, DOI 10.1007/s11904-017-0363-y

Ker, K. and Chinnock, P. (2008), 'Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries' (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. (2012), Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e5945.

Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, Lemon J, Wiessing L, Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013 Feb 1;91(2):102-23. doi: 10.2471/BLT.12.108282.



Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD002209. doi: 10.1002/14651858.CD002209. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2009

McNeil R, Small W. 'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs. *Soc Sci Med.* 2014 Apr;106:151-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.051. Epub 2014 Feb 4.

Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 18;9(9):CD012021. doi: 10.1002/14651858

Robinson A, Wermeling DP. Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose. *Am J Health Syst Pharm.* 2014 Dec 15;71(24):2129-35. doi: 10.2146/ajhp130798

Sawangjit R, Khan TM, Chaiyakunapruk N. Effectiveness of pharmacy-based needle/syringe exchange programme for people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2017 Feb;112(2):236-247. doi: 10.1111/add.13593

WHO (2009), 'The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence', World Health Organization.

Wiessing L, Ferri M, Běláčková V, Carrieri P, Friedman SR, Folch C et al. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm Reduct J.* 2017 Apr 22;14(1):19. doi: 10.1186/s12954-017-0141-6

World Health Organization 2017 - Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region



Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

(Tavolo tecnico 5)

a cura di Massimo Barra

Principali criticità

Il Tavolo è stato unanime nel considerare un retaggio del passato la distinzione netta tra terapia e recupero attraverso le azioni di inclusione sociale e lavorativa affermando:

“In passato la fase di *recovery* è stata definita come il mantenimento di una condizione *drug e alcohol free* raggiunta dopo trattamento medico e riabilitazione, come il raggiungimento di un ottimale stato di benessere psicofisico. In quest’ottica il reinserimento sociale ha rappresentato un aspetto secondario/successivo del processo di recupero e mantenimento dell’astinenza”.

Nel tempo il concetto di *recovery* si è sempre più avvicinato a quello di “riabilitazione” definendosi come “un processo di cambiamento dove gli individui lavorano per migliorare la propria salute e il benessere impegnandosi per raggiungere la massima potenzialità”, ossia il miglior equilibrio possibile stante le condizioni date. In tale prospettiva l’enfasi sulle condizioni di astinenza come requisito per la riabilitazione si è progressivamente spostata sui processi di cambiamento.

Oggi l’inclusione sociale e socio-lavorativa e percorsi terapeutici risultano essere “ogni intervento che persegua l’obiettivo di integrare i consumatori problematici, quelli attivi e quelli che hanno smesso il consumo, nella comunità”.

I pilastri dell’integrazione sociale sono l’occupazione (lavoro/formazione/istruzione), l’abitazione, le relazioni personali e l’appartenenza alla comunità, veri e propri diritti inalienabili della persona.

In quest’ottica i trattamenti medici, sanitari o psicoeducativi meglio risultano quando altamente integrati e le azioni sull’inclusione e il reinserimento si prevedano non solo dopo il completamento del trattamento farmacologico o integrato ma fin da subito, in un progetto che metta al centro la persona.

Tali misure contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di cura prevenendo le ricadute e riducendo le conseguenze negative prodotte dal consumo non controllato e dal contesto sociale e penale in cui esso si inserisce. È stato rilevato infatti che l’impianto punitivo delle vigenti disposizioni normative incide principalmente sui processi di inclusione socio-lavorativa delle persone che consumano droghe, maggiormente dove prevedono prescrizioni o misure che non favoriscano il mantenimento di un posto di lavoro o l’adesione a programmi nel tempo libero, influenzando altresì negativamente la relazione con le istituzioni ed i servizi costretti al monitoraggio dell’applicazione di tali disposizioni.



Il Tavolo è unanime nel criticare l'attuale situazione assistenziale: "Esiste un'enorme difformità tra le Regioni, e addirittura tra le singole ASL di una stessa Regione, per ciò che riguarda i percorsi di cura delle dipendenze patologiche, l'importanza assegnata alla fase di riabilitazione e al reinserimento socio-lavorativo, il valore riconosciuto al Privato Sociale, l'esternalizzazione dei servizi e la consistenza del budget annuale da assegnare alle dipendenze. Più in dettaglio, la titolarità delle Regioni in materia di Sanità ha portato a una condizione tale da configurare nel Paese e nelle singole Regioni un effetto a macchia di leopardo per ciò che concerne le prestazioni assistenziali. Nelle Regioni in cui i Dipartimenti delle Dipendenze sono fusi con i Dipartimenti di Salute Mentale, arrivano meno risorse alle attività di inclusione sociale e reinserimento occupazionale, essendo sbilanciata l'attenzione sugli aspetti strettamente di cura."

Una criticità condivisa è quella relativa alla diversità di potere tra servizi pubblici e servizi privati accreditati, in alcuni casi in qualche modo subordinati ai committenti (per lo più i servizi pubblici) con diversità macroscopiche tra le diverse Regioni anche per quanto riguarda il trattamento economico degli operatori e con diversità tra le diverse Regioni.

Il tutto in clamoroso contrasto con le vigenti previsioni di legge sulla garanzia dei LEA e con la previsione della attuale normativa 309/90 che prevede l'esistenza di servizi aperti 24 ore su 24 e la libera scelta del medico e del luogo di cura nell'intento disatteso di favorire la presa in carico di coloro con problemi di uso non controllato o di dipendenza da sostanze (e non solo) come interesse primario dello Stato.

Le norme appaiono anche inapplicate rispetto alla previsione dell'esistenza di servizi aperti H24 e alla libera scelta del medico e del luogo di cura, nell'intento disatteso di favorire la presa in carico di tutte le persone che hanno problemi di uso non controllato o di dipendenza da sostanze (e non solo).

Le proposte di sviluppo dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa chiamano in causa diverse competenze necessarie a organizzare interventi integrati ed efficaci a sviluppare le capacità professionali e la partecipazione attiva alla vita sociale. Richiedendo perciò una collaborazione tra ambito sociale e sanitario, con il coinvolgimento di quei soggetti, in primis il mondo della cooperazione e delle imprese sociali, della formazione e il tessuto produttivo, in grado di offrire opportunità di inserimento durature e coerenti. La valorizzazione e lo sviluppo delle risorse (della persona, istituzionali e di comunità) a disposizione dei percorsi individuali potrebbe trovare un'efficace attuazione all'interno del modello del Budget di Salute (o Budget di inclusione sociale), secondo l'importante principio del coinvolgimento delle persone con problemi legati all'uso non controllato o dipendenza da droghe nella definizione del proprio percorso di *recovery*.

È quindi necessario lavorare sul potenziamento delle infrastrutture territoriali, per renderle capaci di offrire risposte integrate e orientate a un approccio globale al progetto di vita delle persone. Il tema del ritorno a finanziamenti dedicati rappresenta una naturale proposta verso l'applicazione di questo paradigma orientato all'*empowerment* delle persone.



Di seguito vengono presentate le principali evidenze e proposte emerse dalla discussione degli Esperti partecipanti alle tre Tavole Rotonde.

Percorsi di trattamento e inclusione sociale

1) Linee di indirizzo

Emerge la necessità di uniformare i percorsi a livello nazionale. Data l'eterogeneità tra e all'interno delle stesse Regioni è necessaria la definizione di linee guida, che superino la sperimentality e prevedano strategie uniformi di contrasto al degrado e alla deprivazione sociale. Fra i soggetti in cura c'è un'elevata percentuale di disoccupati, una parte consistente di persone che hanno un impiego e lo vogliono mantenere e una percentuale di soggetti che sono in strada e non vogliono intraprendere percorsi terapeutici ma potrebbero essere facilitati a intraprenderli attraverso programmi di inclusione, quali la garanzia di un posto letto o attività di socializzazione.

2) Percorso Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e Budget di Salute (o Budget di Inclusione Sociale).

Il tema della progettazione individualizzata e del Budget di Salute (BdS) è emerso nel dibattito su più Tavoli e sottolinea l'importanza degli interventi in continuità durante tutte le fasi del percorso, dall'accesso ai servizi, alla presa in carico fino a tutto il percorso riabilitativo e d'inclusione sociale.

I percorsi riabilitativi, oltre ad avere una valenza terapeutica, hanno il compito di ricostruire e reintegrare i legami e di riattivare e rinforzare le competenze di socializzazione secondaria, affinché un progetto possa essere efficace, è necessario quindi un supporto all'abitare, all'attività lavorativa e alla riattivazione delle relazioni sociali.

Gli interventi attuati con il BdS devono integrare prestazioni sanitarie, azioni di supporto sociale sulla base di progetti personalizzati che abbiano come obiettivo l'autonomia delle persone secondo i principi di equità, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà. Pertanto, il BdS è lo strumento che, rivisto e riattualizzato può promuovere l'innovazione, lo sviluppo e la realizzazione di progetti che rispondano ai bisogni mutevoli nelle diverse fasi evolutive rappresentando anche una modalità di risposta per coloro che non si rivolgono ai SerD e che non ritengono le comunità terapeutiche adeguate ai loro bisogni. È auspicabile che l'integrazione del mondo Sanitario e Sociale avvenga in modo omogeneo in tutte le Regioni.

Gli interventi di recupero del BdS non si devono contrapporre al trattamento di cura e al progetto di vita e costituiscono una prassi d'intervento che pone la persona e il suo benessere al centro, devono necessariamente quindi prevedere una partecipazione attiva dell'interessato all'interno di tali percorsi.

È necessario finanziare un nuovo Fondo Nazionale Droga attraverso stabili e adeguate quote del Fondo Sanitario Nazionale (attraverso i proventi ottenuti dal contrasto al narcotraffico) che entri



direttamente nel Fondo Sanitario Regionale in maniera vincolata e diretta al sistema dei SerD e non correlato a progettualità estemporanee, che potrebbero essere invece proposte periodicamente solo per specifiche sperimentali. Occorre una normativa di carattere nazionale attraverso cui lo Stato assegni alle Regioni fondi vincolati (non finalizzati o indistinti), destinati a riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. Sarebbe inoltre auspicabile che le Regioni potessero stipulare convenzioni con gli Enti del Privato Sociale accreditati, dai quali acquisire quei servizi che non vengono svolti direttamente dai SerD (es centri di pronta accoglienza, comunità educative, laboratori espressivi, borse lavoro).

Occorre rivedere i criteri essenziali per l'accreditamento delle strutture private, stabilendo regole minime nazionali e includendo i requisiti di formazione e professionalità (anche da parte di chi ha avuto esperienza di dipendenza e ha completato percorsi terapeutici) che siano ritenuti idonei a garantire servizi qualitativamente alti, efficaci ed efficienti.

È importante che alla definizione e realizzazione dei diversi percorsi individuali di inclusione sia assegnato personale con formazione specifica sia sui percorsi riabilitativi sia sulla gestione clinica e relazionale, sia sulla conoscenza normativa, con competenze sulle azioni in reti interistituzionali. Nel caso di collaborazioni con persone con esperienza diretta o associazioni di consumatori, al fine di valorizzarne la sensibilità e la capacità di contatto, questo personale dovrebbe essere adeguatamente formato secondo standard uniformi in relazione ai compiti assegnati.

Il livello delle istituzioni

1) Infrastrutturazione territoriale

Occorrono linee guida nazionali che consentano alle strutture operative delle ASL di stipulare accordi con le realtà produttive incidendo anche su disparità e disomogeneità territoriali.

Si propone l'assegnazione ai di un budget annuale destinato alle attività dei LEA sanitarie e socio-sanitarie, che consentano di intervenire anche nei contesti in cui è più difficile avere servizi che rispondano alle diverse esigenze delle persone con dipendenza sul modello ad es del Piano Locale delle Dipendenze (Dipartimenti delle Dipendenze della Regione Piemonte) che prevede una quota annua di almeno il 5% del budget totale del Dipartimento da dedicare ad attività progettuali e riabilitative svolte prevalentemente da Enti accreditati e Cooperative di territorio. ES. l'istituzione di un'area riabilitativa di integrazione lavorativa accreditata, con fondi vincolati e personale dedicato e appositamente formato.

2) *No-profit e for-profit*

È fondamentale il coinvolgimento del settore *no-profit* con particolare attenzione alle cooperative di tipo B, alle clausole sociali e alle risorse per questi strumenti.



È necessario riconoscere maggiormente il ruolo di funzione pubblica delle cooperative sociali di inserimento lavorativo rafforzando le modalità di sostegno e agevolazione di questa tipologia di impresa, nel rispetto delle sue peculiarità e facilitando la possibilità di offrire risposte flessibili alle singole esigenze dei progetti di recupero.

Per realizzare interventi sul versante inclusivo sono necessarie agevolazioni fiscali per le imprese che collaborano esternalizzando attività produttive a cooperative e imprese sociali di inserimento lavorativo. Allo stesso modo, è necessaria una crescita e una professionalizzazione del personale riconoscendo e remunerando la formazione *on the job* e certificando le competenze. (Vedi normativa per le cooperative sociali (L. 381/91) e riordino del Terzo Settore).

Pertanto, il rapporto con il mondo produttivo diventa fondamentale ed è necessario aprire tavoli di coordinamento intersettoriali regionali che facilitino i contatti tra servizi e realtà produttive.

Progetti e interventi

Il sistema attuale può essere in grado di fornire opportunità valide per l'inclusione socio-lavorativa con l'acquisizione o riacquisizione di abilità sociali e relazionali, di competenze e professionalità. Alcune proposte sono la formazione *on the job* oltre a quella d'aula, la terapia occupazionale, l'accompagnamento e l'inserimento lavorativo, i sistemi d'incontro domanda/offerta nelle imprese profit. Il diritto alla casa, in forma singola o mutualmente associata è una condizione determinante per i percorsi di inserimento sociale e di riabilitazione. Si possono avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone e dei loro bisogni/desideri e si può fornire sostegno attivo temporaneo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, attraverso interventi domiciliari.

Il reinserimento deve essere inteso come fase di un percorso complessivo che può caratterizzare sia PTRI finalizzati a una condizione *drug free*, sia progetti che possono prevedere il persistere della condizione di consumo di sostanze (ad esempio progetti nell'ambito delle strategie della RdD). Nel contesto dell'inclusione socio-lavorativa vi è quindi l'esigenza di una maggiore collaborazione con i servizi per il reinserimento guidato, per la promozione e il sostegno a progetti personalizzati, dedicati anche al post percorso comunitario (reinserimento) o ai percorsi di RdD/LdR, prevedendo un maggiore coinvolgimento attivo da parte delle persone con dipendenza. Risultano necessari anche progetti di formazione/lavoro per fornire i canali adeguati a conoscere le opportunità del mondo del lavoro e a rendersi visibili e soggetti d'interesse per le imprese locali.

1) Organizzazione e operatività

È necessario promuovere e alimentare una rete locale e regionale, tramite tavoli di lavoro e progettazione inclusiva che consenta, da un lato, un approccio individuale e, dall'altro, la necessaria



integrazione tra i diversi attori territoriali. Tali azioni devono essere all'interno di un quadro di riferimento, di condivisione normativa e di principi di livello nazionale.

2) Risorse

È necessario il potenziamento dei finanziamenti per la formazione di persone fragili, così da creare profili spendibili sul mercato. In tale ambito è fondamentale il collegamento con la co-programmazione e la co-progettazione.



Area tematica	Quadro sintetico delle proposte
Percorsi di trattamento e inclusione sociale	Definire linee guida nazionali per i percorsi di inclusione sociale e lavorativa
	Adozione del Budget di salute (BdS) come modello d'intervento
	Rafforzare la presenza di professionisti dell'area sociale per la progettazione dei percorsi favorendo percorsi professionalizzanti per le persone con esperienza diretta che vogliono intraprendere carriere lavorative nel settore, facilitando l'accesso ai titoli professionali necessari anche alle persone con esperienza di uso di sostanze opportunamente formate come operatori di supporto
Istituzioni e infrastrutture di servizi	Assicurare LEA e LEPS, anche attraverso un budget annuale destinato ai Dipartimenti delle dipendenze e applicazione del Piano Locale delle Dipendenze
	Istituire un'area riabilitativa di integrazione lavorativa
	Valorizzare ruolo e competenze di Coop. e imprese sociali per l'i inserimento lavorativo
	Definire linee guida nazionali affinché le ASL possano siglare convenzioni con le Coop. sociali, finalizzate alla realizzazione di progetti di riabilitazione e reinserimento: gruppi appartamento (<i>co-housing</i>), progetti di educativa territoriale, <i>drop-in</i> , unità di strada, centri crisi, centri di formazione e riqualificazione professionale ecc.
	Istituire tavoli di coordinamento intersettoriali regionali per il contatto tra Servizi e realtà produttive
	Punti Unici di Accesso ed Equipe multiprofessionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria
	Rifinanziare il Fondo Nazionale Droga attraverso adeguate quote del Fondo Sanitario e anche attraverso le attività di contrasto al narcotraffico
Progetti e interventi	Maggiore coinvolgimento attivo della persona nella definizione dei percorsi individualizzati di formazione/lavoro
	Potenziare il finanziamento dei percorsi di formazione



Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico

(Tavolo tecnico 6)

a cura di Simona Pichini

Nella riunione preparatoria sono state espresse e condivise dagli **esperti insieme con il coordinatore criticità e possibili soluzioni in relazione a i 5 elementi chiave riguardanti il tema della cannabis ad uso medico:**

1. Gestione della sicurezza clinica della cannabis ad uso medico
2. Effetti della cannabis ad uso medico: aspetti farmacodinamici e farmacocinetici
3. Prevenzione e trattamento di abuso e dipendenza da farmaci registrati
4. Applicazione e criticità dell'uso medico della cannabis in ambito normativo e regolatorio
5. Produzione, distribuzione e utilizzo della cannabis ad uso medico: criticità e possibili soluzioni

Riassumendo, le criticità emerse sono le seguenti:

Ad oggi il problema principale per il corretto utilizzo della Cannabis ad Uso Medico (CUM) risiede nella scarsità di studi clinici a disposizione su efficacia e sicurezza. Inoltre, la produzione nazionale di CUM risulta ad oggi insufficiente a soddisfare la crescente domanda. Si evidenzia una difficoltà interpretativa della normativa vigente ed una difformità a livello regionale nell'applicazione delle disposizioni ministeriali in materia anche relativamente ad aspetti quali la conduzione dei veicoli e le mansioni lavorative a rischio. Emerge l'importanza di una raccolta sistematica di tutti i dati per un corretto monitoraggio dell'utilizzo della CUM.

Le ulteriori criticità rilevate sono: la mancanza di standardizzazione dei preparati galenici a base di cannabis; la scarsa o poco partecipata formazione del personale sanitario in materia; il coinvolgimento dei pazienti; la conoscenza e lo sviluppo di strategie di prevenzione e identificazione precoce delle forme di dipendenza da CUM. Infine, ma non di minore importanza, la mancata attenzione ad altri farmaci painkiller, che hanno un alto potenziale additivo e che hanno causato in altri Paesi (ad esempio gli Stati Uniti) notevoli problemi di salute pubblica.

Gli approcci suggeriti per le possibili soluzioni:

Da una lettura integrata degli approcci alle possibili soluzioni emerge come questi riguardino principalmente: il finanziamento pubblico di studi clinici e l'utilizzo delle evidenze esistenti anche ai fini di formulazione di politiche efficaci; le modalità di potenziamento di produzione, qualità e fornitura, l'aggiornamento e sistematizzazione della normativa rilevante in materia, la riduzione della variabilità regionale per quanto riguarda sia i provvedimenti legislativi che la raccolta dei dati su fabbisogno, efficacia e sicurezza, nonché l'informazione e la formazione del personale sanitario sulla tematica (anche a livello universitario e/o attraverso corsi di formazione specifici) relativa all'uso e ai rischi connessi.



Sulla base della discussione dei 5 argomenti e sulla base degli interventi scritti presentati dagli esperti, sono state organizzate tre Tavole Rotonde che si sono svolte a Firenze il 28 e 29 ottobre nell'ambito del Tavolo Tecnico e che hanno rappresentato i focus specifici discussi precedentemente.

Le tavole hanno riguardato nello specifico:

- la sicurezza clinica,
- gli aspetti normativi e regolatori,
- la produzione, distribuzione e utilizzo.

Da quanto emerso nelle presentazioni degli esperti, dalle criticità sollevate e dalle possibili proposte di soluzione si è concluso quanto segue:

A. SICUREZZA CLINICA

-il concetto di CANNABIS AD USO MEDICO (CUM), rimane indefinito dal punto di vista giuridico ed ambiguo da quello interpretativo. Nella somministrazione delle terapie, è necessario affrontare l'ambivalenza tra effetti tossici e medici. Si rileva comunque un ritardo nel corretto trattamento delle terapie del dolore in ambito nazionale, rispetto all'ambito europeo ed extra europeo.

Attualmente, relativamente alla sicurezza clinica e all'efficacia della CUM:

- le evidenze scientifiche sull'uso medico della cannabis sono ambigue. Tale uso dovrebbe essere rivisto alla luce di studi clinici controllati che evidenzino la reale efficacia su un numero significativo di soggetti trattati. Al momento manca inoltre di un approccio di genere per assenza di studi con specificità del dolore femminile. Ad oggi non sono stati autorizzati trials clinici in Italia.
- la CUM, così come gli oppioidi, è tra i farmaci attualmente utilizzati nel dolore neuropatico che affligge circa il 6-8% della popolazione;
- i principali fitocannabinoidi della CUM sono il delta-9 tetraidrocannabinolo (THC), composto psicotropo, e il cannabidiolo (CBD). Quest'ultimo, a differenza del THC, non produce effetti psicotropi, ma agisce su altri sistemi di segnalazione cerebrale e sul sistema immunitario, e sono queste azioni ad essere ritenute importanti per i suoi potenziali effetti terapeutici miorilassanti, anticonvulsivanti, antidistonici, antiossidanti, antinfiammatori, sedativi ed ansiolitici;
- la possibilità di uso medico dei derivati della cannabis sembra essere affrontata più su base ideologica che su base scientifica;
- la legittimazione della CUM non è una scorciatoia per la legalizzazione della cannabis ricreazionale.



Aspetti di rilievo nel trattamento con CUM:

- Sono necessari studi clinici controllati con disegno sperimentale adeguato a dimostrare efficacia e sicurezza della CUM;
- E' necessario garantire il trattamento corretto e la sua continuità nei pazienti le cui patologie risultino trattabili con CUM;
- Nei casi in cui l'aspetto psicologico del trattamento con CUM è preponderante, non bisogna sottovalutare il rischio della dipendenza, che dovrebbe essere conosciuto almeno a grandi linee per permettere di valutare se il paziente è idoneo o meno a questo tipo di terapia;
- L'insorgenza di fenomeni di dipendenza nei pazienti trattati con CUM dovrebbe essere gestita in collaborazione con i SerD.

Inoltre, rispetto all'uso di altri painkiller, alcuni pazienti possono sviluppare abuso o dipendenza da oppioidi o da benzodiazepine utilizzate nel trattamento del dolore cronico neurogeno, sebbene in Italia la prescrizione di oppioidi sia ancora nettamente minore che in altri paesi Paesi europei e del Nord America. La comorbidità psichiatrica può aumentare il rischio di abuso di oppioidi e l'abuso contemporaneo di oppioidi e benzodiazepine peggiora la gravità della dipendenza;

Cosa si può fare a livello di formazione ed informazione:

- L'Italia deve recuperare il ritardo accumulato nella gestione della terapia del dolore e ha necessità di un confronto su basi scientifiche consolidate;
- E' indispensabile promuovere una campagna di informazione e formazione mirata al personale sanitario che spesso non ha indicazioni precise in materia;
- L'informazione dovrebbe sia mirare a superare i preconcetti, fornendo dati chiari e certificati sulla prescrittibilità della CUM, sia fornire gli strumenti necessari a valutare i rischi connessi al suo utilizzo.

B. ASPETTI REGOLATORI E NORMATIVI

L'utilizzo della CUM, di cui manca una definizione giuridica, è relativamente recente ed è connotato da incertezze di legge e scientifiche che possono determinare varie ricadute pratiche anche a causa di "frizioni" con altre norme vigenti.

In ambito regolatorio:

- Considerato l'utilizzo off-label della CUM, la qualità delle conoscenze scientifiche incide su tre questioni chiave che sono la responsabilità del medico, l'adeguatezza delle informazioni da fornire al paziente per l'acquisizione del consenso e la sicurezza delle cure
- Con riferimento alle necessità dei pazienti, si rileva invece la difficoltà all'approvvigionamento e alla garanzia di continuità terapeutica;



- Altre difficoltà sono legate alla presenza di leggi regionali disomogenee e difficilmente comparabili, unite alla mancata definizione di flussi informativi regionali utili alla programmazione e alla pianificazione dei fabbisogni nei diversi territori;
- La componente psicotropa (THC) ha determinato una maggiore attenzione sul versante repressivo, con sottovalutazione delle potenzialità per l'uso medico del CBD, componente non psicoattivo che non induce dipendenza fisica e non risulta associato a potenziali abusi;
- Rispetto alla compromissione prestazionale della CUM in attività rilevanti anche ai fini della tutela di terzi, come la guida e le mansioni lavorative a rischio, sono necessari ulteriori studi. In quanto ancora poche le evidenze che giustifichino un trattamento differenziale di chi usa CUM rispetto a chi è in terapia con altri farmaci con principio attivo psicotropo (es. morfina).

Le problematiche da porre all'attenzione sono le seguenti:

- E' necessario un aggiornamento del DM 9/11/2015 sulla produzione nazionale della CUM che riporti nell'allegato tecnico anche le tabelle di conversione relative al decotto o all'oleolita;
- E' opportuno considerare alcune criticità a livello di Regioni e PA quali la disomogeneità delle disposizioni vigenti (rimborsabilità inclusa), nonché la definizione di flussi informativi per la programmazione e pianificazione dei fabbisogni;
- E' indispensabile una nuova normativa quadro e contestuale attuazione delle norme del Collegato fiscale 2017 che prevede la copertura da parte del SSN per le patologie ivi indicate;
- Nonostante le innovazioni introdotte dal Legislatore relativamente al consenso informato, mancano specifici riferimenti circa le caratteristiche che il consenso deve avere nel caso in cui riguardi trattamenti off-label come la CUM;
- La normativa di riferimento sugli accertamenti per la verifica di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope (di cui alle tabelle del DPR n. 309/90 e s.m.i.) alla guida di veicoli e nelle mansioni a rischio necessita, ad oggi, dell'attuazione di previsioni legislative risalenti a circa undici anni fa.
- gli attuali chiaroscuri relativi alla CUM, se chiariti, possono permetterci di cogliere opportunità per attuare strategie utili ad offrire alle persone malate le migliori risposte possibili ai loro diritti di cura e autonomia, ampliando le patologie che possono essere trattate con CUM.

C. PRODUZIONE, DISTRIBUZIONE E UTILIZZO

Sono state evidenziate problematiche riguardanti la produzione, la qualità e la distribuzione della CUM.

E' stata sottolineata principalmente la scarsità di approvvigionamento con conseguente difficile e non continuativa accessibilità per i numerosi pazienti. Inoltre si è rilevata una scarsa preparazione e informazione del personale medico e quindi una complessità nella gestione della CUM:



Riguardo alla standardizzazione nella produzione della CUM:

- La cannabis prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare (SCFM) è ancora l'unica in Europa ad essere realizzata e certificata come "materia prima farmaceutica" (API) e perciò l'unica adatta a garantire continuità della terapia e sicurezza del trattamento al paziente. Essendo dotata della massima standardizzazione e riproducibilità di contenuto in principi attivi, è inoltre l'unica adeguata per eventuali studi clinici controllati;
- il Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) mette a disposizione varietà italiane di Cannabis sativa con concentrazioni standardizzate di fitocannabinoidi, che permettono studi clinici rigorosi;
- è indispensabile la collaborazione fra le istituzioni coinvolte nei processi autorizzativi per garantire ai pazienti la disponibilità di prodotti efficaci e sicuri, per aumentare le conoscenze su sostanze attive e favorire la conduzione di studi clinici;
- Sarebbe utile per certificare il rispetto del processo creare una filiera tracciata in grado di dare uno strumento di controllo e supervisione efficace al Ministero della Salute.

-Riguardo al fabbisogno della CUM:

- Il continuo aumento del fabbisogno della CUM ha portato ad un crescente squilibrio tra i quantitativi richiesti (al momento valutabili in oltre 2000 kg/anno) e quelli reperibili dalle fonti di approvvigionamento. Ad oggi lo SCFM ne può produrre 300 kg/anno;

Le proposte riguardanti produzione, distribuzione ed utilizzo della CUM sono le seguenti:

- I Ministeri della Difesa e della Salute, l'Agenzia Industrie Difesa, AIFA e CREA di concerto dovrebbero coinvolgere Enti pubblici e Soggetti privati per ampliare la coltivazione necessaria ai fabbisogni con l'obiettivo anche di portare ad un risparmio sul costo della materia prima;
- Individuare una "Agenzia nazionale per la cannabis" che gestisca il sistema autorizzativo, che risponda alle esigenze dei pazienti, che verifichi la qualità della produzione del Paese, che attivi studi e ricerche e stimoli la crescita del settore;
- Semplificare il sistema di prescrizione/fornitura con ricettario del SSN o SSR rosso;
- Aggiornare le indicazioni all'uso medico della cannabis sulla base di studi scientifici controllati.



Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze: proposte e suggerimenti per il futuro

(Tavolo tecnico 7)

a cura di Marina Davoli

Il tavolo 7 "Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze" ha lavorato su tre tematiche distinte, sebbene intersecantisi: Priorità della ricerca e prove di efficacia; Flussi informativi e loro integrazione; Formazione e aggiornamento.

1. PRIORITÀ DELLA RICERCA E PROVE DI EFFICACIA

1.1 Lo stato dell'arte

Le principali criticità individuate, che riguardano la ricerca scientifica sulle dipendenze in Italia, sono:

- Difficile identificazione delle fonti di finanziamento per la ricerca e dei risultati delle ricerche finanziate
- Mancanza di fondi nazionali strutturali dedicati alla ricerca scientifica per le dipendenze
- Scarse occasioni strutturate per la disseminazione delle evidenze
- Poca attenzione alla ricerca negli ambiti di attività dei servizi e una scarsa interazione tra servizi e istituti di ricerca
- Sproporzione tra ricerca di base sulle cause delle dipendenze a scapito della ricerca in area psicologica, sociologica, e clinica
- Mancanza di un processo esplicito che porti alla definizione delle priorità della ricerca

La produzione scientifica internazionale nell'ambito delle dipendenze è molto consistente, tanto che le sole revisioni sistematiche, quali sintesi di studi primari, che riguardano le sostanze psicotrope e alcol pubblicate negli ultimi 10 anni, sono oltre 2500, di cui 1500 riguardano l'alcool e 1000 le altre sostanze. Quasi la metà delle revisioni (n=1208) sono state pubblicate negli ultimi 3 anni. Sebbene la maggior parte delle revisioni, il 62%, siano state condotte in Europa, solo un quarto degli studi primari sono stati condotti in Europa a fronte del 61% condotti in Nord America.

È evidente quindi, come in Italia, a fronte di un'importante offerta di servizi pubblici e privati in ambito di cura per le dipendenze, risulti molto limitata la produzione scientifica. Di conseguenza la grande esperienza di pratica clinica, di casistica e informazioni a disposizione dei servizi rischia, nel migliore dei casi, di essere comunicata attraverso piccoli studi presentati in convegni locali o nazionali. La produzione scientifica italiana ha infatti dimensioni molto limitate: da una ricerca bibliografica su *Scopus* e *PubMed* e sul motore di ricerca *Google Scholar* degli studi pubblicati nell'ultimo quinquennio su droghe, alcol e tabacco condotti nel contesto italiano, negli ultimi 5 anni, sono stati individuati solo 61 studi, dei quali il 44% riguardano il trattamento e il 23% le stime di occorrenza o mortalità.



Il modello di ricerca dominante, ovvero quello dell'*addiction* come *brain disease*, che ha aiutato a costruire un modello di malattia che ha permesso di sviluppare e applicare approcci clinici e di trattamento utili sia per i percorsi diagnostici che per quelli di cura, svincolando la dipendenza da giudizi etici e moralistici, non è certamente un modello esaustivo. È infatti necessaria anche una ricerca che includa i differenziali di età di genere, psicologici e sociali come determinanti dell'efficacia delle cure.

Infine allo stato attuale i criteri di definizione di esito risultano eterogenei, senza una definizione e standardizzazione dei relativi indicatori e misure, riducendo le potenzialità offerte dalla ricerca sull'efficacia degli interventi e compromettendo il monitoraggio dell'impatto degli stessi sulla salute e gli altri ambiti di vita delle persone, la valutazione della loro efficacia nella pratica dei servizi di cura, l'adozione dei correttivi necessari per migliorarne la qualità.

1.2 Proposte e Suggerimenti

Al fine di colmare i gap sopra evidenziati il tavolo di lavoro ha delineato alcuni percorsi possibili. In primis si ritiene prioritario destinare dei **Fondi dedicati per la ricerca** nell'ambito delle dipendenze, mediante una modifica della normativa attuale, prevedendo il ripristino di fondi per la ricerca. Nel contempo è necessario però implementare **la diffusione e la disseminazione di sintesi di evidenze e di buone pratiche basate sulle prove**, al fine di incrementare la conoscenza di ciò che è già stato prodotto, evitando di utilizzare le risorse per studi che poco aggiungerebbero al corpus delle evidenze disponibili. A tal fine si ritiene necessario avviare un percorso parallelo, esplicito e trasparente, di **definizione delle priorità di ricerca**, inclusi gli obiettivi e gli ambiti di intervento, nonché individuazione trasversale delle diverse fonti di finanziamento.

Tale percorso non può prescindere dalla costituzione di un'**anagrafe della ricerca**, alimentato a livello regionale, dove, oltre alla conoscenza di ciò che è oggetto di indagine, venga facilitata la disseminazione degli esiti dei progetti finanziati.

Inoltre, mentre in altri ambiti sanitari, quali quello ospedaliero, è in funzione da anni il Programma Nazionale Esiti (PNE) che consente valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure attuate sulle più diverse patologie, non esiste un programma simile per la valutazione degli esiti dell'assistenza nel campo delle dipendenze.

Un approccio analogo, nell'ambito del sistema di cura delle dipendenze, consentirebbe di valutare gli esiti - in primo luogo di quelli per i quali esistono evidenze consolidate di efficacia nella letteratura scientifica - degli interventi nella specifica realtà operativa dei servizi, i loro cambiamenti nel tempo, le possibili associazioni fra le diverse componenti degli interventi (contesto di cura, organizzazione della struttura, articolazione del trattamento, caratteristiche dell'utenza) ed il loro impatto. Pertanto l'individuazione degli **esiti di prioritario interesse** e il **relativo set di indicatori** per il monitoraggio, la valutazione temporale e comparativa, rappresenterebbe un importante passo verso lo sviluppo di un **programma di valutazione comparativa** del tipo di quello offerto dal PNE.



In estrema sintesi quindi si ritengono necessari:

- lo sviluppo e il finanziamento di un programma di sintesi e disseminazione delle conoscenze:
 - valorizzazione e complemento del best practice portal di EMCDDA
- lo sviluppo di una strategia sistematica di definizione delle priorità di ricerca sulla base dei gap di conoscenza e del contributo multidisciplinare (i.e. istituendo un workshop annuale)
- la modifica normativa che preveda il ripristino di fondi per la ricerca e la disseminazione
- lo sviluppo di un programma nazionale di valutazione degli esiti degli interventi per le dipendenze:
 - Proposta di un gruppo di lavoro specifico nell'ambito del PNE di AgeNaS
 - Definizione di protocolli specifici con un set standardizzato di indicatori e misure di esito

2. FLUSSI INFORMATIVI E LORO INTEGRAZIONE

2.1 Lo stato dell'arte

I punti critici principali, relativamente ai flussi, sono la non esaustività dei dati disponibili e l'impossibilità di integrarli.

Dati Disponibili

- Il Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 ha istituito il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND); tuttavia, non sempre è stata implementata una raccolta dati standardizzata, completa e di qualità. Vi sono alcuni ambiti per cui è previsto il debito informativo (i.e. test HIV e HCV, popolazione detenuta,) che non sono adeguatamente compilati e altri, considerati necessari ai fini del monitoraggio epidemiologico, non attualmente previsti, pur essendo LEA ai sensi del DPCM del 2017 (i.e. attività di riduzione del danno e dei rischi, ecc.)
- Un'ulteriore difficoltà degli attuali flussi informativi è quella relativa ai decessi droga correlati. Attualmente, la DCSA-Ministero dell'Interno, infatti, fornisce i dati relativi alle sole autopsie e denunce, non obbligatorie, da parte di sanitari, e i Registri di mortalità non sono ancora attivi in tutte le regioni italiane, per cui le uniche fonti risultano essere ISTAT e ISS, con la conseguente difficoltà di avere dati tempestivi e completi anche relativamente all'informazione relative all'uso di sostanze. Le informazioni raccolte dalle strutture di Tossicologia Forense, pur connesse con i Servizi/Istituti di Medicina Legale per l'accertamento dei decessi alcol-droga-correlati, attualmente non sono integrate nel flusso informativo della DCSA.
- Inoltre, al momento non sono disponibili, in maniera uniforme, a livello nazionale le informazioni relative alle intossicazioni acute da sostanze registrate nei pronto soccorso.

Dati Disponibili

- Idealmente, dovrebbe essere possibile integrare i diversi flussi informativi, al fine di condurre analisi per conoscere la frequenza e l'andamento del fenomeno, i determinanti di rischio e l'efficacia degli interventi.



- Tuttavia, esistono almeno due problemi, il primo riguarda la mancanza identificativo unico tra i flussi che consenta l'integrazione, il secondo riguarda l'applicazione della normativa della privacy che attualmente non consente tale integrazione, rendendo così poco utilizzabile un importante capitale informativo.
- In particolare, la mancanza di connessione con i dati del Ministero della Giustizia-DAP non consente di capire quanti consumatori di sostanze abbiano commesso un reato droga correlato, quali prestazioni specifiche vengano fornite alle persone detenute con DUS e di stimare il potenziale legame uso-criminalità da affrontare con interventi socio-sanitari.

Queste criticità, oltre ad inficiare le capacità di monitoraggio epidemiologico del fenomeno a livello nazionale non permettono di ottemperare al debito informativo dell'EMCDDA e ECDC.

2.2 Proposte e suggerimenti

Al fine di garantire una migliore completezza e qualità dei dati registrati, un adeguato monitoraggio epidemiologico del fenomeno ed una valutazione comparativa degli esiti tra regioni e servizi si ritiene opportuno:

- Maggior coinvolgimento delle Regioni da parte dei Ministeri competenti e del DPA nella definizione, integrazione e utilizzo dei flussi informativi socio-sanitari
- Istituzione flussi informativi mancanti (i.e. tossicologie forensi)
- Completamento del flusso SIND con dati relativi ai volumi degli interventi di riduzione del danno e disaggregati per tipologia di trattamento
- Utilizzo e integrazione con altri flussi informativi sanitari (SDO, farmaceutica, Pronto Soccorso, Ministeri competenti, ecc.)
- Utilizzo e integrazione con altri flussi informativi specifici (Ministero dell'Interno, Giustizia)
- Predisposizione di un identificativo comune (anonimo) tra i diversi flussi
- Revisione dell'applicazione della normativa sulla privacy
- Individuazione di un sistema di regole per la gestione dei dati integrati
- Costituzione di una rete di strutture scientifiche per l'elaborazione dei dati e per la collaborazione col DPA, l'EMCDDA e altre agenzie o enti di ricerca internazionali
- Implementazione di audit e feedback dei monitoraggi regionali di tutti i servizi di trattamento sulla base di valutazioni comparative

3. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

3.1 Lo stato dell'arte

In Italia, la formazione e l'aggiornamento sulle dipendenze non sono strutturate, essendo spesso basati sull'esperienza e il contributo di singoli esperti e non sempre supportati da un programma formalizzato sulla disciplina negli ambiti scolastici e universitari e della formazione post laurea.



Pertanto, non esiste ad oggi un'offerta formativa organica ed unitaria dedicata a professionisti e volontari. A questo si aggiunga che la dipendenza patologica è un fenomeno multidimensionale e multifattoriale, dove la dimensione medica, psicologica, educativa, sociale devono necessariamente integrarsi tra loro. Considerata la forte eterogeneità territoriale fra i Servizi in termini organizzativi, culturali, approcci e metodi di lavoro, a cui si somma una dotazione di personale afferente ad aree culturali e formative eterogenee e ad alto *turn-over*, l'assenza della disciplina e di una specializzazione specifica delle dipendenze nei programmi di formazione universitaria o abilitativa alla professione ha un impatto particolarmente rilevante limitante e non professionalizzante.

3.2 Proposte e suggerimenti

L'evoluzione e la complessità del fenomeno delle dipendenze rende fondamentale il coinvolgimento ed il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello sanitario e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo che si prenda carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alle condizioni di cronicità e fragilità. Diventa necessario definire un percorso formativo e di aggiornamento dei professionisti e degli operatori delle Dipendenze, migliorando le collaborazioni e le sinergie con le agenzie formative già esistenti, le società scientifiche, nonché le università che hanno già attivato percorsi di alta formazione, come corsi di perfezionamento e Master di I e II livello. Considerando poi i continui e repentini cambiamenti del fenomeno (es. NPS, gioco d'azzardo etc.) le domande di intervento richiedono un adeguamento del Sistema dei Servizi che veda tra le principali azioni quello della formazione specifica e dell'aggiornamento continuo dei professionisti.

Dopo 45 anni dalla 685/75, le dipendenze sono ancora orfane di una disciplina e della relativa specializzazione e gli esperti del tavolo tecnico n° 7, all'unanimità, si sono ritrovati a chiedere con forza di inserire una norma legislativa che colmi questo gap che inficia la formazione e la professionalità degli addetti ai lavori. Così come è stata introdotta la disciplina delle cure palliative e la relativa specializzazione, altrettanto è possibile e urgente introdurre la disciplina e specializzazione "Medicina delle Dipendenze" con percorsi differenziati per il personale sanitario e psicosociale. Altresì è importante applicare le Leggi esistenti e inserire nei corsi di Laurea l'insegnamento di Alcolologia specifico come appunto previsto dalla Legge 125/2001.

In sintesi si ritiene necessario:

- Facilitare l'offerta di percorsi formativi post laurea specifici nell'ambito delle dipendenze con l'introduzione della specializzazione "Medicina delle Dipendenze".
- Inserire il tema delle dipendenze da sostanze e comportamenti leciti e illeciti (uso di alcool, tabacco, droghe, gioco d'azzardo, ecc..) nei curricula formativi scolastici ed universitari e nella formazione della medicina generale



BIBLIOGRAFIA TAVOLO 7

AA.VV. Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari. *Epidemiologia&Prevenzione*, <https://epiprev.it/964>

Alves P, Sales C, Ashworth M. Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Feb 27;185:328-329. PMID: 28830035.

Bargagli AM, Faggiano F, Amato L, Salamina G, Davoli M, Mathis F, Cuomo L, Schifano P, Burroni P, Perucci CA; VEdeTTE Study Group. VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population. *Subst Use Misuse.* 2006;41(14):1861-79. doi: 10.1080/10826080601025482. PMID: 17162594.

Bargagli AM, Schifano P, Davoli M, Faggiano F, Perucci CA; VEdeTTE Study Group. Determinants of methadone treatment assignment among heroin addicts on first admission to public treatment centres in Italy. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Aug 1;79(2):191-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.01.014. Epub 2005 Feb 25. PMID: 16002028.

Davoli M, Bargagli AM, Perucci CA, Schifano P, Belleudi V, Hickman M, Salamina G, Diecidue R, Vigna-Taglianti F, Faggiano F; VEdeTTE Study Group. Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction.* 2007 Dec;102(12):1954-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02025.x. PMID: 18031430.

De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alò, G.L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 15(12), e1002715.

Evans, E., Grella, C. E., Murphy, D. A., & Hser, Y. I. (2010). Using administrative data for longitudinal substance abuse research. *The journal of behavioral health services & research*, 37(2), 252–271. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9125-3>

Faggiano F, Mathis F, Diecidue R, Vigna-Taglianti F, Paola Caria M, Colledge S, Hickman M, Bargagli A, Davoli M. Opioid overdose risk during and after drug treatment for heroin dependence: An incidence density case-control study nested in the VEdeTTE cohort. *Drug Alcohol Rev.* 2021 Feb;40(2):281-286. Doi: 10.1111/dar.13173. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32969097.

Ferri M, Bargagli AM, Faggiano F, Belleudi V, Salamina G, Vigna-Taglianti F, Davoli M, Perucci CA; Gruppo di studio VEdeTTE. Mortalità in una coorte di tossicodipendenti da eroina arruolati presso i Ser.T in Italia, 1998-2001 [Mortality of drug users attending public treatment centers in Italy 1998-2001: a cohort study]. *Epidemiol Prev.* 2007 Sep-Oct;31(5):276-82. Italian. PMID: 18274231.



Ferri, M., Bo, A., Amato, L., Guedes, I. C., Esteves, C. S., Wiessing, L., ... & Davoli, M. (2015). What is needed in future drug treatment research? A systematic approach to identify gaps on effectiveness of drug treatment from the EMCDDA. *Drugs: education, prevention and policy*, 22(1), 86-92.

Gavin VR, Seeholzer EL, Leon JB, Chappelle SB, Sehgal AR. If we build it, we will come: a model for community-led change to transform neighborhood conditions to support healthy eating and active living. *Am J Public Health*. 2015 Jun;105(6):1072-7. doi: 10.2105/AJPH.2015.302599. Epub 2015 Apr 16. PMID: 25880943; PMCID: PMC4431080.

González-Saiz, F., & Vergara-Moragues, E. (2021). In-Treatment Changes in Quality of Life-Related Variables in Therapeutic Communities for Cocaine Abusers: Are These Changes Associated with Clinical Outcomes?. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7442.

Hochheimer M, Unick GJ. Systematic review and meta-analysis of retention in treatment using medications for opioid use disorder by medication, race/ethnicity, and gender in the United States. *Addict Behav*. 2021 Sep 6;124:107113. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.107113. Epub ahead of print. PMID: 34543869.

Hripcsak G, Albers DJ. Correlating electronic health record concepts with healthcare process events. *J Am Med Inform Assoc*. 2013; 20: e311–8. doi:10.1136/amiajnl-2013-001922

Humphreys K, McLellan A T. A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. *Addiction* 2011; 106: 2058–2066.

MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, Degenhardt L, Hickman M. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Oct 3;345:e5945. doi: 10.1136/bmj.e5945. PMID: 23038795; PMCID: PMC3489107.

Maremmani, I., Iantomasi, C., Pani, P. P., Maremmani, A. G. I., Mathis, F., Vigna-Taglianti, F., & VOECT Group. (2020). A prospective study of psychopathology stability and changes after 3-months residential treatment in Italian Substance Use Disorder patients.

Marsden J, Farrell M, Bradbury C, Dale-Perera A, Eastwood B, Roxburgh M et al. Development of the treatment outcomes profile. *Addiction* 2008; 103: 1450–1460.

Marsden J, Tai B, Ali R, Hu L, Rush AJ, Volkow N. (2019) Measurement-based care using DSM-5 for opioid use disorder: can we make opioid medication treatment more effective?. *Addiction*, 114: 1346–1353.

Mathis, F., Vigna-Taglianti, F., Diecidue, R., Kirchmayer, U., Piras, G., Amato, L., ... & Pani, P. P. (2013). Studio VOECT-Valutazione dell'Offerta e dell'Esito dei trattamenti in Comunità Terapeutiche". Monografia numero 1. Analisi descrittiva della coorte arruolata.

Neale, J., Vitoratou, S., Finch, E., Lennon, P., Mitcheson, L., Panebianco, D., ... & Wykes, T. (2016). Development and Validation of 'Sure': A Patient Reported Outcome Measure (Prom) for Recovery



from Drug and Alcohol Dependence. Copyright: Joanne Neale, Silia Vitoratou, Emily Finch, Paul Lennon, Luke Mitcheson, Daria Panebianco, Diana Rose, John Strang, Til Wykes, John Marsden.

Salamina G, Diecidue R, Vigna-Taglianti F, Jarre P, Schifano P, Bargagli AM, Davoli M, Amato L, Perucci CA, Faggiano F; VEdeTTE Study Group. Effectiveness of therapies for heroin addiction in retaining patients in treatment: results from the VEdeTTE study. *Subst Use Misuse*. 2010 Oct;45(12):2076-92. doi: 10.3109/10826081003791932. PMID: 20438317.

Saulle R, Vecchi S, Gowing L. Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011983. DOI: 10.1002/14651858.CD011983.pub2.

Shorter Edward, *Storia della psichiatria*, Masson, Parigi, 2000, pp. 14, 15 e 26.

Tiffany S, Friedman L, Greenfield S, Hasin D, Jackson R, 2011. Beyond drug use: A systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction* 107, 709-718.

Vigna-Taglianti FD, Burrioni P, Mathis F, Versino E, Beccaria F, Rotelli M, Garneri M, Picciolini A, Bargagli AM; VEdeTTE Study Group. Gender Differences in Heroin Addiction and Treatment: Results from the VEdeTTE Cohort. *Subst Use Misuse*. 2016;51(3):295-309. doi: 10.3109/10826084.2015.1108339. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26872763.

Vigna-Taglianti, F. (2015). I risultati dello studio VOECT (Valutazione dell'Offerta e dell'Esito dei trattamenti in Comunità Terapeutiche). In Evento Formativo Interregionale SITD Piemonte–Valle D'Aosta 2015" L'evoluzione della residenzialità nel trattamento e nella riabilitazione nelle addiction" (pp. 2-2).

Vigna-Taglianti, F., Mathis, F., Diecidue, R., Trogu, E., Kirchmayer, U., Ghibaudi, J., ... & Pani, P. P. (2017). Factors Predicting Patient's Allocation to Short-and Long-Term Therapeutic Community Treatments in the Italian VOECT Cohort Study. *Community mental health journal*, 53(8), 972-983.

Wiessing, L., Ferri, M., Darke, S., Simon, R., & Griffiths, P. (2018). Large variation in measures used to assess outcomes of opioid dependence treatment: A systematic review of longitudinal observational studies. *Drug and alcohol review*, 37, S323-S338.

Zilboorg Gregory e George W. Henry, *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1973, p. 363.

SITI PER APPROFONDIMENTO

[1] <https://www.ce3s.eu/wp-content/uploads/2021/08/l-dati-amministrativi-in-Italia.pdf>.

[2] [\(PDF\) Monitoring the Size and Protagonists of the Drug Market: Combining Supply and Demand Data Sources and Estimates | Carla Rossi - Academia.edu](#).



[3] <https://ebiblio.istat.it/SebinaOpac/resource/il-mercato-delle-droghe-dimensione-protagonisti-politiche/IST0055728>

[4] http://www.antonioacasella.eu/salute/ISS_19_22.pdf. pp 121-134.

[5] <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2804/5.%20C%20Rossi%20-%20Better%20understand%20the%20market%20from%20the%20demand%20and%20the%20supply%20side.pdf>.

<https://pne.agenas.it/>