



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

 Consiglio Nazionale delle Ricerche
FC - Istituto di Fisiologia Clinica

Ricerca scientifica e formazione
nell'ambito delle dipendenze

Tavolo Tecnico 7



INDICE

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze	6
1.1 Introduzione	8
1.2 Elementi chiave	9
Gli Esperti	10
2.1 Il Coordinatore	12
2.2 Gli Esperti	13
2.3 I Facilitatori	17
Il Metodo	18
3.1 Il Metodo	20
3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo	21
Fase Preparatoria	22
4.1 I contributi preliminari	24
4.2 Le criticità	24
4.3 Le possibili soluzioni	30
Riunione Preliminare	36
5.1 Il contesto dei lavori	38
5.2 Le criticità rilevate	39
5.3 La lettura delle criticità	43
5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni	44
5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni	48
5.6 Proposte operative	49
Tavolo Tecnico	52
6.1 Introduzione alla prima giornata	54
6.1.1 Introduzione del Coordinatore	54

Tavola Rotonda A	58
Priorità di ricerca e prove di efficacia	58
6.2 Tavola Rotonda A - Priorità di ricerca e prove di efficacia	60
6.2.1 Rimuovere le barriere per la traslazione e l'applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità	61
6.2.2 Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle dipendenze. Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale.	63
6.2.3 Indicatori di esito dei trattamenti per la dipendenza da sostanze e comportamentali	65
6.2.4 Priorità di ricerca e prove di efficacia	67
6.2.5 Sintesi Tavola Rotonda A - Priorità di ricerca e prove di efficacia	69
Tavola Rotonda B	72
Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica	72
6.3 Tavola Rotonda B - Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica	74
6.3.1 Osservatorio nazionale permanente, flussi informativi, fonti dei dati: criticità generali, specifiche e suggerimenti per riorganizzazione efficace per monitoraggio valido.	75
6.3.2 Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di <i>outcome</i> : verso il superamento dei vincoli normativi esistenti	78
6.3.3 Opportunità per il miglioramento per la gestione dei flussi informativi	81
6.3.4 Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA sulle morti e le intossicazioni droga correlate	83
6.3.5 Sintesi Tavola Rotonda B - Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica	85
Tavola Rotonda C	88
Formazione e aggiornamento	88
6.4 Tavola Rotonda C – Formazione e aggiornamento	90
6.4.1 La rete curante come strumento formativo	91
6.4.2 Ricerca Scientifica e Formazione	93
6.4.3 Formazione e bisogni formativi	95
6.4.4 La formazione specifica e l'aggiornamento continuo	96
6.4.5 Elementi di riflessione sulla formazione specialistica degli operatori sanitari nell'ambito della medicina delle dipendenze	97
6.4.6 Proposte programmatiche e di revisione della normativa	98
6.4.7 Formazione aggiornamento ed identità professionale nelle dipendenze patologiche. La chiave del successo.	99
6.4.8 Sintesi Tavola Rotonda C – Formazione e aggiornamento	101
6.5 Introduzione alla seconda giornata	103
6.5.1 Introduzione del Coordinatore	103
6.5.2 Domande e risposte	104
6.5.3 Conclusioni	119

Relazione Tecnica del Coordinatore	120
7.1 Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze	122
Le statistiche	130
8.1 Gli Esperti	132
8.2 Il pubblico iscritto	133
Appendice	138
9.1 Dr.ssa Maria Francesca Amendola – Formazione e bisogni formativi	140
9.2 Dr.ssa Antonella Camposeragna -Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze	143
9.3 Dr.ssa Carla Rossi - Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga': alcune importanti criticità da correggere	148
9.4 Dr. Cristiano Chiamulera - Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità	156
9.5 Dr.ssa Donata Favretto - Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA sulle morti e le intossicazioni droga correlate	160
9.6 Dr. Guido Faillace - Proposte programmatiche e di revisione della normativa	164
9.7 Dr.ssa Sabrina Molinaro - Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di <i>outcome</i> : verso il superamento dei vincoli normativi esistenti	168
9.8 Dr. Lorenzo Somaini - Priorità di ricerca e prove di efficacia	173



Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze



1.1 Introduzione

L'intera Conferenza Nazionale sulle Dipendenze – Oltre le fragilità - è strutturata come un percorso partecipativo, iniziato nel mese di giugno 2021 e che vedrà la conclusione dei lavori con la Plenaria del 27-28 novembre, a Genova.

Attraverso una prima consultazione aperta a tutto il mondo delle dipendenze da sostanze, sono stati individuati i 7 temi rilevanti e i 122 Esperti di settore rappresentativi di tutte le componenti interessate: Amministrazioni Centrali, Regioni, Province Autonome, Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati, Società Scientifiche e Società Civile.

I 7 temi dei Tavoli Tecnici:

Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive

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

Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche

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

Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico

Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze

Ciascuno dei 7 Tavoli Tecnici è coordinato da un Esperto nominato dal Ministro per le Politiche Giovanili, l'On. Fabiana Dadone.

Tutti i lavori sono svolti *online* a eccezione del Tavolo Tecnico "Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie e penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive", ospitato all'interno della Casa Circondariale di Rebibbia, e del Tavolo Tecnico "Prodotti di origine vegetale a base di cannabis ad uso medico" svolto presso lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze".

I risultati dei lavori saranno al centro delle due giornate di Genova durante le quali i Coordinatori di ciascun Tavolo Tecnico hanno l'opportunità di presentare una sintesi delle proposte emerse, contestualizzate da Chairman di caratura internazionale e commentate dal pubblico presente in sala.

Le due giornate finali della Conferenza di Genova prevedono inoltre la possibilità di dare spazio all'analisi di tematiche trasversali discusse in Tavole Rotonde di approfondimento.

1.2 Elementi chiave

1. Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle Dipendenze
2. Implementazione, standardizzazione e integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e loro utilizzo per studi di *outcome* come strumento per migliorare la qualità delle cure
3. Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale
4. Istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e integrazione con altri flussi
5. Percorso formativo e aggiornamento degli operatori delle Dipendenze: criticità e proposte di modifica

Gli Esperti

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze



2.1 Il Coordinatore

Dr.ssa Marina Davoli

<p>Biografia</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio Responsabile tecnico Programma Nazionale Esiti - Agenas. Medico Epidemiologo, esperta di revisioni sistematiche della letteratura e di valutazione di esito degli interventi sanitari. Mi sono occupata di epidemiologia delle dipendenze dal 1990, coordino le attività del Sistema Informativo delle Dipendenze nella Regione Lazio. Valutazione dei progetti finanziati dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga e studio VEdeTTe, finanziato dal Ministero della Salute, condotto presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) di 13 Regioni italiane, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina</p>
<p>Esperienze specifiche in relazione al Tavolo Tecnico</p>	<p>Dal 2008 al 2019 Membro del Comitato Scientifico dell'Osservatorio Europeo delle Tossicodipendenze (EMCDDA - <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>) di Lisbona (Presidente fino al 2014). Dal 2008 <i>Coordinating Editor</i> del Gruppo Cochrane <i>Drugs & Alcohol</i>. Collaborazione all' <i>Annual Dialogue on research</i> dell'<i>Horizontal Working Party on Drugs</i> (HDG) dell'UE per la definizione delle priorità della ricerca</p>

2.2 Gli Esperti

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Maria Francesca Amendola (Regione Calabria)	Dirigente Psicologo ASP CS 1981/2000 Ser.D CS; Dal 2000 ad oggi Resp. U.O.S. Alcologia e Patologie correlate; Dal 2018 referente Regione Calabria Gruppo Tecnico Dipendenze; Componente Gruppo Lavoro Congiunto ISS/ONA e SIA sui PPAC in merito a strategie e produzioni scientifiche, elaborazione e linee guida; Resp. Programma Dipendenze (P4) del PRP; Componente del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze della Conferenza delle Regioni e P.A; Conferenza Nazionale Alcol 2021 <i>Clinical Competence</i>	Docente e Tutor Master 2° Livello in 'Dipendenze patologiche: approcci teorici e interventi in un'ottica multidisciplinare' A.A. 2020-2021 presso Unical; Pubblicazioni recenti su riviste scientifiche n. 12 dal 2018 ad oggi; Componente Comitato Scientifico Società Italiana Alcologia
Antonio Boschini (Comunitalia)	Nato il 26.11.1957. Affetto da dipendenza da sostanze dal 1976 al 1980. Laurea in Medicina (1987), Specialità in M. Infettive (1991). Responsabile Sanitario della Comunità di San Patrignano dal 1987. Membro della sezione M del CTS del Ministero della Salute (ex consulta AIDS) dal 1991. Membro del Consiglio Superiore di Sanità (sezione III) nel triennio 2002-2005. Autore di 40 pubblicazioni scientifiche sulla epidemiologia e complicità sanitarie dell'uso di droghe	Epidemiologia e trattamento delle infezioni droga-correlate Trattamento non farmacologico delle dipendenze
Antonella Camposeragna (CNCA)	Ricercatrice, psicologa, e lavoro con il DEP Lazio, dove gestisco il sistema informativo regionale che raccoglie i dati dei Servizi Pubblici e Privati delle dipendenze; contribuisco alla stesura di revisioni sistematiche e disseminazione delle evidenze (gruppo Cochrane <i>Drugs & Alcohol</i>). Collaboro anche con CNCA, svolgendo ricerche nell'ambito del trattamento psicosociale e della riduzione del danno e dei rischi. Ho collaborato con istituti di ricerca nazionali e internazionali	Pluriennale esperienza di ricerca sia direttamente sul campo che con dati amministrativi. Conoscenza multi prospettica del fenomeno delle dipendenze, che le permette individuare gli ambiti ove possono essere necessari studi per rispondere a quesiti posti dai consumatori e dagli operatori
Cristiano Chiamulera (FICT)	Professore Ordinario di Farmacologia, Responsabile Laboratorio Neuropsicofarmacologia, Università di Verona; Responsabile Farmacovigilanza Azienda Ospedaliera Universitaria Verona. Ha pubblicato su riviste internazionali <i>peer-reviewed</i> (tra cui <i>Science</i> , <i>Nature Neuroscience</i> , <i>Neuron</i>), e presentato in più di 200 presentazioni su invito e conferenze. È stato Presidente della <i>Society for Research on Nicotine Tobacco chapter europeo</i> , e <i>General Secretary</i> della <i>European Behavioural Pharmacology Society</i>	Trent'anni d'attività in ricerca di base, clinica, e traslazione in sanità e prevenzione. Membro di comitati scientifici ed etici per ricerca, prevenzione e cura. Vasta esperienza formativa e direzione di corsi di laurea, perfezionamento e dottorato in materie sanitarie e biomediche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Guido Faillace (FeDerSerD)	Direttore UOC dipendenze patologiche-Ser.D; componente sub commissione Stato-Regione, area dipendenze patologiche e salute mentale; presidente nazionale FeDerSerD; già Consulente Esperto Consulta Nazionale per la Lotta alla TD Presidenza Consiglio dei Ministri; Componente Tavolo Tecnico Regionale per la Lotta alla TD Regione Sicilia; Nomina a Socio Corrispondente Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria sez. Medicina e Scienze Biologiche-Ministero beni Culturali e Ambientali; Ref Studio Vedette	Area dipendenze patologiche e salute mentale; Componente Comitato Scientifico Redazionale Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso
Donata Favretto (Gruppo Tossicologi Forensi Italiani)	Professore Associato presso Università di Padova, MED/43, Tossicologia Forense; Dirigente presso UOC Medicina Legale e Tossicologia, Azienda Ospedaliera - Università di Padova; Responsabile Laboratorio Tossicologia Forense ed Antidoping; Presidente del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani; Presidente della <i>Society of Hair Testing</i> ; membro del <i>board of directors</i> della Associazione Internazionale dei Tossicologi Forensi - TIAFT. Dal 1990 al 2001 ricercatore presso il CNR, Area di Ricerca di Padova	Si occupa di diagnostica delle intossicazioni acute e croniche da sostanze stupefacenti e psicotrope; delle indagini su materiale sequestrato; della identificazione di nuove sostanze psicotrope; della diagnosi nelle morti da overdose; contatti con dip. emergenza A.O Venete e con I servizi sociali
Cristina Meneguzzi (Regione Friuli Venezia Giulia)	Referente Regionale Dipendenze - Direzione Centrale Salute – Regione FVG. Responsabile U.O.S. “Interventi Specialistici per Problemi Alcohol-correlati” – Dip. Dipendenze- ASFO Pordenone. Coordinatore della Rete Alcolologica Territoriale della ASFO – Pordenone Incarico dirigenziale “Processi di presa in carico pazienti con dipendenza patologica” - S.C. Dipendenze Area Urbana – AAS5- Friuli Occ. dal 2016 al 2018. Resp. Ufficio Direzione Sanitaria Casa di Reclusione Milano-Opera dal 2006 al 2008	È stata coordinatore, responsabile scientifico e docente di numerosi eventi formativi a livello aziendale, regionale e nazionale su alcune tematiche della Conferenza, e ho collaborato a pubblicazioni scientifiche
Sabrina Molinaro (CNR-IFC)	Dirigente di Ricerca, Responsabile della Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, Istituto di Fisiologia Clinica – CNR. Coordinatrice Europea dello studio transnazionale collaborativo ESPAD (<i>European School Survey on alcohol and other drugs</i>). Esperto nazionale dell'indicatore “ <i>General Population Survey</i> ” per il Punto Focale Italiano REITOX-EMCDDA-Presidenza del Consiglio dei Ministri. Responsabile del modulo “Epidemiologia sociale” del Consiglio nazionale delle Ricerche	Ha sviluppato collaborazioni solide e durature con la Presidenza del Consiglio – Dipartimento Politiche antidroga e con numerose amministrazioni Regionali attraverso lo sviluppo di decine di progetti di Monitoraggio del fenomeno delle Tossicodipendenze di cui è Responsabile scientifico

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Roberta Pacifici (ISS)	Ricercatore dal 1987 dell'Istituto Superiore di Sanità ho effettuato studi e ricerche sulle tematiche relative all'uso, abuso e misuso delle sostanze stupefacenti e psicotrope. In qualità di Direttore, dal 2017 ad oggi, del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità ho diretto e coordinato, relativamente alle tematiche delle dipendenze e del doping, attività istituzionali, di ricerca, controllo, consulenza, formazione e informazione	In qualità di Dir. del C. N. Dipendenze e Doping dell'ISS sono esperto per il CSS per la Sez. III (Prevenzione delle tossicodipendenze) e Sez. V (Sostanze stupefacenti e psicotrope), membro dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave
Pierpaolo Pani (Direttore scientifico della Rivista Medicina delle Dipendenze)	Medico Psichiatra, Attualmente Direttore Direzione dei Servizi Socio Sanitari ATS Sardegna. In precedenza Direttore ASL Olbia, Sassari; Direttore Sanitario ASL Cagliari; Responsabile Ser.D ASL Cagliari; Attivo nella ricerca clinica nel campo delle dipendenze	Attivo nella ricerca clinica, farmacologica, epidemiologica, sulla psicopatologia dell' <i>addiction</i> , sull'efficacia dei trattamenti
Carla Rossi (Esperto Punto Focale Reitox)	1971 laurea Matematica, 1980-2015 prof. Ord. e Coord. ricerca internaz. Oltre 170 pubbl. sci. Oltre 150 Conf. Internaz. anche organizzate, come per International Society for the Study of Drug Policy Rome. Membro Comitati Etici a lungo come esperto di Biostatistica e anche cons. amm. EMCDDA, come rappresentante Parlamento europeo, per 5 mandati. Ora membro del CS Centro Studi e Ricerche sulla Salute Globale Univ. Cattolica e Presidente Centro Studi Statistici e Sociali con collaborazioni Internazionali	Coordinato ricerca mat-statistica in campo epidemiologico e sociale per droghe illegali, finanziamenti da Enti naz. e internaz. Collaborato 2 anni con UNDCP, ora UNODC, per il WDR 1997 e dal 1997 con EMCDDA per progetti, rapporti sci. Linee Guida di indicatori epidemiologici e con Enti nazionali su dati droga e altro
Lorenzo Somaini (SIPAD)	Direttore della SC Ser.D ASL Biella e direttore comitato scientifica SIPAD. Specializzazione in farmacologia Clinica e professore a Contratto alla Camillus University in Roma nel master dipendenze	Ambito della innovazione dei trattamenti delle dipendenze
Luigi Stella (SITD)	Nato a Pomigliano d'Arco (Na) 24 giugno 1959, medico, specialista in farmacologia, Dottore di Ricerca in Farmacologia e Tossicologia (Chemioterapia) VI ciclo. Docente al Master di II Livello in Medicina Dipendenze Università di Napoli Vanvitelli e Università di Catanzaro Magna Graecia, Scuola di specializzazione Farmacologia Corso di Laurea in Infermieristica Facoltà Medicina e Chirurgia Federico II. Ha partecipato a progetti di ricerca MURST, CNR e Ricerca Ateneo. Dirigente ASL Napoli 3 Sud	Autore di oltre 100 Abstract e 58 pubblicazioni. IF punti 95,601 e indice H = 11. Autore libro: Introduzione alla Ricerca Clinica nei Servizi delle Dipendenze. Conferimento dalla Società Nazionale Accademia di Scienze Mediche e Chirurgiche Universitaria e di un Premio per l'attività di Ricerca

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Maria Giovanna Zilli (MIUR)	Laureata in Giurisprudenza presso l'Università degli studi di Bari, avvocato. Dirigente presso il Ministero dell'Università e della ricerca, attualmente responsabile dell'ufficio "Scuole di specializzazione"	Procedura di istituzione di una specializzazione in Medicina delle Dipendenze
Giuseppe Mammana (ACUDIPA)	Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Criminologia Clinica con indirizzo psichiatrico forense e in Medicina Psicosomatica e Psicoterapia Psicoanalitica è stato Direttore del Dipartimento dipendenze patologiche dell'Asl di Foggia e supervisore clinico di Comunità Terapeutiche e Centri diurni. È presidente dell'Associazione Italiana per la cura delle dipendenze patologiche (ACUDIPA) e Vice Presidente della Società Italiana di psichiatria delle dipendenze (Sipdip).	Docente presso varie Università italiane ha fatto parte di comitati scientifici istituzionali e ha rappresentato l'Italia nel Consiglio di Amministrazione dell'Osservatorio delle dipendenze patologiche della Commissione Europea e nel Gruppo Pompidou ed è autore di ottanta pubblicazioni scientifiche

2.3 I Facilitatori

Nome e Cognome	Biografia
Marco Betti (Federsanità)	Ha conseguito il dottorato in sociologia economica ed è stato assegnista di ricerca presso le Università di Firenze, Siena e Teramo. I suoi principali interessi riguardano lo sviluppo locale, le relazioni industriali e i modelli di sviluppo. Per Federsanità si occupa dei processi di programmazione, innovazione e costruzione di reti di servizi in ambito sociosanitario integrato e sanitario territoriale
Paolo Martinez (FUTOUR)	Fondatore della società Futour, laureato in Geografia e Sociologia all'Oxford Polytechnic e facilitatore certificato IAF lavora da oltre 20 anni nella creatività e partecipazione applicate al management dell'innovazione, trasferimento tecnologico e sviluppo territoriale, in Italia e all'estero, per conto di clienti pubblici e privati
Mauro Soli (Federsanità)	È stato docente presso l'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Siena in Programmazione e Progettazione sociale; è stato consulente per il PIN dell'Università di Firenze; Project manager e consulente per le Regioni Toscana e Umbria su progetti per l'inclusione sociale, la disabilità e la non autosufficienza; Promotore Sociale e Coordinatore di Zona per le Zone Sociali dell'Umbria; per Anci Toscana è stato responsabile del Progetto Regionale Botteghe della Salute. Attualmente è capoprogetto AT PON Inclusione per PricewaterhouseCoopers e per Federsanità si occupa delle attività legate all'area dell'integrazione sociosanitaria

Il Metodo

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze



3.1 Il Metodo

L'obiettivo primario della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, come previsto dall'art. 1, comma 15 del Testo Unico sugli Stupefacenti (DPR 309/1990), è quello di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa". Un secondo obiettivo consiste nel raccogliere *input* utili alla formulazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Per la progettazione e implementazione del processo di preparazione della Conferenza, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si è avvalso del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Al fine di raggiungere lo scopo prefissato è stato ideato un processo partecipativo che, a partire dalla normativa attualmente vigente in materia, attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni espresse da tutti gli attori coinvolti, possa fornire ai *policy maker* una base di conoscenza su cui costruire le eventuali proposte di revisione legislativa e di programmazione.

Figura 1. Il processo di costruzione della Conferenza



Sia la fase preparatoria sia quella operativa della Conferenza adottano un approccio basato sul metodo apprezzativo (*appreciative inquiry*¹). Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della Riunione Preparatoria ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica e un documento condiviso su criticità e possibili soluzioni per ciascun elemento chiave. La condivisione dei materiali avviene in modalità *online* tramite la piattaforma Basecamp.

Tutto il percorso si avvale della presenza di esperti facilitatori che aiutano a raggiungere obiettivi condivisi per ogni fase della Conferenza, dando struttura al dialogo tra i partecipanti attraverso metodi, tecniche e strumenti di facilitazione digitale (GroupMap) per agevolare la raccolta di proposte e la definizione di priorità.

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo



Fase Preparatoria

La raccolta dei contenuti



4.1 I contributi preliminari

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

4.2 Le criticità

L'elenco delle criticità raccolte è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle dipendenze

La conoscenza limitata di aspetti del problema delle Dipendenze e delle sue stime. Tutto dipende dai dati che risultano carenti rispetto alla completezza e rispetto ai flussi privi di ogni collegamento fra di loro (es. DCSA ha dati su sequestri, memorizzati con codice di 'operazione', così le denunce non permettono di risalire ai denunciati e alle loro caratteristiche, si identificano le operazioni che riguardano spaccio di una sostanza o più sostanze, ma non gli spacciatori di una o più sostanze)

I dati sui soggetti nei Ser.D hanno diversi problemi. In progetti internazionali si è provveduto con *survey* per conoscere meglio i soggetti dipendenti e gli spacciatori

L'Italia, nonostante le difficoltà, è l'unico Paese al mondo con un sistema capillare di Servizi per le Dipendenze (Ser.D). Potenzialmente si dispone di molti dati provenienti dalla pratica clinica quotidiana (con centinaia di migliaia di pazienti/anno in trattamento), ma nonostante ciò sono irrisori i lavori pubblicati/anno dai Ser.D su riviste con *impact factor*. Invece, riportiamo i dati sulle riviste di "parrocchia" (senza *peer-review*), dagli anglosassoni sono definite *throughaway journals*, pronte per il cassonetto dei rifiuti. Ciò non può essere più accettabile. Bisogna valorizzare le nostre potenzialità, e ripartire con un'operatività più qualificante dal punto di vista professionale

Perseguimento dell'evidenza scientifica nella programmazione, nella diagnosi, nei trattamenti

Perseguimento dell'evidenza scientifica nell'utilizzo delle risorse disponibili

Limiti strutturali della traslazione e applicazione della ricerca di base nella pratica dei servizi e delle comunità (*gap* tra ricerca e prevenzione, trattamento, riabilitazione). Nonostante gli aspetti di forza come l'esistenza e disponibilità di un'imponente e paradigmatica mole di conoscenza e la vasta convergenza interdisciplinare in una cultura condivisa delle dipendenze, esistono delle debolezze. La prima legata alla poca o dispersa frammentaria ricerca traslazionale, clinica e pratica e le nulle o limitate risorse umane, finanziarie e di tempo per la ricerca

Cause della dipendenza

Teoria del "cancello"

Scarsità di dati sull'efficacia dei trattamenti, ambulatoriali o residenziali, per le dipendenze patologiche da sostanze

Diffusione di nuovi trattamenti per le dipendenze basati sulla Stimolazione Transcranica

Associazione tra eventi traumatici dell'infanzia e vulnerabilità rispetto alle dipendenze

Epidemiologia di HIV ed HCV nelle persone che usano droghe per via non iniettiva

Mancanza di una metodologia standardizzata per la definizione delle priorità

Scarse evidenze circa l'efficacia di trattamenti residenziali (comunità terapeutiche), condotte in contesti diversi, e sovente di bassa qualità metodologica

Scarsi gli studi condotti secondo un approccio *gender oriented* (donne e *not binary gender*) in termini di trattamento e di aderenza. Pochi studi italiani rivolti alla popolazione migrante, sia per indagare il fenomeno di uso delle sostanze (è importato o avviene per le condizioni in cui vivono in Italia?), sia per valutare possibili interventi di riduzione del rischio per queste popolazioni

Scarsa diffusione delle prove disponibili

Raccolta ed analisi uniforme dei dati

Assenza di linee guida

Assenza di collaborazioni con le Università

Assenza di fondi strutturati per la ricerca

Carenza di personale specializzato

2) Implementazione, standardizzazione e integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e loro utilizzo per studi di *outcome* come strumento per migliorare la qualità delle cure

Il flusso SIND è difficilmente consultabile, ovvero si possono consultare solo le tabelle aggregate basate su interrogazioni predefinite. Molte informazioni da esso contenute non sono disponibili, a livello centrale non è prevista integrazione dei flussi *standard*

Non esiste un flusso standardizzato per la mortalità

Mancanza di un adeguato flusso SIND per l'area alcolica, dipendenze comportamentali, carcere e GAP

I dati utilizzati dal DPA, forniti in forma aggregata da diversi Enti pubblici, non sono sempre aggiornati. L'utilizzo di altre fonti di dati per diversi progetti, ha evidenziato alcune differenze. Al fine di permettere al DPA di utilizzare sempre i dati più aggiornati. Il rapporto finale ERANID-IDPSO ha analizzato in profondità tutte le fonti di dati e le relative problematiche. Le maggiori criticità sono state rilevate dai dati SIND forniti dal Ministero della Salute.

Incongruenze dei dati inviati dalle Regioni che pervengono al Ministero: nell'ultima Relazione al Parlamento, i dati regionali di diverse realtà sono risultati discrepanti e sottostimati rispetto a quelli inviati

Riportare i dati così come avviene oggi, non è produttivo e non aiuta a creare obiettivi utili e condivisi. In questo settore gli interventi riguardano periodi medio-lunghi, e quindi la storia clinica pregressa va analizzata con egual importanza perché influenza il risultato finale. Il paradigma delle dipendenze è diverso, e pertanto la valutazione dell'*outcome* impone approcci differenti

La valutazione dell'*outcome* è connessa con gli obiettivi da perseguire che dovrebbero essere esplicitati in partenza e in relazione con gli interventi terapeutici perseguiti e con diversi livelli dello stato di salute della presa in carico del paziente

Disponibilità e accesso ai flussi informativi relativi ai Servizi Pubblici e Privati

Attuale *Addiction severity index* è datato e troppo complesso

Quella dei TD è una popolazione che male si presenta a studi di *outcome*

Scarsa integrazione tra il SIND e altri Sistemi Informativi che potrebbero fornire informazioni sullo stato di salute della popolazione con disturbo da uso di sostanze legali e illegali

Pressoché inesistenti i dati relativi alla popolazione con DUS in carcere, per la quale sarebbe anche opportuno sapere se vengono, e in quale misura, prescritti degli psicofarmaci. Nelle relazioni annuali DPA non si ha contezza di quante persone sono in trattamento metadonico di mantenimento o disintossicazione.

Dai dati SIND sono pressoché mancanti i dati infettivologici (HIV, HCV). Non esistono, per gli interventi di RdD e LdR, degli indicatori di processo quantitativi condivisi e confrontabili tra le diverse regioni;

Assenza di una piattaforma universale

3) Studi su l'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale

È necessario un aggiornamento del Flusso SIND il quale risulta anche non accessibile.

Non sono previste integrazioni di flussi

I servizi del Privato Sociale non sono tenuti in tutte le regioni a compilare il SIND

In Italia non ci sono studi adeguati su questo tema, solo studi limitati. Questo dipende anche dai dati difficilmente disponibili, se non per studi specifici condotti nei servizi.

Difficoltà nell'impostazione di studi di valutazione di efficacia dei trattamenti, per diverse ragioni

Difficoltà di risorse, precisione e omogeneità degli indicatori di *outcome*

Difficoltà e tempi lunghi di approvazione dai comitati etici

Mancanza di studi italiani recensiti che trattano il tema

Limitato monitoraggio sull'*outcome* dell'intervento (*'return-on-investment'* in prevenzione, trattamento, riabilitazione) che possa generare quesiti di ricerca

Scarsità di dati sull'efficacia dei trattamenti, ambulatoriali o residenziali, per le dipendenze patologiche da sostanze

Diffusione di nuovi trattamenti per le dipendenze basati sulla Stimolazione Transcranica

Non è definita la durata nel tempo delle terapie sostitutive, o se devono essere a tempo indeterminato

Qualificazione del rischio di uso di altre sostanze (cocaina, alcol, benzodiazepine ecc.) in persone in terapia sostitutiva

La maggior parte degli studi finora condotti si focalizzano sull'efficacia del trattamento farmacologico in termini di ritenzione in trattamento o di diminuzione dell'uso (sovente la remissione della sostanza). Sono necessari studi di coorte che tengano maggiormente conto di interventi e trattamenti psicosociali, trattamenti integrati e ampliare gli indicatori di *outcome*

Non si conosce la dimensione dei trattamenti farmacologici effettivamente erogati dai servizi per abuso di stimolanti e altro, così come non vi è accordo sui trattamenti psicosociali e quelli residenziali

Assenza di dati derivanti dai Servizi Pubblici italiani

4) Istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e integrazione con altri flussi

Non esiste un'informazione standardizzata in questo senso

Non è prevista alcuna integrazione con altri flussi

Mancano dei dati essenziali per la stima della prevalenza dell'uso di droghe e per valutare l'efficacia di interventi per ridurre tale prevalenza

Necessità di dati affidabili e tempestivi per sui decessi droga correlati a causa dell'attuale disallineamento dai diversi flussi (es. ISTAT e Ministero dell'Interno/DCSA) - Altri contributi, come ad es. Geoverodose, hanno caratteristiche aneddotiche e quindi non utilizzabili in termini di stime di mortalità

Non sono disponibili i dati tossicologici degli accessi in pronto soccorso

5) Percorso formativo e aggiornamento degli operatori delle dipendenze: criticità e proposte di modifica

La coorte degli operatori delle dipendenze ha un basso *turnover* e non c'è stato un aggiornamento commisurato alle modifiche che ha avuto la domanda di trattamento

Adeguamento formativo

Scarsa formazione degli operatori e/o scarso interesse alla raccolta di dati clinici degli utenti.

Mancanza della disciplina delle Dipendenze nel curriculum formativo universitario per le lauree socio-sanitarie

Formazioni troppo spesso teoriche e molto spesso specifiche per gli operatori delle dipendenze, con difficoltà nell'implementazione di una cultura di lavoro di rete

Non esiste un percorso nazionale per i corsi di laurea dei vari professionisti che si occupano della patologia sia per l'alcool che per le sostanze d'abuso

Non esiste una specializzazione post laurea

Insufficiente formazione indipendente ad opera delle istituzioni pubbliche

Gap tra investimenti e relativo ritorno nella formazione

Difficile accesso a fonti bibliografiche, testi e manuali per l'approfondimento 'fuori aula'

Limitata conoscenza delle potenzialità delle tecnologie digitali e della telemedicina

Frammentaria formazione sugli scenari in evoluzione

Nelle Comunità Terapeutiche ci si avvale spesso dell'esperienza di persone che hanno con successo superato il problema della dipendenza ("*recovered users*"), ma non hanno un titolo professionale, e non hanno una formazione teorica che possa fornirgli migliori strumenti di intervento

Non vi è uno specifico percorso universitario per gli operatori delle dipendenze

Scarse le opportunità formative che includano anche aspetti non solo di trattamento ma anche di riduzione del danno e limitazione dei rischi

Assenza di una scuola di specializzazione riconosciuta

4.3 Le possibili soluzioni

L'elenco delle possibili soluzioni alle criticità evidenziate è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle dipendenze

Le fonti informative vanno analizzate e migliorate, soprattutto per i collegamenti mancanti tra loro. Andrebbero ripetute, ogni 3-4 anni, le *survey* sui dipendenti gravi e sugli spacciatori e messe in relazione con i dati resi disponibili dalle fonti amministrative, sia del Min. Salute che Giustizia. Questo aspetto è fondamentale per la valutazione delle informazioni fornite dagli Enti pubblici e per le eventuali carenze da correggere. Per farlo occorrono gruppi interdisciplinari con la presenza di esperti degli Enti Pubblici e ricercatori esperti. Da questo poi nascerebbero idee di ricerca più specifica

Nascita di Centri di Eccellenza guidati da esperti con un curriculum ad hoc. Questi Centri Clinici e di Ricerca, con programmi di ricerca, di formazione del personale dei Servizi delle Dipendenze, con la possibilità di partecipare a sperimentazioni cliniche. In definitiva, potrebbe nascere a livello nazionale un coordinamento, per porre anche fine alle diversità che attualmente esistono e per consentire a tutti di ottimizzare l'efficacia di trattamenti appropriati da offrire ai *Consumer*

Considerata la prevalenza delle dipendenze, gli investimenti nella ricerca dovrebbero essere disponibili

Elaborazione di indirizzi nazionali e regionali, linee guida e vincoli

Definire priorità di interesse per la programmazione della ricerca sanitaria e sociosanitaria

Collaborazioni e partnership con Enti di Ricerca pubblici e privati (Università, ISS, CNR, IRCCS, ecc.)

Accesso collaborativo a fondi nazionali ed europei (pubblici e privati)

Raccolta dati nella pratica (nel *setting*) e a distanza (*at home*)

Sviluppo di strumenti digitali ed uso della telemedicina per la ricerca

Studi pilota osservazionale e interventistici su pratiche che funzionano

Reverse translation e *cross-validation*: condivisione e validazione nei contesti diversi (servizi, comunità, centri, laboratori)

Studi multicentrici di efficacia e efficienza

Analisi dei fattori di rischio per la transizione da sperimentazione a dipendenza da droghe

Analisi della correlazione tra uso di cannabis e successivo utilizzo di altre droghe

Identificazione degli obiettivi di un trattamento (riduzione del danno, *recovery*) e definizione dei diversi criteri per misurare l'efficacia del trattamento

Valutazione dell'efficacia mediante i parametri principali, ovvero ritenzione in trattamento e *outcome* successivo al trattamento

Valutazione dell'efficacia nel breve e lungo termine

Utilità/efficacia di interventi psicoterapeutici mirati all'elaborazione dei traumi

Studi epidemiologici

Creare un'infrastruttura tecnica che definisca e aggiorni lo stato dell'arte dei finanziamenti della ricerca a livello nazionale e conduca delle sintesi delle evidenze, identificando i *gap* di ricerca su cui investire, con fondi ad hoc (ad es. cfr. L. 45/99)

Condurre studi osservazionali italiani, di buona qualità, istituendo un sistema di valutazione indipendente della necessità e qualità degli studi

Aumentare la diffusione delle conoscenze, attraverso la disseminazione delle evidenze e il concetto di misura di esito (cfr. EMCDDA *best practice portal*)

Condurre studi osservazionali sugli argomenti che ad oggi non sono esplorati

Dotazione di sistemi informatici uniformi su tutto il territorio

Stesura di linee guida di intervento

Accesso a fondi di ricerca riservati

2) Implementazione, standardizzazione e integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e loro utilizzo per studi di *outcome* come strumento per migliorare la qualità delle cure

Consentire l'accesso agli Enti Accreditati ai dati SIND anonimizzati.

Prevedere l'integrazione centralizzata dei flussi

Istituire un flusso dedicato ai decessi e alle overdosi

Decreti Ministero della Salute per adeguamento piattaforma SIND

Andrebbero analizzate tutte le fonti disponibili e "create" nuove fonti possibili, come sperimentato in progetti nazionali e internazionali, anche di EMCDDA, Commissione EU o altro Ente. Un esempio, nella Relazione al Parlamento si utilizzano i dati sui 'ricoveri', forniti dall'Istat, mentre sono più adeguati e completi i dati sui 'ricoverati', che Istat non può fornire, ma l'ISS li ha e può fornirli, come anche quelli sui ricoveri

Avviare una relazione con l'Ufficio di Statistica di ISS, rappresentante Sistan

Creare un *data-set* ufficiale per i dati del Pronto Soccorso

Serve un processo di estrazione dei dati che sia chiaro e omogeneo a livello nazionale, e che alle aziende e alle Regioni vengano fornite indicazioni più chiare sulla qualità dei dati richiesti

I dati andrebbero analizzati e discussi con esperti per individuare le criticità, ma anche i punti di forza, affinché siano valorizzati e implementati

Necessarie sono le Linee Guida, che guidano i professionisti e in un certo qual modo li tutelano insieme ai pazienti (Legge 24/2017). Non bisogna essere timorosi che il confronto e la chiarezza dei dati possa riservare delle sorprese, ma la medicina oggi non consente di procedere con convinzioni personali e obsolete

Revisione dei flussi disponibili, verifica della rispondenza agli obiettivi del monitoraggio e dell'impatto degli interventi, del livello di standardizzazione

Identificazione di fattori prognostici significativi, semplici, e di facile acquisizione

Possibilità di condivisione dati tra centri diversi, nel rispetto della *privacy*

Implementare il SIND, ovvero le Regioni dovrebbero maggiormente coinvolgere i singoli servizi (Ser.D, CT e altri servizi accreditati) al fine di migliorare la qualità dei dati e costruire indicatori utili a chi lavora sul campo. Includere nel monitoraggio anche le sostanze lecite

La Relazione annuale al Parlamento dovrebbe essere costruita in accordo con un gruppo di esperti, con le Regioni, con il Ministero della Salute, al fine di avere una sintesi che risponda maggiormente alle esigenze di chi opera sul campo e prevedere possibili integrazioni con altri sistemi informativi nazionali, in accordo con le norme sulla *privacy*

Dotazione di una piattaforma unica

3) Studi su l'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale

Aggiornamento del Flusso SIND

Integrazione con altri flussi

Standardizzare l'informazione da raccogliere nei Servizi del Privato Sociale

Andrebbero definiti alcuni obiettivi e creato uno o più gruppi di lavoro interdisciplinare, con adeguata raccolta dati, con studi retrospettivi e prospettici per valutare efficacemente, anche a campione, gli esiti, sviluppando, eventualmente, anche indicatori nuovi

Interlocuzione con i comitati etici, per direttive e modalità di approvazione più omogenee sul territorio nazionale, e in tempi più rapidi e con una facilitazione delle procedure

Procedure più snelle per stabilire convenzioni fra Università e aziende sanitarie per progetti di ricerca

Definizione delle priorità nella ricerca epidemiologica e promozione di studi sulla verifica dell'efficacia degli interventi disponibili nella pratica corrente

Studi pilota osservazionali e interventistici su pratiche che funzionano

Raccolta dati su esiti dell'intervento

Identificazione degli obiettivi di un trattamento (riduzione del danno, *recovery*) e definizione dei diversi criteri per misurare l'efficacia del trattamento

Valutazione dell'efficacia mediante i parametri principali, ovvero ritenzione in trattamento e *outcome* successivo al trattamento

Analisi dei dati sull'uso di altre sostanze in persone in terapia sostitutiva, possibili interventi

Creare un gruppo di esperti che in base alle indicazioni della letteratura possa costruire un set di indicatori di esito che vada oltre la ritenzione in trattamento e la remissione

Condurre studi che aiutino a definire gli interventi psicosociali oltre che a valutarne gli esiti (in particolare interventi residenziali semiresidenziali), nonché utilizzare strumenti, conosciuti in letteratura, quali l'*Evidence to Decision making Tool*, che facilitino la diffusione di interventi efficaci e la dismissione di interventi di cui è altamente probabile che risultino inutili (se non dannosi)

Implementazione dei fondi per la ricerca e la collaborazione con le Università

4) Istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e integrazione con altri flussi

Istituire un flusso informativo e rendere possibile l'integrazione che esamini i flussi

Creare un gruppo di lavoro interdisciplinare adeguato che esamini i flussi

Nel pieno rispetto della *privacy* di chi usa sostanze lecite e illecite, condurre analisi sui dati amministrativi degli accessi in pronto soccorso con associato un dato tossicologico positivo, anche per verificare se l'uso di sostanze è associato a un maggior rischio di incidentalità stradale

È necessario implementare sistemi come quello SNAP-ISS che includano una maggiore velocità di raccolta dati sulle morti droga correlate

5) Percorso formativo e aggiornamento degli operatori delle dipendenze: criticità e proposte di modifica

Sviluppare un sistema di aggiornamento continuo basato sulle evidenze scientifiche oltre che sui dati relativi alla lettura del Bisogno e della Domanda di Trattamento

Proporre alle Istituzioni una disciplina che in atto non esiste al fine di dare agli operatori la possibilità di avere una formazione specifica

La formazione è necessaria sia sui metodi che sulle applicazioni. Ci sono molti esempi di esito di trattamenti e di caratteristiche che influiscono da utilizzare per la formazione. Per esempio la diversa influenza sulla salute delle differenti sostanze che alcuni, anche medici, sembrano non conoscere. Esiste recente letteratura scientifica. L'estensione e l'influenza del poli-uso, ma soprattutto il legame con caratteristiche personali. Tutto questo non viene adeguatamente preso in considerazione e rilevato. Da vari progetti internazionali si sa molto e si dovrebbe rendere noto agli operatori con un percorso formativo adeguato. Dovrebbero intervenire tossicologi, sociologi, biostatistici ecc.

Inserimento di programmi di studio sulla materia delle Dipendenze nei corsi di laurea socio-sanitari

Implementazione di formazioni multi professionali e interdisciplinari

Cambiare i percorsi universitari

Introduzione della disciplina e successivamente della specializzazione

Definizione di programmi formativi indipendenti

Si propongono argomenti collaterali per la formazione alla ricerca e alla gestione del dato d'esito:

Formazione su etica, logica e design della ricerca

Formazione e acquisizione di metodologie digitali e telemedicina

Corsi su comunicazione scritta e orale, rispettivamente specialistica e di disseminazione

Il 'ritorno di investimento' sarebbe così valutabile in ricerca e informazione, che si aggiungerebbero così all'esistente formazione (e monitoraggio) sugli interventi

Corsi di formazione scolastici che permettano agli operatori di diventare educatori, qualificando ed arricchendo la loro preziosa competenza ed esperienza terapeutica

Favorire un percorso formativo (es. master di I livello) che aumenti le conoscenze e le competenze degli operatori sanitari non medici sul fenomeno e sui possibili interventi

Attivazione della specializzazione in ambito delle Dipendenze

Riunione Preliminare

La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro



5.1 Il contesto dei lavori

Gli Esperti sono stati individuati per affrontare un lavoro complesso di analisi dei 5 elementi chiave, ognuno con una portata molto significativa. L'obiettivo principale è quello di portare proposte al Parlamento sulla base di studi, esperienze ed evidenze raccolte concrete, ma tutto il materiale prodotto potrà essere utilizzato anche per sviluppare il prossimo piano di azione nazionale, che rappresenta un debito europeo e uno strumento fondamentale per accordare l'azione statale, le azioni ministeriali e le azioni del Dipartimento delle Politiche Antidroga con le politiche regionali. Il lavoro ha messo in evidenza elementi caratteristici dell'ambito della ricerca e della formazione, in particolare, attinenti a due temi predominanti: l'identificazione della priorità della ricerca e la sintesi delle evidenze e la valutazione di efficacia dei servizi offerti nell'ambito dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale.

Le principali criticità relative al tema, a cui corrispondono proposte di soluzione, possono essere suddivise in tre ambiti principali:

- la mancanza di un sistema di prioritarizzazione della ricerca;
- l'implementazione, la standardizzazione e l'integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e il loro utilizzo per studi di *outcome*;
- la formazione.

Per quanto riguarda l'ambito della ricerca, le criticità principali emerse, riguardano il mancato utilizzo delle conoscenze acquisite; lo scarso coinvolgimento dei Servizi Pubblici e Privati, in particolare nella partecipazione a studi valutativi; la scarsità di informazioni, di conoscenze sull'efficacia dei trattamenti psicosociali e residenziali; l'assenza di fondi strutturali e, infine, la difficoltà esistente all'interno dell'area delle dipendenze nel definire quali siano gli esiti di salute e sociali rilevanti da valutare.

Sul tema dei flussi, invece, sono state evidenziate sia carenze qualitative nei flussi esistenti, sia quantitative in quanto vi è una mancanza di informazioni e di integrazione tra flussi differenti. Inoltre, sussistono alcune difficoltà per quanto riguarda l'accessibilità a questo tipo di dati.

Infine, nell'ambito della formazione è stato portato all'attenzione il tema del percorso formativo e dell'aggiornamento degli operatori delle dipendenze: particolarmente rilevante risulta la questione della mancanza di una disciplina delle dipendenze nel curriculum formativo universitario per le lauree socio-sanitarie, e quindi anche di una specializzazione rivolta all'area più sanitaria.

Inoltre, è emersa la necessità per gli stessi servizi e per chi si occupa di dipendenze di una formazione sull'importanza della raccolta dei dati, che risulta funzionale anche alla valutazione.

Esiste inoltre un *gap* tra gli investimenti e la formazione: i risultati che si ottengono non sempre sono consoni rispetto agli investimenti fatti e si registra una difficoltà di accesso alle fonti bibliografiche. Inoltre, è emersa la necessità di mettere a disposizione le informazioni già raccolte e far circolare il sapere in maniera fruibile.

Un ulteriore elemento di rilevanza emerso nell'ambito della formazione è l'esigenza di formare i "*recovered users*", così da garantire il coinvolgimento dei consumatori usciti dalla dipendenza nei processi formativi solo a seguito di un'adeguata formazione.

5.2 Le criticità rilevate

Il *brainstorming* ha permesso di identificare alcune criticità ritenute prioritarie sul tema “Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze”. Il risultato del primo giro di *brainstorming* è rappresentato nella Tabella 1.

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Formazione delle persone <i>recovered users</i> come potenziale risorsa del Privato Sociale
Ai sensi del DM 270/2004 il corso di specializzazione può essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione Europea
Ricerca e formazione sono concepite solo come voci occasionali dell'attività dei Servizi Pubblici e di Privato Sociale
Disciplina da istituire per qualificare i Servizi
Acquisire formazione per la ricerca
Scarsa preparazione degli operatori per la raccolta dei dati importanti anche per migliorare l'efficacia del loro lavoro
Mancanza della disciplina delle Dipendenze nel curriculum formativo universitario per le lauree socio-sanitarie e sanitarie
Manca una formazione
Mancanza di un data base fondamentale per la stima dei consumatori problematici in pronto soccorso
Mancanza di conoscenza sui consumi e su come questi cambiano nel tempo
Scarsa qualità dei dati amministrativi disponibili e nessun collegamento tra i flussi
Solo alcune strutture hanno accesso a indagini tossicologiche estensive nei casi di overdose
È un ambito strutturalmente trascurato sin dal DPR 309/90
Mancanza di fondi per la ricerca e per la disseminazione delle conoscenze
Definizione esplicita degli esiti sulla base degli obiettivi trattamento per le dipendenze
Pochi studi <i>gender oriented</i>
Limitata conoscenza, potenzialità tecnologica digitali e telemedicina per la ricerca

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Scarsa collaborazione con gli istituti universitari per progetti di ricerca
Insufficiente considerazione delle evidenze scientifiche
Mancanza di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca
Valutare quanto fatto per intervenire su ricerca e flussi
Mancata valutazione dell'impatto degli interventi sanitari e sociali sugli indicatori di <i>outcome</i>
Sproporzione tra ricerca di base sulle cause delle dipendenze a discapito della ricerca clinica
Gap tra ricerca base/clinica e applicazione nell'intervento

Alcune criticità sono state successivamente accorpate per similitudine, come mostrato nella Tabella 2.

Tabella 2. Raggruppamento di alcune criticità	
Titolo del raggruppamento	Criticità nel raggruppamento
Formazione e aggiornamento	Formazione delle persone <i>recovered users</i> come potenziale risorsa del Privato Sociale
	Ai sensi del DM 270/2004 il corso di specializzazione può essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione Europea
	Ricerca e formazione sono concepite solo come voci occasionali dell'attività dei Servizi Pubblici e di Privato Sociale
	Disciplina da istituire per qualificare i Servizi
	Acquisire formazione per la ricerca
	Scarsa preparazione degli operatori per la raccolta dei dati importanti anche per migliorare l'efficacia del loro lavoro
	Mancanza della disciplina delle Dipendenze nel curriculum formativo universitario per le lauree socio-sanitarie e sanitarie
	Manca una formazione

Tabella 2. Raggruppamento di alcune criticità	
Titolo del raggruppamento	Criticità nel raggruppamento
Flussi informativi e loro integrazione	Mancanza di un data base fondamentale per la stima dei consumatori problematici in pronto soccorso
	Mancanza di conoscenza sui consumi e su come questi cambiano nel tempo
	Scarsa qualità dei dati amministrativi disponibili e nessun collegamento tra i flussi
	Solo alcune strutture hanno accesso a indagini tossicologiche estensive nei casi di overdose
Priorità della ricerca e prove di efficacia	È un ambito strutturalmente trascurato sin dal DPR 309/90
	Mancanza di fondi per la ricerca e per la disseminazione delle conoscenze
	Definizione esplicita degli esiti sulla base degli obiettivi trattamento per le dipendenze
	Pochi studi <i>gender oriented</i>
	Limitata conoscenza, potenzialità tecnologica digitali e telemedicina per la ricerca
	Scarsa collaborazione con gli istituti universitari per progetti di ricerca
	Insufficiente considerazione delle evidenze scientifiche
	Mancanza di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca
	Valutare quanto fatto per intervenire su ricerca e flussi
	Mancata valutazione dell'impatto degli interventi sanitari e sociali sugli indicatori di <i>outcome</i>
	Sproporzione tra ricerca di base sulle cause delle dipendenze a discapito della ricerca clinica
Gap tra ricerca base/clinica e applicazione nell'intervento	

È stato valutato il grado di concordanza/discordanza su ciascuna delle criticità identificando il gradiente di polarizzazione che va dalle criticità sulle quali c'è maggiore accordo verso quelle su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 3. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Mancanza di fondi per la ricerca e per la disseminazione delle conoscenze	2,7
Ricerca e formazione sono concepite solo come voci occasionali dell'attività dei Servizi Pubblici e di Privato Sociale	2,6
Scarsa preparazione degli operatori per la raccolta dei dati importanti anche per migliorare l'efficacia del loro lavoro	2,6
Insufficiente considerazione delle evidenze scientifiche	2,5
Gap tra ricerca base/clinica e applicazione nell'intervento	2,5
Scarsa qualità dei dati amministrativi disponibili e nessun collegamento tra i flussi	2,5
Definizione esplicita degli esiti sulla base degli obiettivi trattamento per le dipendenze	2,5
Mancata valutazione dell'impatto degli interventi sanitari e sociali sugli indicatori di <i>outcome</i>	2,5
Mancanza della disciplina delle Dipendenze nel curriculum formativo universitario per le lauree socio-sanitarie e sanitarie	2,5
Mancanza di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca	2,5
Scarsa collaborazione con gli istituti universitari per progetti di ricerca	2,3
Acquisire formazione per la ricerca	2,3
È un ambito strutturalmente trascurato sin dal DPR 309/90	2,3
Manca una formazione	2,2
Valutare quanto fatto per intervenire su ricerca e flussi	2,1
Mancanza di conoscenza sui consumi e su come questi cambiano nel tempo	2,1
Disciplina da istituire per qualificare i Servizi	2,1
Sproporzione tra ricerca di base sulle cause delle dipendenze a discapito della ricerca clinica	2,1
Pochi studi <i>gender oriented</i>	2,1
Mancanza di un data base fondamentale per la stima dei consumatori problematici in pronto soccorso	2,0
Limitata conoscenza, potenzialità tecnologica digitali e telemedicina per la ricerca	1,9

Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Solo alcune strutture hanno accesso a indagini tossicologiche estensive nei casi di overdose	1,8
Formazione delle persone <i>recovered users</i> come potenziale risorsa del Privato Sociale	1,7
Ai sensi del DM 270/2004 il corso di specializzazione può essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione Europea	1,4

5.3 La lettura delle criticità

Il tema delle Dipendenze è stato per molti anni trascurato e considerato minoritario rispetto al suo impatto per la salute Pubblica allo stesso modo anche la formazione degli operatori sia dei Servizi Pubblici che del Privato Sociale non si è evoluta e non è stata aggiornata rispetto ai cambiamenti che invece l'area delle Dipendenze ha affrontato. Si percepisce la mancanza di una disciplina specifica dedicata sia per quanto riguarda l'ambito sanitario che per l'ambito sociale, inoltre viene lamentata la mancanza di una scuola di specializzazione. Emerge inoltre la necessità di formare i *recovered users*, come potenziale risorsa per i servizi.

Il basso investimento sulla formazione degli operatori ha ricadute importanti anche nell'ambito della ricerca e in particolare nella qualità del dato raccolto nei servizi, fonte questa essenziale per gli studi valutativi e per la lettura della modifica della domanda di trattamento.

Mancano fondi strutturali per la ricerca; un sistema organizzato per la condivisione delle conoscenze e si percepisce la mancanza di un percorso di individuazione delle priorità di ricerca esistenti. Si rileva inoltre un *gap* tra ricerca base/clinica e applicazione nell'intervento.

Ci sono molte criticità legate alla cartella SIND, relative al suo aggiornamento, alla sua fruibilità e alla possibilità di integrazione con altri flussi di dati. Si rileva inoltre anche la carenza di flussi specifici su decessi; intossicazioni non fatali e ricoveri in Pronto Soccorso; oltre che la difficoltà ad accedere ai flussi sanitari *standard* (SDO; Farmaceutica specialistica e ambulatoriale; schede di mortalità etc.).

Infine, emerge l'esigenza di condurre studi *gender based*, vista la loro scarsità.

5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni

Il secondo giro di *brainstorming* guidato, focalizzato sulla ricerca collaborativa e partecipata degli approcci alle possibili soluzioni alle criticità precedentemente individuate, è esitato nelle proposte riportate nella Tabella 4.

Tabella 4. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Istituire la disciplina di medicina delle dipendenze con scuola di specializzazione con percorsi differenziati per personale sanitario e personale psicosociale
Inserire il tema delle dipendenze (alcol, fumo di tabacco, sostanze illecite, GAP, ecc.) nei curricula scolastici ed universitari nei diversi corsi di laurea e formazione dei MMG
Formazione operatori per pianificazione, metodo ed etica della "ricerca nella pratica"
Attivazione di percorsi universitari nel campo delle dipendenze
Formazione degli operatori per migliorare il lavoro nei Servizi Pubblici e Privati
Aumentare le risorse umane nei Servizi per la Formazione e ricerca
Utilizzare tutte le fonti disponibili per valutare la dimensione del problema come domanda e come offerta di sostanze
Definizione degli obiettivi dei trattamenti per le dipendenze
Definizione di un programma nazionale di valutazione dell'esito degli interventi
Individuazione e prioritarizzazione degli indicatori di esito
Adeguamento, fruizione del Flusso SIND e sua integrazione con altri flussi
Implementare SIND con il coinvolgimento da parte delle singole Regioni dei servizi
Analizzare le fonti dati amministrative disponibili e verificare come integrare con altri fondi da rilevare
Centri di eccellenza per la promozione della ricerca o collegato stabile con l'Università con protocolli di intesa strutturato con il sistema dei Servizi (Pubblico e Privato)
Istituzione di un'anagrafe della ricerca
Sviluppo di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca trasversale alle diverse fonti di finanziamento
Integrazione medicina delle dipendenze con PNRR
Finanziamento di un'attività sistematica di revisione della letteratura per la sintesi delle evidenze e l'individuazione dei <i>gap</i> di ricerca
Finanziamento stabile di programmi di diffusione e delle informazioni basate sulle evidenze

Tabella 4. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Finanziare convegni che esponano alla base (sanitaria, sociale, utenti) la conoscenza di quello che si può fare insieme
In una eventuale riforma di TU DPR 309/90 o in analoghi provvedimenti legislativi ed in eventuali ripristini di fondi finalizzati per le dipendenze istituire articoli che prevedono separatamente voci dedicate a ricerca e formazione con indicazione dei capitoli di spesa a cui afferire

Alcuni approcci alle possibili soluzioni sono stati successivamente accorpati per similitudine, come mostrato nella Tabella 5.

Tabella 5. Raggruppamento degli approcci alle possibili soluzioni	
Titolo del raggruppamento	Soluzioni nel raggruppamento
Formazione e aggiornamento	Istituire la disciplina di medicina delle dipendenze con scuola di specializzazione con percorsi differenziati per personale sanitario e personale psicosociale
	Inserire il tema delle dipendenze (alcol, fumo di tabacco, sostanze illecite, GAP, ecc.) nei curricula scolastici ed universitari nei diversi corsi di laurea e formazione dei MMG
	Formazione operatori per pianificazione, metodo ed etica della "ricerca nella pratica"
	Attivazione di percorsi universitari nel campo delle dipendenze
	Formazione degli operatori per migliorare il lavoro nei servizi pubblici e privati
	Aumentare le risorse umane nei Servizi per la Formazione e ricerca
Flussi informativi e loro integrazione	Utilizzare tutte le fonti disponibili per valutare la dimensione del problema come domanda e come offerta di sostanze
	Definizione degli obiettivi dei trattamenti per le dipendenze
	Definizione di un programma nazionale di valutazione dell'esito degli interventi
	Individuazione e prioritizzazione degli indicatori di esito
	Adeguamento, fruizione del Flusso SIND e sua integrazione con altri flussi
	Implementare SIND con il coinvolgimento da parte delle singole Regioni dei servizi
	Analizzare le fonti dati amministrative disponibili e verificare come integrare con altre fonti da rilevare

Tabella 5. Raggruppamento degli approcci alle possibili soluzioni	
Titolo del raggruppamento	Soluzioni nel raggruppamento
Priorità della ricerca e prove di efficacia	Centri di eccellenza per la promozione della ricerca o collegato stabile con l'Università con protocolli di intesa strutturato con il sistema dei Servizi (Pubblico e Privato)
	Istituzione di un'anagrafe della ricerca
	Sviluppo di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca trasversale alle diverse fonti di finanziamento
	Integrazione medicina delle dipendenze con PNRR
	Finanziamento di un'attività sistematica di revisione della letteratura per la sintesi delle evidenze e l'individuazione dei gap di ricerca
	Finanziamento stabile di programmi di diffusione e delle informazioni basate sulle evidenze
	Finanziare convegni che espongano alla base (sanitaria, sociale, utenti) la conoscenza di quello che si può fare insieme
	In una eventuale riforma di TU DPR 309/90 o in analoghi provvedimenti legislativi ed in eventuali ripristini di fondi finalizzati per le dipendenze istituire articoli che prevedono separatamente voci dedicate a ricerca e formazione con indicazione dei capitoli di spesa a cui afferire

Il personale grado di concordanza/discordanza dei partecipanti su ciascuno degli approcci individuati rispecchia il gradiente di polarizzazione mostrato in Tabella 6, che va dagli approcci sui quali c'è maggiore accordo verso quelli su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 6. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Integrazione medicina delle dipendenze con PNRR	2,8
In una eventuale riforma di TU DPR 309/90 o in analoghi provvedimenti legislativi ed in eventuali ripristini di fondi finalizzati per le dipendenze istituire articoli che prevedono separatamente voci dedicate a ricerca e formazione con indicazione dei capitoli di spesa a cui afferire	2,6
Inserire il tema delle dipendenze (alcol, fumo di tabacco, sostanze illecite, GAP, ecc.) nei curricula scolastici ed universitari nei diversi corsi di laurea e formazione dei MMG	2,6

Tabella 6. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Adeguamento, fruizione del Flusso SIND e sua integrazione con altri flussi	2,6
Attivazione di percorsi universitari nel campo delle dipendenze	2,5
Sviluppo di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca trasversale alle diverse fonti di finanziamento	2,5
Formazione degli operatori per migliorare il lavoro nei Servizi Pubblici e Privati	2,5
Istituire la disciplina di medicina delle dipendenze con scuola di specializzazione con percorsi differenziati per personale sanitario e personale psicosociale	2,5
Definizione di un programma nazionale di valutazione dell'esito degli interventi	2,4
Finanziamento stabile di programmi di diffusione e delle informazioni basate sulle evidenze	2,3
Implementare SIND con il coinvolgimento da parte delle singole Regioni dei servizi	2,3
Individuazione e prioritarizzazione degli indicatori di esito	2,3
Aumentare le risorse umane nei Servizi per la Formazione e ricerca	2,3
Istituzione di un'anagrafe della ricerca	2,2
Definizione degli obiettivi dei trattamenti per le dipendenze	2,2
Utilizzare tutte le fonti disponibili per valutare la dimensione del problema come domanda e come offerta di sostanze	2,1
Finanziamento di un'attività sistematica di revisione della letteratura per la sintesi delle evidenze e l'individuazione dei <i>gap</i> di ricerca	2,1
Formazione operatori per pianificazione, metodo ed etica della "ricerca nella pratica"	1,9
Analizzare le fonti dati amministrative disponibili e verificare come integrare con altri fondi da rilevare	1,9
Centri di eccellenza per la promozione della ricerca o collegato stabile con l'Università con protocolli di intesa strutturato con il sistema dei Servizi (Pubblico e Privato)	1,9
Finanziare convegni che esponano alla base (sanitaria, sociale, utenti) la conoscenza di quello che si può fare insieme	1,2

5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni

Le proposte di soluzione indicate si allineano con i tre principali ambiti emersi dall'analisi del tema. In particolare, si propone la definizione di adeguati fondi per la formazione, sia in ambito universitario che per gli operatori del settore. Si evidenzia la necessità di inserire il tema delle dipendenze nei curricula scolastici e universitari e, al contempo, si ritiene necessaria l'istituzione di una disciplina di medicina delle dipendenze e una scuola di specializzazione sul tema, con percorsi differenziati per il personale sanitario e psicosociale.

Sul tema della ricerca si considera rilevante oltre all'individuazione di fondo strutturali, l'avvio di un processo di prioritizzazione degli ambiti verso cui rivolgere gli studi.

Per quanto riguarda il tema dei flussi di dati, si presenta la necessità di adeguare i flussi già esistenti e integrarli tra loro, al fine di mettere a disposizione le risorse di cui si è già in possesso e renderle fruibili.

5.6 Proposte operative

Sulla base degli argomenti chiave trattati su questo Tavolo, si sono organizzate tre Tavole Rotonde che rappresenteranno i *focus* specifici di contenuto da articolare in occasione del Tavolo Tecnico di ottobre (Figura 2).

Le Tavole sono state allestite in modo da rispecchiare l'articolazione proposta in apertura dei lavori dal Coordinatore: Priorità di ricerca e prove di efficacia, Flussi informativi e loro integrazione, Formazione e aggiornamento.

Figura 2. Tavole Rotonde e relativi argomenti chiave

Tavola rotonda A	Tavola rotonda B	Tavola rotonda C
PRIORITÀ DI RICERCA E PROVE DI EFFICACIA	FLUSSI INFORMATIVI E LORO INTEGRAZIONE	FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
1. Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle Dipendenze	2. Implementazione, standardizzazione e integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e loro utilizzo per studi di outcome come strumento per migliorare la qualità delle cure	5. Percorso formativo e aggiornamento degli operatori delle Dipendenze: criticità e proposte di modifica
3. Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale	4. Istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e integrazione con gli altri flussi	Dott.ssa Cristiana Meneguzzi (Regione Friuli Venezia Giulia)
Dott. Cristiano Chiamulera (FICT)	Dott.ssa Carla Rossi (Esperto Punto Focale Reitox)	Dott. Luigi Stella (SITD)
Dott. Antonio Boschini (COMUNITALIA)	Dott.ssa Sabrina Molinaro (IFC-CNR)	Dot.ssa Maria Francesca Amendola (Regione Calabria)
Dott. Pierpaolo Pani (ATS Sardegna)	Dott.ssa Antonella Camposeragna (CNCA)	Dott.ssa Roberta Pacifici (ISS)
Dott. Lorenzo Somaini (SIPAD)	Prof.ssa Donata Favretto (UNIPD)	Dott.ssa Maria Giovanna Giulitta Zilli (MIUR)
		Dott. Guido Faillace (FEDERSERD)
		Dott. Giuseppe Mammana (ACUDIPA)

I tre macro-temi individuati nel corso dei lavori sono la cornice entro la quale far ricadere gli interventi degli Esperti e consentiranno di toccare le specificità evidenziate nel corso dei lavori, sempre tenendo in considerazione il tema del Tavolo e gli elementi chiave individuati per ciascuna Tavola Rotonda.

Tavola Rotonda A – Priorità di ricerca e prove di efficacia

Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle dipendenze

Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale

Dr. Cristiano Chiamulera, Dr. Antonio Boschini, Dr. Pierpaolo Pani, Dr. Lorenzo Somaini

Tavola Rotonda B – Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica

Implementazione, standardizzazione e integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico e loro utilizzo per studi di *outcome* come strumento per migliorare la qualità delle cure

Istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e integrazione con gli altri flussi

Prof.ssa Carla Rossi, Dr.ssa Sabrina Molinaro, Dr.ssa Camposeragna, Prof.ssa Donata Favretto

Tavola Rotonda C – Formazione e aggiornamento

Percorso formativo e aggiornamento degli operatori delle Dipendenze: criticità e proposte di modifica

Dr.ssa Cristina Meneguzzi, Dr. Luigi Stella, Dr.ssa Maria Francesca Amendola, Dr.ssa Roberta Pacifici, Dr.ssa Maria Giovanna Zilli, Dr. Guido Faillace, Dr. Giuseppe Mammana



Tavolo Tecnico

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze



6.1 Introduzione alla prima giornata

I lavori del Tavolo Tecnico “Ricerca scientifica e formazione nell’ambito delle dipendenze” si sono svolti *online* e hanno visto la partecipazione di 15 Esperti oltre alla Coordinatrice del Tavolo, la Dr.ssa Marina Davoli e al moderatore, Dr. Mauro Soli.

A seguire i lavori pubblici sono stati 286 spettatori iscritti al *webinar* con la possibilità di inviare domande o commenti e altri uditori che hanno potuto seguire l’evento tramite la diretta *streaming*.

A seguito dei saluti istituzionali da parte della Dr.ssa Elisabetta Simeoni del DPA, la Dr.ssa Davoli ha introdotto le tematiche sviluppate nell’ambito del Tavolo Tecnico.

6.1.1 Introduzione del Coordinatore

Il gruppo di Esperti del Tavolo Tecnico, che si occupa di ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze, ha cominciato a lavorare già da diverse settimane e ha fatto un lavoro di cui è importante dare conto, oltre ad aggiungere qualche informazione in più prodotta dal gruppo e dai colleghi del CNR.

Si procede prima alla presentazione delle criticità che sono emerse da parte degli Esperti, che poi saranno presentate durante il Tavolo, a fronte delle quali saranno proposte delle possibili soluzioni che saranno affrontate e poi integrate da eventuali ulteriori suggerimenti che provengono dal pubblico in ascolto.

Per quanto riguarda la parte della ricerca scientifica e delle evidenze, la prima criticità che è emersa è la mancanza di un fondo specifico per la ricerca nelle dipendenze. Tuttavia, si evidenzia anche che il fondo di per sé non risolverebbe il problema in quanto manca anche un fondo per poi far conoscere i risultati di questa ricerca. In generale, si lamenta una scarsa considerazione della ricerca tra gli ambiti di attività dei servizi stessi, (probabilmente più che in altri ambiti socio sanitari, certamente di quelli clinici) e una scarsa collaborazione con gli istituti universitari per progetti di ricerca che coinvolgono i servizi stessi.

Il gruppo coordinato dalla Dr.ssa Sabrina Molinaro insieme alla Dr.ssa Elisa Benedetti ha cercato di fare una rassegna relativa a dove si attinge per la ricerca, ossia da dove vengono finanziati i progetti di ricerca nell'ambito delle dipendenze non essendoci un fondo specifico. Purtroppo, questo lavoro risulta molto difficile e porta alla luce come primo risultato il fatto che non esiste una mappatura sistematica dei finanziamenti della ricerca e questo rappresenta uno dei punti critici di questo tema. Non è chiaro se le aziende sanitarie abbiano dei fondi propri per la ricerca, cosa probabile dato che alcuni Esperti hanno raccontato di aver avuto opportunità di parteciparvi, non ci sono tuttavia informazioni a livello centrale. Le Regioni sicuramente hanno dei fondi ma anche in questo caso non se ne è ha conoscenza; a livello nazionale contribuisce lo stesso Dipartimento con dei fondi ad hoc che però vengono indirizzati a tematiche specifiche. Altre fonti di finanziamento sono il Ministero della Salute, che propone un bando totalmente aspecifico quindi le dipendenze concorrono così come altri temi a questo finanziamento; il Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica; diversi programmi europei e diverse fondazioni private. Tuttavia, il tema rilevante è proprio la mancanza di una sistematica mappatura di questi finanziamenti.

Inoltre, ci si è chiesti se esista un metodo per definire quali sono le tematiche prioritarie da analizzare al fine di sviluppare progetti di ricerca utili a colmare gap conoscitivi. Manca un processo esplicito per definire queste

priorità e si evidenzia uno sbilanciamento, una sproporzione, tra la ricerca di base a scapito di quella clinica. Uno scarso interesse alla ricerca si è evidenziato in modo ancora più puntuale su sottogruppi con dipendenze da sostanze, in particolare sul genere. Si denota inoltre una limitata conoscenza sull'uso delle tecnologie digitali, in termini di ricerca, in quanto ancora non si sa quanto potrebbero essere utili.

Non avviene una prioritarizzazione della ricerca, non si è a conoscenza di cosa esattamente è stato finanziato, e non si conosce quali sono stati i risultati prodotti: i risultati, infatti, non sono disseminati e pertanto, siamo in una situazione con grandi potenzialità di miglioramento.

Se andiamo a vedere ciò che si conosce, ossia ciò per cui esistono delle prove di efficacia, si può notare che vi è la mancanza di una definizione esplicita e di una standardizzazione degli esiti relativi che si basi su degli obiettivi che sono stati predefiniti. Manca un programma nazionale di valutazione degli esiti nel campo delle dipendenze e c'è un gap, ancora più grande forse che in altri campi, tra le conoscenze scientifiche e la pratica.

Per inquadrare il contesto è necessario fornire informazioni su ciò che si pubblica, in quanto, non è che non ci siano conoscenze o non vi siano pubblicazioni. Per fornire questo dato, si prende in considerazione le revisioni sistematiche, che sono ormai la pubblicazione di riferimento, in quanto gli studi primari sono talmente tanti che per leggerli ed essere aggiornati si stima che si dovrebbe leggerne più di uno al minuto.

Il gruppo Cochrane su Droghe e Alcol, che ha sede presso il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, ha un registro di tutti i trials, di tutti gli studi randomizzati controllati, e facendo una ricerca delle revisioni sistematiche sia "Cochrane" sia "non Cochrane", si nota che le pubblicazioni sul tema sono sempre più numerose con un picco di 350 nel 2020 (nel 2021 sono contate fino a settembre e, pertanto, se e registrano un po' di meno).

Di questi studi, circa 1.500 si occupano di sostanze (tenendo in considerazione le droghe in generale) e oltre 1.000 sono relativi al tema alcol. Con il tempo, osservando la pubblicazione di queste revisioni, si può notare un aumento relativamente a tutte le sostanze; tuttavia, l'aspetto più caratteristico, che è iniziato a partire dal 2018, è la pubblicazione di revisioni che si occupano di disturbo dall'uso di sostanze, intese in termini generici quindi non sostanze specifiche predefinite come l'alcol, di cui continuano ad essere pubblicate numerose revisioni, così come sugli oppiacei nonostante su quest'area esistano diversi studi; al contempo sembra essere in calo la produzione sugli stimolanti e appare carente la produzione scientifica sulle benzodiazepine.

La cosa interessante su cui porre l'attenzione è che mentre per le revisioni sistematiche più della metà sono condotte da autori europei, l'esatto inverso si osserva per gli studi primari che sono condotti prevalentemente in Nord America. Pertanto, in Europa si realizza un ottimo lavoro di sintesi degli studi ma si pubblicano pochi studi primari e, in un'area così specifica come quella delle dipendenze, forse questo è un limite.

Nell'ambito delle revisioni da sostanze, negli ultimi tre anni si è evidenziato che la maggior parte di queste abbiano a che fare con i trattamenti: di tipo non farmacologico, tra cui lo psicosociale ma non solo; farmacologico; relativi alle conseguenze dell'uso; la prevalenza; e in minor misura lo screening, brief intervention; valutazione economica; fattori di rischio; prevenzione o altro.

Sull'alcol invece vi è una minore prevalenza delle revisioni sul trattamento e maggiore sui fattori di rischio, sulle conseguenze dell'uso e sulla prevalenza. I colleghi del CNR hanno verificato gli studi pubblicati nel contesto italiano negli ultimi cinque anni e ne hanno individuati 61, nei quali vi è una predominanza di studi che riguardano gli stimolanti e i disturbi da uso di sostanze.

Concludendo questa introduzione sulle evidenze c'è molto su cui lavorare, pertanto, sarebbe possibile e importante costruire una sorta di anagrafe della ricerca, di sistema informativo per conoscere quello di cui si è già a conoscenza e confrontarsi con gli operatori, gli utenti e tutto il mondo delle dipendenze per costruire delle

partnership che possano identificare delle priorità basate sulle conoscenze che già esistono. D'altra parte vi sono molte conoscenze che evidentemente non sono sufficientemente disseminate.

L'altro tema rilevante da trattare è che esistono dei grossissimi problemi sulla qualità dei flussi informativi esistenti correnti e vi è una mancata integrazione dei flussi; esistono dei limiti posti dalla normativa della privacy; manca un database integrato e un flusso informativo sui risultati delle indagini tossicologiche nei casi di overdose.

La terza Tavola Rotonda è una Tavola molto ricca sulla formazione e l'aggiornamento. È una Tavola molto articolata a cui sarà dedicata attenzione anche nelle conclusioni. Le criticità che si sono evidenziate riguardano diversi aspetti. Per chi è già inserito nel percorso, quindi nel lavoro nell'ambito dei servizi delle dipendenze, vi è la necessità di un percorso di aggiornamento continuo sempre basato sulle evidenze; ma risulta necessaria anche una formazione degli operatori nello stesso coinvolgimento nella ricerca. Risulta evidente che in ambito clinico laddove si fa ricerca migliora anche l'assistenza, pertanto, coinvolgere gli operatori dei servizi nelle attività di ricerca sarebbe molto importante e la formazione stessa nell'ambito dell'attività dei servizi ha un ruolo, così come la ricerca, decisamente marginale.

Infine, una criticità specifica rilevata che riguarda più in generale tutta la formazione sociosanitaria, è la mancanza di una specializzazione, manca una formazione post-universitaria e manca la disciplina delle dipendenze nel curriculum formativo universitario per tutte le lauree.



Tavola Rotonda A

Priorità di ricerca e prove di efficacia



6.2 Tavola Rotonda A - Priorità di ricerca e prove di efficacia

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, descrive l'articolazione delle due giornate e introduce la prima Tavola Rotonda dal titolo "Priorità di ricerca e prove di efficacia" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Rimuovere le barriere per la traslazione e l'applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità Dr. Cristiano Chiamulera, FICT

Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle dipendenze. Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale. Dr. Antonio Boschini, COMUNITALIA

Indicatori di esito dei trattamenti per la dipendenza da sostanze e comportamentali. Dr. Pier Paolo Pani, Direzione Rivista Medicina Dipendenze

Priorità di ricerca e prove di efficacia Dr. Lorenzo Somaini, SIPAD

6.2.1 Rimuovere le barriere per la traslazione e l'applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

Cristiano Chiamulera

Esistono limiti per la traslazione e l'applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità.

Questa criticità è particolarmente evidente se si considera che esiste la disponibilità di un'imponente mole di conoscenza sui meccanismi e processi alla base dei DUS. Le ricerche di base hanno evidenziato la complessità del cervello umano e la variabilità di risposta agli effetti acuti e cronici dell'esposizione alle sostanze d'abuso, le diversità tra sostanze, la variabilità individuale (genetica, genere, età), la comorbidità, gli aspetti legati alla personalità, ed al vissuto del paziente in termini di storia di dipendenza e di esperienze di vita (trauma, lavoro, ecc.). La disponibilità di questa conoscenza ha rivoluzionato la definizione e la concettualizzazione dei DUS. È stata una rivoluzione non solo scientifica ma anche epistemologica, sociale e culturale. Si è sviluppata una cultura inter-disciplinare che spazia da molecole e geni a clinica e programmi psicosociali.

Tuttavia, un bilancio sull'applicazione pratica di questo corpus di conoscenze è fallimentare. Il paradigma lineare dalla scoperta scientifica alla tecnologia applicativa non c'è più e non è più finanziariamente giustificabile: la scoperta di un nuovo recettore non è più automaticamente associata a un farmaco innovativo (Chiamulera, 2019). Nonostante le scoperte di potenziali nuovi bersagli farmacologici e lo sviluppo d'interventi integrati, l'esito dell'intervento nei DUS rimane a bassi livelli di efficacia, sicuramente superiori al non intervento o allo smettere da soli, ma comunque insoddisfacenti.

Quali sono i possibili fattori organizzativi e strutturali, specificatamente legati a questo *gap* tra ricerca di base e pratica?

Sicuramente ci sono due aspetti, rispettivamente:

1. La poca, dispersa e frammentaria ricerca nella pratica
2. Le limitate, se non nulle, risorse umane, finanziarie e di tempo

Creare una 'organizzazione della ricerca nella pratica'

Chi opera nella pratica ha a disposizione una continua fonte di dati disponibile dalla casistica ed esperienza del proprio servizio/comunità. Quotidianamente è possibile evidenziare dei segnali e delle tendenze che suggeriscano intuizioni innovative. Tale conoscenza rimane tuttavia limitata ad un utilizzo ristretto, ed al massimo comunicata con studi di bassa qualità metodologica in convegni locali o nazionali. Non esiste quella comunità scientifica che invece caratterizza la rete diffusa dei tanti 'piccoli' laboratori di ricerca di base altamente interconnessi.

È necessario creare una comunità, e di formare una forma mentis, della ricerca nella pratica.

Le reti delle CT, le federazioni dei servizi e le società scientifiche possono svolgere un ruolo fondamentale in questo senso, per esempio promuovendo:

- Raccolta dati nella pratica (nel *setting*) e a distanza (*follow-up at home*) (González-Saiz & Vergara-Moragues, 2021)
- Studi pilota osservazionali e interventistici su pratiche 'che funzionano' • Studi multicentrici di efficacia e efficienza (DeCrescenzo et al., 2018)
- *Reverse translation* e *cross-validation*, ovvero condivisione e validazione in contesti d'intervento diversi

Lo studiare un farmaco per una nuova indicazione non origina da una casuale osservazione, ma è innanzitutto frutto di un processo attivo di percezione clinica. Questa percezione può generare delle ipotesi 'istruite', con alla base un rationale basato su meccanismi e processi, per un processo a ritroso di scoperta.

Sviluppare strutture 'adattative'

Il fornire risorse adeguate alla ricerca nella pratica richiede sicuramente la definizione di obiettivi e strategie in termini di politiche e di *mission* nel lungo termine, con interventi a diversi livelli.

Un approccio di tipo 'apprezzativo', di sfruttamento adattivo 'di ciò che funziona', può favorire scelte tattiche a risorse contenute. Una serie di soluzioni percorribili a partire dall'esistente funzionante e potenziale, possono essere così riassunte:

- Fornire formazione su etica, logica e design della ricerca
- Facilitare l'accesso a fonti bibliografiche per l'approfondimento 'fuori aula'
- Fornire formazione su comunicazione scritta e orale, specialistica e di disseminazione
- Collaborazioni e partnership con enti di ricerca pubblici e privati (Heinz et al., 2020)
- Accesso collaborativo a fondi nazionali ed europei (pubblici e privati)
- Utilizzo degli strumenti digitali anche per le attività di ricerca

Ricerca nella pratica come 'cortocircuito' tra scienza e intervento.

Abbiamo la possibilità di accedere a una mole enorme di dati sperimentali e di esperienze pratiche, di nuove tecnologie e di diverse modalità per applicarle.

È ora necessario considerare un modo diverso di sfruttare tale corpo di conoscenze, di sfruttare al meglio il patrimonio di competenze, e allo stesso aprirsi ai nuovi strumenti che ci potrebbero aiutare sia nell'accesso alla conoscenza sia nel pianificare nuovi modi di generarla con la ricerca nella pratica.

Bibliografia

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. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147442>

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. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002715>

Heinz, A., Kiefer, F., Smolka, M.N., Endras, T., Beste, C., Beck, A., Liu, S. et al. (2020). Addiction Research Consortium: Losing and regaining control over drug intake (ReCoDe)-From trajectories to mechanisms and interventions. *Addiction Biology*; 25(2), e12866. doi: 10.1111/adb.12866

Chiamulera, C. Il cambiamento di paradigma: opportunità dalla teoria alla pratica. (2019). In: *Plasticità Cerebrale nelle Dipendenze Patologiche, Stimolazione Magnetica Transcranica e Realtà Virtuale*. Edizioni Publiedit, Cuneo, Roma. pp. 17-44.

6.2.2 Identificazione delle priorità di ricerca e sintesi delle evidenze nell'ambito delle dipendenze. Studi sull'efficacia dei trattamenti nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale.

Antonio Boschini

La ricerca nel campo della dipendenza da sostanze (*addiction*, o "*Substance Use Disorder*", SUD) si è sviluppata come ricerca di base nel campo delle neuroscienze. Partendo da studi su animali da laboratorio, e a seguire da studi con metodiche di *neuro-imaging*, si è arrivati all'attuale interpretazione di SUD come "*brain disease*" (1), ovvero come malattia cronica che comporta un uso compulsivo e ripetuto della sostanza, nonostante le conseguenze negative sulle funzioni comportamentali, cognitive, fisiche, neurobiologiche, ed affettive.

A prescindere dalle differenze tra le varie sostanze che possono produrre dipendenza, ci sono meccanismi comuni a tutte le sostanze nel determinismo del SUD, in particolare la progressione secondo tre stadi (*intoxication* → *withdrawal* → *craving*) e la disfunzione dei sistemi neurobiologici associati con la gratificazione, lo stress, la gestione delle emozioni e delle funzioni esecutive (2).

Questa interpretazione ha avuto il merito di ridurre lo stigma di edonismo, viziosità, debolezza morale, ed antisocialità, nei confronti delle persone con dipendenza da droghe, molto diffuso nella società ed anche nelle forze dell'ordine e nelle persone di legge.

Per quanto i dati scientifici ottenuti siano oggettivi e descrivano i meccanismi biologici alla base del SUD, non sono esaustivi nella comprensione profonda del fenomeno, e di conseguenza non hanno portato a trattamenti efficaci. Ad oggi abbiamo solo farmaci "agonisti" che non curano i meccanismi della dipendenza, ma sono efficaci nel ridurre le principali complicanze della dipendenza ("riduzione del danno"). Sono parzialmente efficaci gli agonisti degli oppiacei, scarsamente efficaci quelli per la dipendenza da alcol e tabacco, mentre non esistono per agonisti per la cannabis e la cocaina. Inoltre, considerato il crescente fenomeno dell'uso/dipendenza da più sostanze, l'opzione di una terapia unicamente farmacologica diventa poco perseguibile.

Per questi motivi la ricerca andrebbe allargata verso altre direzioni, sia per la comprensione del fenomeno, che per la prevenzione, che per il trattamento. Di seguito alcune possibilità.

1. Analisi dei fattori di rischio per la "sperimentazione" delle droghe, fenomeno quasi sempre adolescenziale, e che rappresenta (per alcune persone) la fase preliminare del SUD. L'analisi andrebbe indirizzata anche sui fattori socio-culturali.
2. Individuazione delle "traiettorie" che portano al SUD, ed in particolare l'eventuale ruolo di facilitazione che possono avere l'uso di determinate sostanze, percepite come poco pericolose e socialmente accettate, come tabacco, alcol, e cannabis ("*gate theory*").
3. Analisi dei fattori di vulnerabilità che determinano il rischio di passaggio da sperimentazione a dipendenza da sostanze. Oltre a differenze intrinseche delle diverse sostanze, e a non ben definiti fattori genetici, sarebbe utile studiare il ruolo degli eventi traumatici dell'infanzia, anche per la possibilità di intervenire con approcci psicoterapeutici mirati ed efficaci.
4. Dal momento che i trattamenti non farmacologici sono gli unici possibili in molte dipendenze e pazienti, è importante studiare questo tipo di interventi come se fossero farmacologici. Andrebbe quindi studiato in modo scientifico, neurobiologico, in che modo questi trattamenti possono determinare un cambiamento comportamentale. Questo non solo per i percorsi psicoterapeutici e/o residenziali, ma anche altri interventi

che hanno dimostrato efficacia, come meditazione, *mindfulness*, percorsi spirituali, attività sportiva, forme alternative di gratificazione, “*contingency management*”, etc.

Occorre prima definire gli obiettivi dei trattamenti.

Per quanto concerne i trattamenti non farmacologici, l'obiettivo principale dovrebbe essere il “*recovery*”, che include non solo l'astensione dalle sostanze, ma anche la qualità della vita ed il reinserimento sociale e lavorativo. I servizi che erogano trattamenti non farmacologici dovrebbero sviluppare le capacità di fare ricerca sull'*outcome* (o collaborare con Centri di Ricerca idonei) e ricevere adeguati finanziamenti per studi di *follow up*.

Nel caso dei trattamenti farmacologici agonisti l'obiettivo primario dovrebbe essere ugualmente il “*recovery*”, ovvero l'astensione anche da sostanze non oppiacee (alcol, cocaina, benzodiazepine, etc). Andrebbe poi definita la durata dei trattamenti agonisti, ovvero se a tempo indeterminato, o se funzionali solo alla stabilizzazione del paziente in vista di altre opzioni terapeutiche.

L'*Addiction Severity Index* è l'unico strumento prognostico disponibile, potenzialmente utile per indirizzare il paziente verso il tipo di trattamento più idoneo. Purtroppo questo strumento non viene mai utilizzato, probabilmente in quanto datato, e troppo complesso per la tipologia di dati ed informazioni che richiede. Sarebbe quindi utile studiare e validare strumenti prognostici più attuali e semplici.

Bibliografia

Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997.

Koob F. *Lancet Psychiatry* 3, 760–773 (2016)).

6.2.3 Indicatori di esito dei trattamenti per la dipendenza da sostanze e comportamentali

Pier Paolo Pani

L'Italia vanta una capillare presenza di Servizi (Pubblici e del Privato Sociale) di cura per le dipendenze. Il perseguimento dell'efficacia, efficienza, appropriatezza, equità di accesso e sostenibilità, dovrebbe guidare la programmazione dei diversi livelli nazionale, regionale ed informare la pratica operativa dei servizi (DM. 502/92).

La valutazione dell'impatto dei trattamenti sugli stati di abuso /dipendenza richiede almeno:

- a) riconoscimento della condizione di malessere soggettivo quale stato patologico (diagnosi) e la sua declinazione negli ambiti sanitari e sociali coinvolti;
- b) definizione degli obiettivi del trattamento (riduzione/cessazione del comportamento patologico e a rischio, miglioramento dello stato di salute, dispiegamento delle potenzialità sociali nella vita di relazione, etc.).

Sul piano della diagnosi (a) esistono criteri quali quelli offerti dalla classificazione DSM e ICD, accettati e applicati sia in ambito accademico che nella pratica dei servizi; più eterogenei sono gli indicatori relativi agli ambiti (socio demografici, di salute e sociali) potenzialmente correlati agli esiti del trattamento.

Per quanto riguarda i criteri di esito (b), l'eterogeneità di quelli utilizzati, l'insufficiente definizione e standardizzazione dei relativi indicatori e relative misure, riducono le potenzialità offerte dalla ricerca sull'efficacia dei trattamenti e compromettono il monitoraggio dell'impatto degli interventi 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.

In altri ambiti di valutazione dell'assistenza, 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.

Un approccio analogo 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 per le dipendenze, il loro cambiamenti nel tempo, le correlazioni fra le diverse componenti degli interventi (contesto di cura, organizzazione della struttura, articolazione del trattamento, caratteristiche dell'utenza) ed il loro impatto.

La individuazione degli esiti di prioritario interesse per la programmazione nazionale e regionale, per il monitoraggio, la valutazione temporale e comparativa, rappresenterebbe un importante passo verso lo sviluppo di un programma di valutazione del tipo di quello offerto dal PNE.

Per quanto le condizioni di dipendenza di rilievo clinico siano eterogenee, alcuni indicatori di efficacia dei trattamenti si applicano trasversalmente alle diverse forme di dipendenza. Tra questi, oltre alla prevenzione della mortalità, ricordiamo la riduzione/cessazione dei comportamenti volti al soddisfacimento del *craving* (quali uso di sostanze, gioco d'azzardo, etc.) e la ritenzione in trattamento. Per quanto riguarda i comportamenti a rischio, ad oggi l'eterogenea definizione degli indicatori (cessazione/riduzione riferita o rilevata da accertamenti di laboratorio, frequenza della rilevazione, numero di accertamenti nel tempo, etc.) costituisce un limite fortissimo all'accorpamento dei dati, alla loro comparazione temporale e geografica.

Per quanto riguarda la ritenzione in trattamento, costituisce propriamente un indicatore dell'accettazione del trattamento e dell'aderenza (*compliance*) allo stesso. Tuttavia l'estrema sensibilità alla ricaduta ed alla

interruzione del trattamento che caratterizza tutte le forme di dipendenza, indipendentemente dalla sostanza/comportamento coinvolto, rende la ritenzione in terapia un *proxy* di efficacia del trattamento (indicatore indiretto) di facile rilevazione. Anche in questo caso occorre definire, per le diverse tipologie di intervento ed in relazione alla durata prevista del trattamento, quale sia la definizione operativa da utilizzare per la registrazione dell'indicatore.

Altri indicatori di efficacia in ambito sanitario (relative a *craving*, *overdose*, complicanze), in ambito sociale (relazioni parentali, attività lavorative e di relazione, comportamenti delinquenti) possono essere esplorati e valutati per l'inclusione in un set di riferimento contenente le relative definizioni operative e le modalità per la loro rilevazione.

La fase di costruzione del set di riferimento non può prescindere dalla verifica della letteratura scientifica circa la validità degli indicatori, la loro applicabilità nei diversi contesti (fattibilità in termini di organizzazione, strumenti di misura richiesti e requisiti tecnologici, tempo, consumo di risorse).

All'individuazione e definizione degli indicatori di esito di interesse, dovrebbe fare seguito la revisione dei flussi informativi in modo da renderli idonei a rilevare le variazioni dei suddetti indicatori.

Bibliografia

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.* 2017 Oct 1;179:299-308. Erratum in: *Drug Alcohol Depend.* 2018 Feb 27;185:328-329. PMID: 28830035.

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.

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.

Neale J, Vitoratou S, Finch E, Lennon P, Mitcheson L, Panebianco D, Rose D, Strang J, Wykes T, Marsden J. Development and validation of 'SURE': A Patient Reported Outcome Measure (PROM) for recovery from drug and alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2016 Aug 1; 165: 159–167.

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.

Wiessing L, Ferri M, Darke S, Simon R, Griffiths P. Large variation in measures used to assess outcomes of opioid dependence treatment: A systematic review of longitudinal observational studies. *Drug and Alcohol Review*, Volume37, IssueS1, April 2018. Pages S323-S338

6.2.4 Priorità di ricerca e prove di efficacia

Lorenzo Somaini

Negli ultimi 25 anni, la ricerca nel campo del disturbo da uso di sostanze, ha avuto modo di svilupparsi enormemente grazie anche al contemporaneo sviluppo tecnologico nell'ambito della ricerca di base e clinica. Tali progressi hanno infatti portato non solo all'approfondimento delle conoscenze di base ma hanno anche aiutato a costruire un modello di malattia per poi sviluppare e applicare approcci clinici e di trattamento utili sia per i percorsi diagnostici che per quelli di cura. Tuttavia, l'ambito del disturbo da uso di sostanze, rimane uno dei pochi ambiti della medicina dove si sta assistendo ad uno scarso investimento in termini di sviluppo di nuovi farmaci, di nuovi modelli di intervento farmacologici e non.

Va inoltre segnalato come spesso la popolazione affetta da DUS viene genericamente uniformata senza cogliere invece la variabilità intrinseca, (in termini di vulnerabilità, strategie di intervento, risposta ai trattamenti farmacologici e non), che la contraddistingue in termini di fasce di età, di differenze di genere e di esito di malattia, elementi di conoscenza questi imprescindibili per un approccio corretto sia in ambito della ricerca che degli interventi specifici. Un tale approccio metodologico è indispensabile per definire le priorità di ricerca ed eventuali prove di efficacia. Tale impostazione avrebbe anche il valore aggiunto di evidenziare la complessità intrinseca del DUS aiutando ad uscire dalla semplificazione ideologica che spesso è alla base della stigmatizzazione che caratterizza tale ambito della medicina spesso sottovaluto.

A tutto ciò va inoltre aggiunto, le note difficoltà intrinseche riscontrate e riscontrabili da parte del sistema pubblico dei Servizi e del Privato Sociale quando ci si appropria al tema della ricerca come ad esempio:

- Scarsa formazione del personale con la metodologia propria della ricerca;
- Assenza/scarsità di fondi destinati alla formazione ed alla ricerca indipendente;
- Scarsa collaborazione / interesse nella collaborazione con le Università;
- Assenza di protocolli di intesa tra il mondo universitario e le amministrazioni pubbliche per favorire ricerca;
- Strumenti tecnologici inadeguati

Da un punto di vista della ricerca le priorità e le prove di efficacia degli interventi in ambito di prevenzione cura e riabilitazione andrebbero identificati e declinati alla luce di alcune macro aree che caratterizzano la popolazione di riferimento:

- Adolescenti e/o giovani adulti;
- differenze di genere;
- pazienti portatori di disturbi duali
- pazienti anziani
- senza fissa dimora
- migranti

All'interno di tali sottogruppi sarebbe utile non solo sviluppare modelli di intervento specifici ma anche analizzare prove di efficacia degli interventi in atto con l'obiettivo di generare una medicina di precisione che consentirebbe tra l'altro di ridurre sprechi e di massimizzare le potenzialità degli interventi.



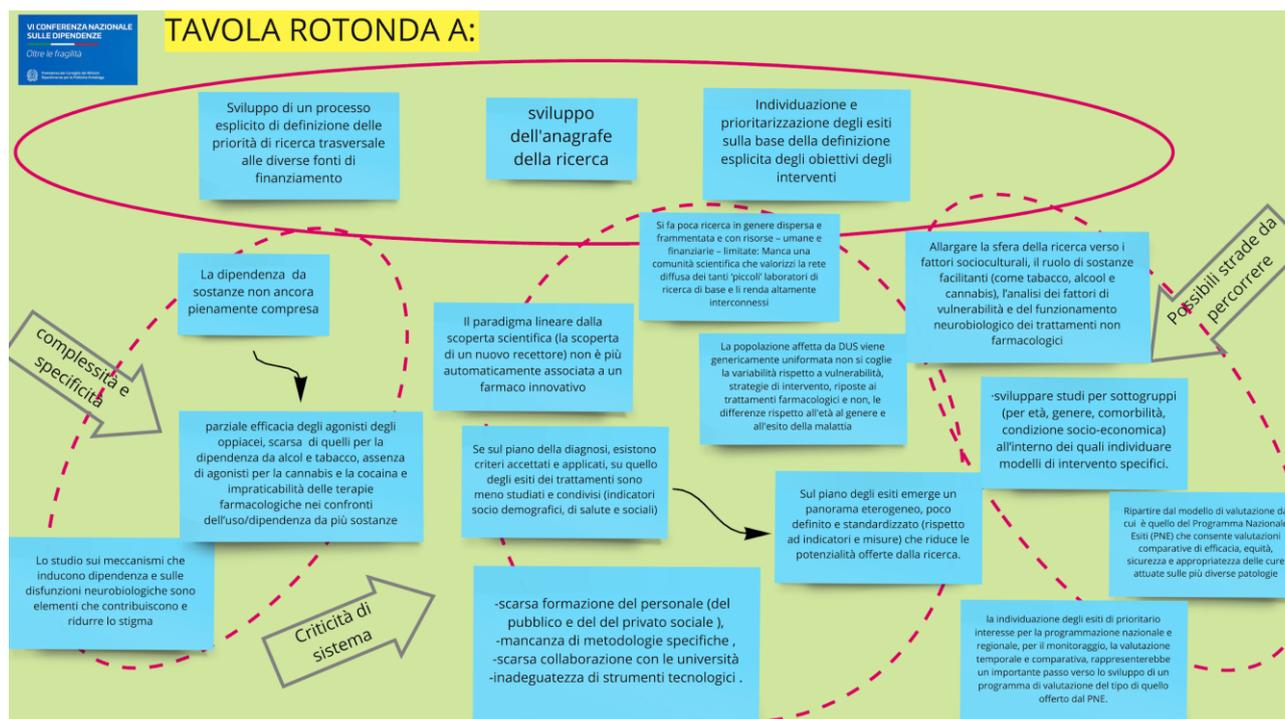
Bibliografia

Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, Marshall BDL, Tyndall M, Walsh SL. Opioid use disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Jan 9;6(1):3. doi: 10.1038/s41572-019-0137-5. PMID: 31919349.

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.

6.2.5 Sintesi Tavola Rotonda A - Priorità di ricerca e prove di efficacia

Alla presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della prima Tavola Rotonda, ha fatto seguito una sintesi per concetti chiave da parte del moderatore.



Negli interventi relativi alla Tavola Rotonda su "priorità della ricerca e prove di efficacia" sono stati evidenziati alcuni elementi trasversali ai vari interventi:

- lo sviluppo di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca trasversale alle diverse fonti di finanziamento;
- la necessità di uno sviluppo dell'anagrafe della ricerca;
- l'individuazione e la prioritarizzazione degli esiti sulla base della definizione esplicita degli obiettivi degli interventi.

I contributi degli Esperti sono stati raggruppati in tre macro-aree al fine di offrire una sintesi e facilitare una lettura dei principali elementi emersi. In particolare, alcuni elementi delineano la complessità e specificità del sistema e, a fronte delle criticità emerse, sono state individuate alcune possibili strade da percorrere.

1. **Complessità e specificità.** Risulta evidente che la dipendenza da sostanze non è ancora pienamente compresa. Considerate le evidenze di efficacia degli agonisti degli oppiacei, la scarsa efficacia dei

farmaci per la dipendenza da alcol e tabacco, l'assenza di farmaci per la cannabis e la cocaina e le complicazioni derivanti dall'uso e della dipendenza da più sostanze, si conviene sulla necessità di approfondire le tematiche correlate. Infine, si condivide che lo studio sui meccanismi che inducono dipendenza e sulle disfunzioni neurobiologiche sono elementi che possono contribuire a ridurre lo stigma. Relativamente alla complessità e alla specificità del tema si sottolinea che la specificità riguarda il tipo di sostanze, la comorbilità, la familiarità e la vulnerabilità sociale che sono, quindi, tutti elementi da approfondire ulteriormente.

2. **Criticità del sistema.** Un primo limite è rappresentato dal fatto che si fa poca ricerca e, in genere, è dispersa e frammentata e con risorse, umane e finanziarie, limitate: sostanzialmente manca una comunità scientifica che valorizzi la rete diffusa dei tanti "piccoli" laboratori di ricerca di base e che li renda altamente interconnessi tra di loro. Un altro elemento critico è legato al paradigma lineare della scoperta scientifica (la scoperta di un nuovo recettore) che non è più automaticamente associato a un farmaco innovativo. Inoltre, si rileva che la popolazione affetta da disturbo da uso di sostanze viene genericamente uniformata e non si coglie le caratteristiche e la variabilità rispetto a vulnerabilità, strategie di intervento, risposta ai trattamenti farmacologici e non, le differenze rispetto all'età, al genere e all'esito della malattia. Se sul piano della diagnosi esistono criteri accettati e applicati, su quello degli esiti di trattamento sono meno studiati e condivisi. Inoltre, si fa riferimento esplicito agli indicatori socio demografici, agli indicatori di salute e a quelli sociali. Collegato a questo, sul piano degli esiti emerge un panorama eterogeneo poco definito e standardizzato (rispetto a indicatori e misure) che riduce le potenzialità offerte dalla ricerca. Infine si evidenzia: una scarsa formazione del personale sia pubblico che del Privato Sociale; la mancanza di metodologie specifiche; una scarsa collaborazione con l'Università; l'inadeguatezza degli strumenti tecnologici.
3. **Possibili strade da percorrere.** A fronte delle criticità evidenziate ci sono alcune idee di strade percorribili: innanzitutto, allargare la sfera della ricerca verso i fattori socioculturali, il ruolo di sostanze quali tabacco, alcol e cannabis, l'analisi dei fattori di vulnerabilità e del funzionamento neurobiologico dei trattamenti non farmacologici. Si propone di sviluppare studi per sottogruppi (per età, genere, comorbilità, condizioni socio-economica) all'interno dei quali individuare modelli d'intervento specifici. È necessario ripartire dal modello di valutazione da cui è quello del Programma Nazionale degli Esiti (PNE) che consente valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure attuate sulle più diverse patologie. L'individuazione degli esiti è di prioritario interesse per la programmazione nazionale e regionale, per il monitoraggio, la valutazione temporale e comparativa e rappresenta un importante passo verso lo sviluppo di un programma di valutazione del tipo di quello offerto dal PNE. In sintesi, si rileva una necessità di creare una sorta di comunità di pratica in ambito della ricerca e delle strutture in qualche modo adattive, che si adattino cioè al mutare sia del fenomeno sia alle richieste specifiche che emergono nell'ambito dell'area delle dipendenze.



Tavola Rotonda B

Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica



6.3 Tavola Rotonda B - Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica

Nel successivo intervento il Dr. Soli introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo “Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica” che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

Osservatorio nazionale permanente, flussi informativi, fonti dei dati: criticità generali, specifiche e suggerimenti per riorganizzazione efficace per monitoraggio valido. Prof.ssa Carla Rossi, Esperto Punto Focale Reitox

Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di *outcome*: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti. Dr.ssa Sabrina Molinaro, IFC-CNR

Opportunità per il miglioramento per la gestione dei flussi informativi. Dr.ssa Antonella Camposeragna, CNCA

Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA sulle morti e le intossicazioni droga correlate. Prof.ssa Donata Favretto, GTFI

6.3.1 Osservatorio nazionale permanente, flussi informativi, fonti dei dati: criticità generali, specifiche e suggerimenti per riorganizzazione efficace per monitoraggio valido.

Carla Rossi

Nel 2018 fu ricostituito l'Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze, presso il DPA della Presidenza del Consiglio di Ministri, previsto per legge [1]; ma gli artt. 2-6 istitutivi non sono attuati [2].

L'Osservatorio è, per legge, il centro dei flussi e dovrebbe operare su dati elementari completi e non ricevere dalle Fonti [3] solo dati aggregati, di cui non si può controllare qualità e completezza, per le Relazioni annuali al Parlamento [4] e per gli indicatori chiave EMCDDA [5]. Per il corretto monitoraggio è fondamentale che il DPA usi bene gli artt. 2-6 della legge; dagli anni '90 al 2010, anche con Osservatorio e *Focal Point* presso il Ministero dell'Interno, ho utilizzato dati elementari completi [6 a e b]. Poi esperienza pilota di collaborazione interdisciplinare fu attuata solo per la Relazione al Parlamento 2015 [7], p.p. 688-691, e solo ora per i Tavoli Tecnici della Conferenza in attività.

L'Osservatorio deve rapportarsi con il SISTAN [8], rete ufficiale di dati in Italia, per sviluppare progetti sui flussi, collaborazione purtroppo mai intrapresa dal DPA, e, soprattutto, con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio [9 a e b] che il PNRR finanzia per la digitalizzazione integrata, prima di implementare la riorganizzazione dei flussi.

È opportuno che l'Osservatorio costituisca poi una rete di Centri di ricerca, pubblici e privati, per elaborare e interpretare i dati elementari. Sono diversi i Centri italiani che lavorano scientificamente sul monitoraggio, sui modelli di prevenzione, in terapie, reinserimento e riduzione del danno. Si dovrebbero costituire i gruppi, previsti negli artt. 5 e 6, per utilizzare correttamente tutti i dati e, soprattutto, le metodologie in sviluppo continuo, dato che l'offerta e il consumo subiscono continue modifiche [10]. Attualmente è molto carente la parte economica dei dati e delle elaborazioni nelle Relazioni annuali al Parlamento, un esempio pilota di corretta valutazione compare solo in quella del 2015 a pag.83 [7].

Alcune criticità specifiche dei flussi, che si possono affrontare con l'Osservatorio efficiente:

1. Assenza dati ufficiali relativi al pronto soccorso, presenti in tutti i paesi e utilizzati per valutazioni su consumatori a rischio (HRDU), come riporta EMCDDA [11] con Italia sempre assente.
2. Dati attuali 'scadenti' forniti dal Ministero della Salute. Avendo due Tabelle SIND analoghe per il 2018 e per il 2019, inviate ufficialmente nel 2020 e nel 2021, ho controllato la qualità dei dati. Tavole complete di controllo sono a disposizione, riporto solo alcuni risultati globali:
 - a. nei dati forniti nel 2020 i soggetti prevalenti e incidenti nei Ser.D sono per il 2019: 191137 e 34173, per il 2018: 195211 e 30807.
 - b. Nei dati forniti nel 2021 sono per il 2019: 173011 e 23870, per il 2018: 175852 e 23741. Per la stima dei consumatori a rischio nel 2020 non ho pertanto utilizzato dati SIND perché inaffidabili. La stima HRDU 2020 si è basata su dati DCSA e DAP, affidabili in base a controlli precedenti.

3. I dati ufficiali delle Fonti [3] non sono sufficienti per conoscere adeguatamente, come necessario, le popolazioni di consumatori e le loro caratteristiche. È importante l'utilizzo di specifiche *survey* come quelle in atto (ESPAD-Italia e IPSAD) [12] che, però, non hanno informazioni sui consumatori a rischio che utilizzano quasi il 90% del mercato [13].

Suggerimenti specifici relativi:

1. Si può procedere, inizialmente in forma pilota, alla collaborazione con alcuni Servizi di Pronto Soccorso per raccolta e analisi di dati inserendo, almeno in forma campionaria, le analisi tossicologiche dei soggetti assistiti per poi pianificare la struttura del *dataset* nazionale. Un primo esempio di collaborazione a Roma ha portato risultati interessanti su soggetti assistiti per incidenti stradali [14]. Per procedere efficacemente occorre interagire, attraverso SISTAN, con il Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (Servizio tecnico Scientifico di Statistica). Fondamentali le analisi tossicologiche che attualmente vengono fatte solo per gli assistiti da incidente stradale.

2. Il DPA non deve procedere con collaborazioni inadeguate, per esempio i dati SIND, verificati scorretti, vengono forniti per la Relazione al Parlamento che risulta quindi falsata sui Ser.D. I dati SIND, e anche gli altri, andrebbero forniti all'Osservatorio in Tabelle Unità-Caratteri anonimizzate da elaborare.

3. Una *survey* specifica, condotta dall'Università di Tor Vergata nel 2010 e nel 2012 [15], ha fornito dati importanti, tuttora disponibili, sui consumatori a rischio. Sarebbe fondamentale riprendere tale indagine, con formazione di operatori dei servizi per raccolta dati, e poi condurla periodicamente (3-4 anni) raccogliendo anche dati sulla riduzione del danno su cui non si ha rilevazione di dati ufficiali, anche se dal 2017 è un LEA.

Bibliografia

Siti con documenti e informazioni specifiche

[1] <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/normativa/normativa/ricostituzione-osservatorio-permanente-tossicodipendenze/>

[2] <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/2331/osservatorio-nazionale-permanente-sulle-tossicodipendenze.pdf>

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

[4] <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/search/?cerca=relazioni+al+parlamento>

[5] https://www.emcdda.europa.eu/topics/key-indicators_en

[6 a] European Network to Develop Policy Relevant Models and Socio-Economic Analyses of Drug Use, Consequences and Interventions: Final report: Part 1 - General Overview | www.emcdda.europa.eu

[6 b] https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65345EN.html_en

[7] <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/2987/relazione-annuale-al-parlamento-2015-dati-2014.pdf>

[8] <https://www.sistan.it/index.php?id=68>



- [9 a] Dipartimento per la trasformazione digitale (innovazione.gov.it)
- [9 b] <https://convegni2021.eventifpa.it/it/event-details/?id=10211>
- [10] https://web.archive.org/web/20180424144142id_/https://ebph.it/article/viewFile/8891/8422
- [11] https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/drug-related-hospital-emergencies-presentations-in-europe_en
- [12] <https://www.epid.ifc.cnr.it/project/espada-it/> <https://www.epid.ifc.cnr.it/project/ipsad/>
- [13] <https://ebiblio.istat.it/SebinaOpac/resource/il-mercato-delle-droghe-dimensione-protagonistipolitiche/IST0055728> <https://www.amazon.it/mercato-droghe-Dimensione-protagonisti-politiche/dp/8831710168>
- [14] <http://journal.stembi.ac.id/medias/journal/7-3.pdf>
- [15] <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/1726/contributi-e-approfondimenti.pdf>
- [16] <https://benthambooks.com/preorder-enquiries/subject/Evaluating%20the%20Impact%20of%20Laws%20Regulating%20Illicit%20Drugs%20on%20Health%20and%20Society/category/S119/book/Carla%20Rossi%20and%20Susanna%20Conti/>

6.3.2 Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

Sabrina Molinaro

La riforma sanitaria 833/78 ha introdotto il carattere universalistico del nostro Sistema Sanitario (SSN)[1] e il DPCM 153/84[2] ha avviato la strutturazione di un Sistema Informativo Sanitario (SIS), alimentato da flussi strutturati di dati, generati quando il cittadino vi entra in contatto. Questa congiuntura normativa ha fornito al nostro Paese un indubbio vantaggio nella disponibilità di fonti di dati standardizzati utili al monitoraggio delle attività gestionali ed economiche in sanità attraverso la sintesi, a basso costo, di indicatori di processo e di esito.

All'interno del SIS, ad ogni flusso riferito allo stesso soggetto viene attribuito un identificativo anonimo e univoco per agevolare il *record linkage* fra fonti informative complementari, pur garantendo la privacy. L'integrazione informativa consente di identificare gruppi di codici (cittadini) che condividono specifiche caratteristiche (patologia, comorbidità, prestazioni) e di effettuare analisi predittive (stratificazione del rischio, mappatura) sulla base dell'associazione di ogni gruppo di caratteristiche con eventi specifici del processo sanitario (modalità organizzative, esiti di salute) utilizzando appropriati algoritmi[3].

Se da un punto di vista scientifico l'integrazione informativa è un approccio ampiamente utilizzato, il Regolamento 2016/679[4] e alcune pronunce del Garante hanno introdotto drastiche limitazioni fra cui **l'obbligo al consenso informato** e **i limiti sulla possibilità di profilare la condizione sanitaria individuale**.

L'utilizzo dei flussi del SIS si configura come analisi secondaria di dati raccolti per obiettivi primari di cura. In passato la finalità di "trattamento statistico" veniva autorizzata dal cittadino contestualmente all'atto di cura, oggi l'uso è vincolato alla necessità di informare il cittadino di ogni specifica finalità scientifica per la quale avverrà il trattamento e trattandosi di dati pseudonimizzati è impossibile per il ricercatore identificare le persone a cui richiedere il consenso.

Sebbene l'art.110 del GDPR sembri venire in soccorso del ricercatore, in realtà l'obbligo del consenso è superabile solo se la ricerca rientra in un programma di interesse nazionale o quando non sia possibile informare gli interessati². Anche l'art.89 sembra fornire speranze, introducendo la possibilità di derogare alcuni obblighi, fatta salva la necessità di predisporre misure atte alla minimizzazione dei dati, come la pseudonimizzazione³. Queste si infrangono consultando l'art.4 GDPR [4] e alcuni pareri specifici forniti dal

² Art. 110 del GDPR: Il consenso dell'interessato per il trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, finalizzato a scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico, non è necessario quando la ricerca è prevista da un'espressa disposizione di legge che prevede specificamente il trattamento, ovvero rientra in un programma di ricerca biomedica o sanitaria previsto ai sensi dell'articolo 12-bis del D.LGS. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e per il quale sono decorsi quarantacinque giorni dalla comunicazione al Garante ai sensi dell'articolo 39. Il consenso non è inoltre necessario quando a causa di particolari ragioni non è possibile informare gli interessati e il programma di ricerca è oggetto di motivato parere favorevole del competente comitato etico a livello territoriale ed è autorizzato dal Garante anche ai sensi dell'articolo 40.

³ Art. 89 del GDPR: Se i dati personali sono trattati a fini di ricerca scientifica o storica o a fini statistici, il diritto dell'Unione o degli Stati membri può prevedere deroghe ai diritti di cui agli articoli 15, 16, 18 e 21, fatte salve le condizioni e le garanzie

Garante [5, 6], circa il rischio di effetti giuridici derivanti dalla profilazione della condizione sanitaria individuale⁴. L'art.22, inoltre, riconosce alla persona il diritto di non essere sottoposta a decisioni automatizzate.

In merito all'utilizzo di algoritmi, infine, gli artt.13 e 14 e la sentenza n.8472/2019⁵ concordano sulla necessità da parte del titolare di fornire informazioni sulla logica utilizzata e le eventuali conseguenze per l'interessato.

Situazione ancora più restrittiva quando ci si riferisce al Sistema Informativo per le Dipendenze (SIND)[7] dove a ciascun soggetto è assegnato un codice univoco, differente da quello utilizzato negli altri sistemi informativi. Ulteriori limitazioni all'utilizzo del SIND consistono nella selezione degli addetti al trattamento, nell'obbligo di rappresentazione aggregata dei dati e nel divieto di selezionare o estrarre informazioni riferite a singoli individui o elenchi di codici identificativi⁶.

In estrema sintesi, **il SIND non solo non può essere integrato da altri flussi, ma i dati a livello individuale non possono essere consultati per rispondere a quesiti di ricerca**, rendendo così inutile un capitale informativo.

Se la ricerca scientifica si configura come un possibile rischio per i diritti del cittadino, è altresì evidente come il mancato utilizzo dei flussi informativi possa configurarsi come un danno nel momento in cui viene inficiata la possibilità di ottimizzare l'erogazione di prestazioni che siano più appropriate ed uniformi, ovvero più efficienti.

di cui al paragrafo 1 del presente articolo, nella misura in cui tali diritti rischiano di rendere impossibile o di pregiudicare gravemente il conseguimento delle finalità specifiche e tali deroghe sono necessarie al conseguimento di dette finalità.

⁴Art.4 par.1, n.4 del GDPR; «profilazione»: qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali relativi a una persona fisica, in particolare per analizzare o prevedere aspetti riguardanti il rendimento professionale, la situazione economica, la salute, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti di detta persona fisica;

⁵ relativa ai principi di conoscibilità dei processi decisionali, di non esclusività della decisione e di non discriminazione algoritmica

⁶ Sanità: sistema informativo per le dipendenze e privacy - 6 maggio 2009 [1615306]

CIÒ PREMESSO IL GARANTE: esprime parere favorevole sullo schema di decreto recante l'istituzione del sistema informativo per le dipendenze (SIND) a condizione che, nei termini di cui in premessa:

a) siano indicate espressamente e in maniera esaustiva nell'articolato del decreto le finalità per le quali i dati sono raccolti nel SIND e che si intendono perseguire mediante il sistema (punto 1);

b) le parole "informazioni individuali ma non nominative", ovunque ricorrano, siano sostituite con quelle, più corrette, di "dati personali non identificativi" (punto 2);

c) sia previsto che le Regioni e le province autonome che non dispongono di sistemi di codifica utilizzino solo dati anonimi (punto 2);

d) siano individuate specificamente, nell'articolato, le unità organizzative del Ministero, delle Regioni e delle province cui è consentito il trattamento delle informazioni e i limiti entro i quali possono accedere ai dati raccolti mediante il SIND (punto 3);

e) siano assicurati, mediante disposizioni ad hoc, l'accesso selettivo ai dati e la rappresentazione aggregata delle informazioni (punto 3);

f) siano specificati nel disciplinare tecnico i dati che devono essere comunicati nel caso di richiesta di anonimato da parte di un soggetto tossicodipendente (punto 4);

g) siano effettuate le valutazioni richieste e siano adottate le modifiche al decreto in chiave di proporzionalità specificamente indicate al punto 5;

h) sia integrato lo schema con mirate disposizioni in materia di misure di sicurezza nel trattamento dei dati (punto 6).

I vincoli normativi attuali, infatti, insistono su un duplice livello:

- individuale che riguarda la minore capacità di cura della persona, in assenza di indicazioni circa le prestazioni più appropriata ai bisogni di salute del singolo;
- collettivo che riguarda la minore capacità di garantire uniformità all'offerta di prestazioni, in assenza di una più evoluta ed efficiente organizzazione dei servizi.

Alla luce di queste considerazioni, sembra necessario riaprire la discussione su valori, finalità e modalità di regolazione dell'attuale normativa *privacy*. In particolare, nell'ambito Dipendenze, si ravvisa la necessità di identificare una normativa specifica che consenta l'utilizzo del capitale informativo. Tale obiettivo è ancor più rilevante in relazione al PNRR[8] che nell'azione 6 si occupa proprio della innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN e che prevede, fra le azioni di sistema, una più stretta collaborazione con le realtà di ricerca esterne al SIS.

Bibliografia

1. Legge 833 del 23 dicembre 1978. Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978 - supplemento ordinario. Disponibile al seguente link <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>
2. Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri del 17 maggio 1984. Gazzetta Ufficiale n. 153 del 5 giugno 1984 - supplemento ordinario. Disponibile al seguente link: https://www.gazzettaufficiale.it/gazzetta/serie_generale/caricaDettaglio?dataPubblicazioneGazzetta=1984-06-05&numeroGazzetta=153 . Ultimo accesso 30/09/2021
3. 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
4. REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, 27 aprile 2016. Disponibile al seguente link <https://www.itgovernance.eu/it-it/gdpr-testo-completo>
5. Parere al Consiglio di Stato sulle nuove modalità di ripartizione del fondo sanitario tra le Regioni proposte dal Ministero della Salute e basate sulla stratificazione della popolazione - 5 marzo 2020 [9304455]. Disponibile al seguente link <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9304455>
6. Parere sul disegno di legge provinciale concernente "Ulteriori misure di sostegno per le famiglie, i lavoratori e i settori economici connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e conseguente variazione al bilancio di previsione della Provincia autonoma di Trento per gli esercizi finanziari 2020-2022" - 8 maggio 2020 [9344635]. Disponibile al seguente link <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9344635>
7. Sanità: sistema informativo per le dipendenze e privacy - 6 maggio 2009 [1615306]. Disponibile al seguente link <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1615306>
8. Ministero delle Finanze. The National Recovery and Resilience Plan (NRRP). Disponibile al seguente link <https://italiadomani.gov.it/en/home.html>

6.3.3 Opportunità per il miglioramento per la gestione dei flussi informativi

Antonella Camposeragna

“Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)... con l’obiettivo di rendere disponibile, a livello nazionale e regionale, un patrimonio di dati, di regole e metodologie per misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo a supporto del governo del SSN, del monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria, condiviso fra i vari livelli istituzionali e centrato sul cittadino” [1]. Il NSIS rappresenta oggi la più importante banca dati sanitaria a livello nazionale e il SIND, alimentato dai diversi flussi informativi regionali, ne è parte integrante (L’obiettivo principale del Sistema Informativo Dipendenze (SIND) è quello di diffondere i criteri e gli *standard* per la realizzazione un sistema informativo nazionale conforme alla realtà Europea https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=dipendenze).

Una delle principali caratteristiche del SIND è la registrazione di alcune informazioni cliniche (cfr. Specifiche Funzionali dei tracciati SIND, www.salute.gov.it), che possono essere utilizzate per descrivere il fenomeno della dipendenza in modo molto vantaggioso, sfruttando appieno le risorse informative prontamente disponibili, anche per gli studi secondari [2]. Inoltre a livello regionale è possibile interconnettere i diversi flussi informativi, utilizzando come chiave di *linkage* un codice unico identificativo pseudoanonimizzato, secondo la normativa vigente per il rispetto della *privacy*.

Al fine di potere condurre studi epidemiologici, sarebbe necessario standardizzare il modulo di consenso informato, che possa prevedere anche l’utilizzo di dati a tali fini. Tuttavia, senza una raccolta dati standardizzata, completa e di qualità, qualunque sistema di monitoraggio non può essere né tempestivo né efficace.

Uno degli aspetti che vorrei sottolineare è la non piena aderenza del SIND ai bisogni informativi degli operatori e di conseguenza dei decisori politici. Un esempio è il dato relativo alla terapia sostitutiva, che non distingue tra la terapia somministrata in loco e quella in “affido”, nonché tra la terapia di mantenimento e di disintossicazione. A seguito della pandemia, infatti, sarebbe opportuno conoscere a livello nazionale eventuali cambiamenti registrati nell’affido di metadone, considerato che può essere, a certe condizioni, un’opzione possibile [3]. Un altro esempio riguarda la distinzione tra terapia di mantenimento e quella di disintossicazione: la prima risulta associata alla riduzione del rischio di HIV [4], ma non è possibile compiere un’effettiva stima tra la popolazione italiana che usa sostanze per via iniettiva.

Sarebbe opportuno, infatti, un maggiore raccordo con le Regioni e conseguentemente con i Servizi per le dipendenze, che rispondono ai flussi informativi regionali, al fine di avere un sistema informativo che sia maggiormente descrittivo del fenomeno e che possa fornire indicazioni utili per realizzare interventi maggiormente efficaci. A questo si aggiunga la necessità di compiere studi di epidemiologia valutativa, che comparino i servizi all’interno della stessa regione o di diverse regioni [5], per un dato esito.

Al fine di garantire una migliore qualità dei dati registrati, sarebbe necessario implementare delle attività di audit periodiche con produzione di *report* che permetta ai Servizi Pubblici e del Privato Sociale rispondenti di

correggere eventuali errori sistematici, attraverso confronti periodici e aggiornamenti (in)formativi degli operatori coinvolti nella registrazione dei dati.

Si auspica inoltre un maggiore raccordo tra le fonti dei dati di mortalità correlata all'uso di sostanze. Attualmente, la DCSA-Ministero dell'Interno infatti fornisce i dati relativi alle sole autopsie e i Registri di mortalità non sono ancora attivi in tutte le regioni italiane, per cui l'unica fonte risulta essere ISTAT, con la conseguente difficoltà di avere disponibilità dei dati in tempi brevi.

Un'ulteriore criticità è legata alla non disponibilità di un flusso informativo nazionale sulla sanità penitenziaria. Tali informazioni sarebbero necessarie per completare e caratterizzare in modo più puntuale il fenomeno delle dipendenze, considerata l'alta percentuale di detenuti con disturbo da uso di sostanza in stato di detenzione, che potrebbero non essere in carico ai servizi, perché non assistiti/residenti, nella regione di afferenza e che nel carcere hanno il primo contatto con i servizi sanitari [6]. Inoltre sarebbe necessario condurre un audit con i servizi delle dipendenze che operano negli Istituti di pena, siano essi che esterni, al fine di valutare la qualità dei dati raccolti con particolare riferimento alle visite specialistiche e prescrizioni farmaceutiche (psicofarmaci) erogate durante la detenzione e che potrebbero non essere state registrate nei flussi informativi di riferimento.

Bibliografia

1. Ministero della Salute NSIS, obiettivi generali

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2978&area=sistemaInformativo&menu=presentazione

2. 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>

3. 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.

4. 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.

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

6. Camposeragna A. Un altro effetto di CoViD-19: accendere le luci sulla situazione carceraria italiana. *Recenti Prog Med*. 2020 May;111(5):287-289. Italian. doi: 10.1701/3366.33407. PMID: 32448876

6.3.4 Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA sulle morti e le intossicazioni droga correlate

Donata Favretto

Introduzione

L'art 75, comma 10 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dispone che gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi siano effettuati presso gli istituti di medicina legale, i laboratori universitari di tossicologia forense, le strutture delle Forze di Polizia, ovvero presso le strutture pubbliche di base da individuare con decreto del Ministero della Salute. L'art 78 del citato decreto dispone inoltre che vengano determinate le procedure diagnostiche, medico-legali e tossicologico-forensi per accertare il tipo, il grado e l'intensità dell'abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui agli articoli 75 e 75-bis.

Le sedi di tossicologia forense, universitarie o di aziende sanitarie, svolgono nei loro Laboratori accertamenti su vivente, su cadavere, su materiale sequestrato, utilizzando metodologie di ricerca avanzata, spesso con strumentazione innovativa, dall'elevato potere di informazione. I dati ivi acquisiti sono preziosi per la comprensione del fenomeno delle dipendenze e della sua evoluzione nel tempo e necessitano di essere comunicati alle corrette sedi istituzionali.

Progettualità nel contesto "Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze"

In tale ambito, si ritiene di formulare una proposta di attivare o riattivare i flussi informativi dalle tossicologie forensi verso la DCSA, Istituzione che ha ruolo centrale nella conoscenza del fenomeno e delle sue sfaccettature.

Si ritiene utile creare una vera e propria rete che fornisca alla DCSA in tempo reale dati sulle intossicazioni mortali, ottenuti dalle autopsie giudiziarie. Le comunicazioni devono essere rapide ed efficienti. Ci si accorgerà così che molti casi di overdose non sono più dovuti ad eroina, bensì agli oppioidi sintetici o semisintetici, in primis il metadone e l'ossicodone, con una ondata di decessi che ricorda molto da vicino il fenomeno statunitense iniziato più di 10 anni fa.

Le strutture di Tossicologia Forense, operando a stretto contatto con i Servizi/Istituti di Medicina Legale, per il diretto coinvolgimento in tutti i casi di decesso alcol-droga-correlati, possiedono specifica esperienza e conoscenza delle numerose sostanze xenobiotiche in grado di provocare intossicazioni acute mortali. Accertamenti tossicologico-forensi condotti in maniera appropriata risultano fondamentali sia per l'aspetto diagnostico medico-legale che per quello di contrasto all'attività criminale connessa al traffico di stupefacenti e sostanze psicotrope.

Verrà quindi proposto un progetto per la raccolta puntuale dei dati tossicologici ottenuti dai casi di morte alcol e droga-correlata, al fine di ottenere la rilevazione esatta di questo tipo di decessi e delle sostanze che più frequentemente ne sono la causa. I dati verranno forniti al DPA ed alla DCSA (Direzione Centrale dei Servizi Antidroga) per la valutazione epidemiologica del fenomeno.

La parallela acquisizione di dati sui sequestri di strada, ai sensi dell'art. 73 e 74 del citato DPR, che alcune tossicologie continuano ad analizzare, porterebbe a più completa conoscenza del fenomeno delle Nuove Sostanze Psicoattive quali cannabinoidi sintetici e nuovi fentanili, il cui impatto sulla mortalità droga correlata in Italia non è ancora riconosciuto/percepito come pericolo.

Riconoscendo il ruolo centrale della DCSA, si intende stimolare la raccolta da parte delle tossicologie forensi di dati regionali, considerando che ogni regione ha più sedi di tossicologia forense e si garantirebbe una buona se non ottima copertura del territorio.

I tossicologi forensi, nelle diverse sedi, possono creare una rete informativa come organo scientifico sul territorio per l'acquisizione in tempo reale di notizie che riguardano le sostanze stupefacenti e psicotrope negli ambiti di interesse sopra definiti.

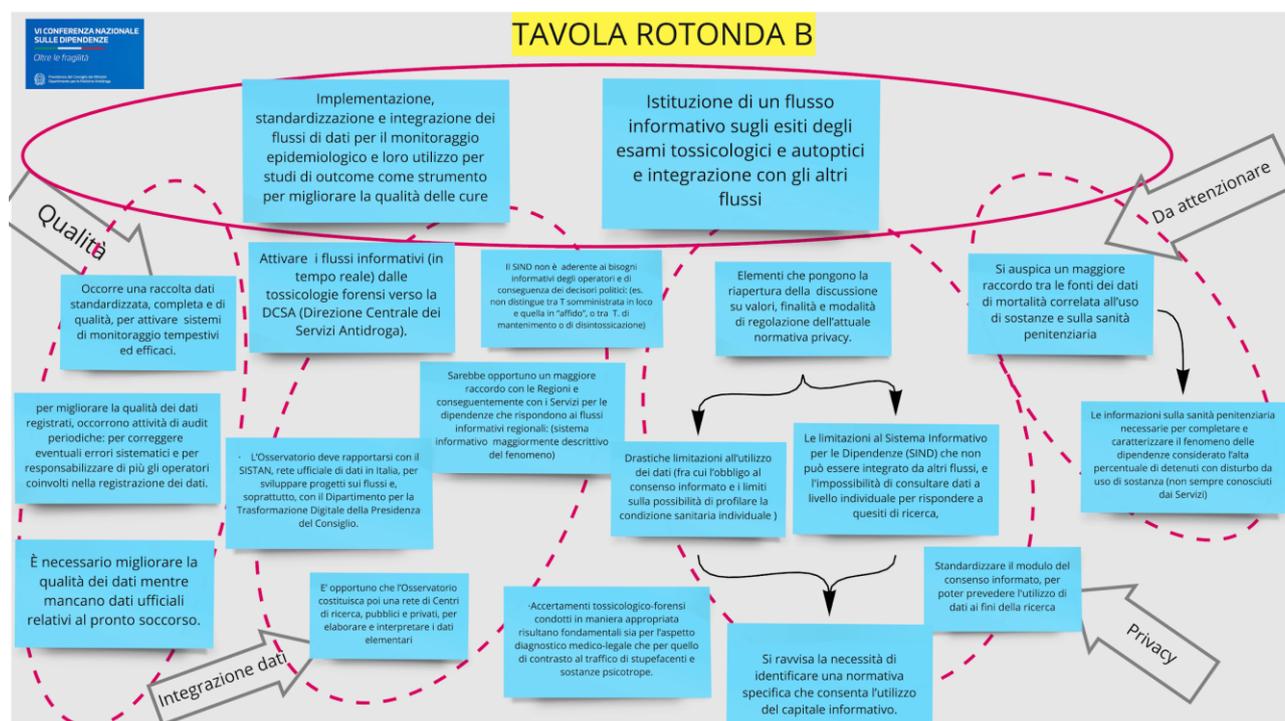
È necessario infatti creare un canale diretto, quasi automatico, in cui le tossicologie si impegnano a raccogliere e fornire i dati a DCSA senza reticenze o ritardi, pur nel massimo rispetto della privacy legata ad ogni singolo caso.

È oltremodo opportuno estendere la conoscenza del fenomeno sul vivente, seguendo protocolli vecchi e nuovi, e favorendo l'interazione fra le tossicologie forensi, dotate di strumentazione di eccellenza, e i dipartimenti di emergenza/pronto soccorso delle aziende Ospedaliere e Presidi Ospedalieri cui si affacciano i soggetti in stato di intossicazione da sostanze sconosciute.

Infine, l'attività di ricerca svolta dai tossicologi forensi nelle loro sedi istituzionale, effettuata sia per migliorare continuamente le metodiche analitiche necessarie per effettuare diagnosi di esposizione a sostanze psicoattive, studio dei loro effetti e del loro destino metabolico, diffusione delle stesse nella popolazione, potrà offrire alla DCSA un fondamentale strumento per la conoscenza, la prevenzione, la diagnosi ed il contrasto del fenomeno dell'utilizzo di sostanze psicoattive.

6.3.5 Sintesi Tavola Rotonda B - Flussi informativi per il monitoraggio e la ricerca epidemiologica

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della seconda Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



Per quanto riguarda il tema dei flussi informativi e la loro integrazione si evidenziano alcuni elementi trasversali:

- l'implementazione, la standardizzazione e l'integrazione dei flussi di dati per il monitoraggio epidemiologico il loro utilizzo per studi di *outcome* come strumento per migliorare la qualità delle cure;
- l'istituzione di un flusso informativo sugli esiti degli esami tossicologici e autoptici e l'integrazione con gli altri.

Sono stati individuate quattro macro-aree in cui inserire le principali tematiche emerse:

1. **Qualità.** Si rileva che occorre una raccolta dati standardizzata completa e di qualità, per attivare sistemi di monitoraggio che siano al tempo stesso tempestivi ed efficaci. Per migliorare la qualità dei dati registrati occorrono attività di *audit* periodiche, sia per correggere eventuali errori che il sistema può dare ma anche per responsabilizzare di più e rendere più partecipi gli operatori nella registrazione dei

dati. È necessario, quindi, migliorare la qualità dei dati nel loro insieme, anche se viene evidenziata ad esempio la mancanza di dati ufficiali relativi ai pronto soccorso.

2. **Integrazione dati.** Si evidenzia la necessità di attivare flussi informativi (in tempo reale) dalle tossicologie forensi verso la Direzione Centrale dei Servizi Antidroga, che possono rappresentare l'elemento centrale sia per la conoscenza del fenomeno sia per gli interventi che necessita il sistema informativo. Il sistema informativo SIND non è aderente ai bisogni informativi degli operatori e di conseguenza dei decisori politici e quindi necessiterebbe di un aggiornamento (ad esempio sarebbe necessario arrivare ad avere elementi che distinguono tra la somministrazione in loco e quella in affido tra terapie di mantenimento o di disintossicazione), quindi, sarebbe necessario una sua revisione. E sarebbe opportuno un maggior raccordo con le Regioni e conseguentemente con i servizi territoriali per le dipendenze che rispondono ai flussi informativi regionali, con un sistema informativo che sia maggiormente descrittivo del fenomeno. D'altro canto l'Osservatorio deve rapportarsi con il Sistema Statistico Nazionale (SISTAN), rete ufficiale di dati in Italia, per sviluppare progetti sui flussi, con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio. Inoltre, è opportuno che l'Osservatorio costituisca una rete di Centri di ricerca, sia pubblici sia privati, per elaborare e interpretare i dati elementari, in modo da renderli fruibili sia per gli operatori che per eventuali elementi di conoscenza per i decisori politici. Infine, gli accertamenti tossicologici forensi condotti in maniera appropriata risultano fondamentali sia per l'aspetto diagnostico medico-legale che per quello di contrasto al traffico di stupefacenti e sostanze psicotrope.
3. **Privacy.** Sul tema della *privacy* si registra la necessità di un approfondimento per rendere dati in qualche modo utilizzabili pur garantendone l'anonimato e, quindi, che possano essere utilizzati ai fini di ricerca permettendo così di superare il danno alla collettività determinato dal mancato utilizzo dei flussi informativi, danno evidente nel momento in cui viene inficiata la possibilità di ottimizzare l'erogazione di prestazioni appropriate ed uniformi, ovvero efficienti. Vi sono degli elementi che pongono la riapertura della discussione su valori, finalità e modalità di regolazione nell'attuale normativa *privacy*: da un lato le drastiche limitazioni all'utilizzo dei dati (tra cui l'obbligo al consenso informato e i limiti sulla possibilità di profilare la condizione sanitaria individuale. Dall'altro lato vi sono delle limitazioni al Sistema INformativo per le Dipendenze (SIND) che non può essere integrato da altri flussi e l'impossibilità di consultare questi dati sia a livello individuale sia per rispondere ai quesiti di ricerca. Per queste ragioni si ravvisa la necessità di identificare una normativa specifica che consenta l'utilizzo di questo capitale informativo davvero importante. Infine, occorre standardizzare il modulo del consenso informato per poter prevedere l'utilizzo dei dati ai fini della ricerca.
4. **Da attenzionare.** Un elemento su cui prestare attenzione sono i dati sulla sanità penitenziaria, per cui si auspica un maggior raccordo tra le fonti dei dati di mortalità correlata all'uso di sostanze e i dati che abbiamo sulla sanità penitenziaria. Le informazioni in questo ambito sono necessarie per completare e caratterizzare il fenomeno delle dipendenze, considerata l'alta percentuale di detenuti con disturbo da uso di sostanze, che non sempre sono conosciuti dai servizi dal momento che sono un po' usciti dai loro *radar*.



Tavola Rotonda C

Formazione e aggiornamento



6.4 Tavola Rotonda C – Formazione e aggiornamento

L'ultima Tavola Rotonda introdotta dal moderatore è quella dal titolo "Formazione e aggiornamento" che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

La rete curante come strumento formativo. Dr.ssa Cristina Meneguzzi, Regione Friuli Venezia Giulia

Ricerca Scientifica e Formazione. Dr. Luigi Stella, SITD

Formazione e bisogni formativi. Dr.ssa Maria Francesca Amendola, Regione Calabria

La formazione specifica e l'aggiornamento continuo. Dr.ssa Roberta Pacifici, ISS

Elementi di riflessione sulla formazione specialistica degli operatori sanitari nell'ambito della medicina delle dipendenze. Dr.ssa Maria Giovanna Zilli, MIUR

Proposte programmatiche e di revisione della normativa. Dr. Guido Faillace, FEDERSERD

Formazione aggiornamento ed identità professionale nelle dipendenze patologiche. La chiave del successo. Dr. Giuseppe Mammana, ACUDIPA

6.4.1 La rete curante come strumento formativo

Cristina Meneguzzi

Il sistema di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze risente di numerosi fattori che concorrono a formulare un quadro di contesto caratterizzato da un elevato livello di complessità e continua evoluzione: anzitutto il cambiamento della tipologia di utenza, con abbassamento progressivo dell'età di primo uso delle sostanze psicotrope, accelerazione in epoca Covid della diffusione di dipendenze tecnologiche, aumentata prevalenza di quadri di psicopatologia di gravità intermedia-elevata, poliabuso/polidipendenza, utenza straniera, che pongono la necessità di approfondire strumenti diagnostici e usare modelli di approccio nuovi, più flessibili e più coerenti con i bisogni emergenti. Si registra inoltre una forte eterogeneità territoriale fra i Servizi specialistici per le dipendenze, per inquadramento organizzativo, cultura degli operatori e di servizio, modelli di approccio, e metodo di lavoro, cui si somma una dotazione di personale afferente ad aree culturali e formative eterogenee e ad alto *turnover*, con assenza della disciplina delle dipendenze nei programmi di formazione universitaria o abilitativa alla professione. Nel lavoro di equipe, che permane il modello privilegiato per affrontare la complessità e multifattorialità delle dipendenze, emerge anche la necessità di contemperare approcci quasi esclusivamente orientati alla medicalizzazione, con lo sviluppo di strumenti complessi come l'approccio multisettoriale, di comunità e di popolazione: è necessario un lavoro di rete con altre discipline/professionalità e con altri sistemi organizzati sanitari e non sanitari, richiedendo dunque un livello articolato di Integrazione servizi /territorio /comunità, funzionali non solo a strutturare programmi terapeutici ma anche per l'identificazione precoce delle persone in situazione di disagio nei diversi nodi della rete dei servizi territoriali, Enti Locali e del Terzo Settore, e contesti ospedalieri. La Pandemia Covid ha inoltre posto la necessità di favorire nuovi modelli di ingaggio come quello telematico e digitale sia per l'intercettazione precoce di consumatori a rischio, sia per assicurare la continuità del trattamento dei disturbi da uso di sostanze. L'evoluzione e la complessità di questo quadro di contesto 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. Il documento "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" previsti dal PNRR persegue la valorizzazione dei servizi territoriali attraverso l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, utili a promuovere equipe multidisciplinari: in tale senso si inquadra la raccomandazione dell'inserimento anche degli ambulatori dedicati alle dipendenze e alla salute mentale nelle strutture di prossimità.

Per affrontare la complessità correlata all'elevato livello di integrazione, e adottare strategie comuni di approccio con modelli e linguaggi condivisi, si sottolinea il valore della RETE CURANTE, che entra a pieno titolo nel discorso sulla formazione. La capacità di lavorare in rete diventa una risorsa strategica da perseguire sia come strumento sia come risultato della formazione, nei suoi risvolti operativi. Un dispositivo di formazione che coinvolge i nodi della rete permette di costruire un sistema di livelli di competenze professionali/di servizio, dividerne i contenuti (da basici ad avanzato) e delineare le diverse specificità professionali/di servizio. Questo passaggio risulta preliminare per sviluppare le integrazioni tra aree senza sovrapposizioni, frammentazioni o azioni in replica, permettendo di effettuare invii più appropriati fra i diversi nodi della rete curante che hanno come esito la costruzione di percorsi riabilitativi più efficienti in termini di ottimizzazione



delle risorse impiegate e più efficaci in termini di risposta ai bisogni soggettivi e oggettivi della persona. Si ritiene siano necessari livelli diversi di competenze e conoscenze, ottenuti tramite formazioni professionali più specialistiche (ad es. formazioni per gli operatori dei Servizi delle Dipendenze), affiancate a formazioni che vedono coinvolti anche altri attori del territorio che si occupano di problematiche legate al Disturbo da Uso di Sostanze, come modalità di implementazione e valorizzazione del funzionamento di rete territoriale, che inizia già dai percorsi formativi. A fronte di un panorama variegato ed eterogeneo dei servizi, il lavoro di rete si pone anche come comune denominatore per assicurare modalità di intervento efficaci a garantire l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

6.4.2 Ricerca Scientifica e Formazione

Luigi Stella

Sono trascorsi 237 anni da quando Benjamin Rush scriveva “l’uso di liquori forti è all’inizio una scelta libera. Poi dall’abitudine prende forma una necessità”. Rush già designava detta condizione come una malattia della volontà, caratterizzata dall’“incapacità di astenersi”, dalla “perdita del controllo”. I progressi che si sono succeduti rappresentano ormai evidenze nell’identificazioni delle modificazioni indotte dall’abuso cronico di droghe, e fanno intravedere la possibilità di affrontare le basi fisiologiche dell’impellente bisogno di assumere sostanze stupefacenti. Entrambe queste linee di ricerca (cerebrale e comportamentale) hanno potenzialmente delle evidenti implicazioni dal punto di vista terapeutico. I progressi in campo neurobiologico rappresentano dei passi iniziali nell’identificazioni delle modificazioni indotte dall’abuso cronico di droghe, e fanno intravedere la possibilità di affrontare le basi fisiologiche dell’impellente bisogno di assumere sostanze stupefacenti. A maggior ragione, quindi, dobbiamo essere convinti che l’approccio all’*addiction*, sia da perseguire in un’ottica multimodale integrata, auspicando che la dimensione medica, a pari passo con quella psicologica, educativa, riabilitativa, governata e pilotata dal sapere scientifico che sempre più alimenta il nostro campo di azione, entri finalmente a pieno titolo nel settore delle dipendenze, e che vengano finalmente superate dimensioni parziali e monche, che hanno finora impedito che tale processo, espressivo del progresso della scienza e delle tecnologie mediche, avesse luogo.

È lapalissiano che dette conoscenze devono essere fruibili e diventare bagaglio culturale stabile del personale che è dedicato al fronteggiamento della patologia. Pertanto, formazione e aggiornamento rappresentano il punto di partenza. Dopo una prima fase in cui la patologia era affrontata da soggetti che, magari a Loro volta erano stati toccati dalla stessa patologia e ne erano usciti, visto la disomogeneità degli interventi e l’estemporaneità si è capito che il processo doveva essere regolato. Le figure professionali che oggi si occupano della patologia sono multidisciplinari con formazioni diverse e questa è la realtà nel “Sistema dei Servizi” e per esso intendo Servizi Pubblici e Privati. Questo è un bene perché ha rappresentato e rappresenta un modello anche per altre discipline, in particolare credo per la psichiatria. Ma questo lavoro di integrazione richiede una competenza specifica delle dinamiche delle dipendenze nella prevenzione Universale, Selettiva e Indicata.

Pertanto, l’équipe deve possedere una buona formazione di partenza in tutte le sue figure professionali.

Bisogna partire dall’esistente

Fase 1:

Legge del 30/03/2001 n° 125, pubblicata sulla G.U. n° 90 del 18 Aprile 2001 (art. 5 comma 1), Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell’articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di assicurare, quale corso di studio, l’apprendimento dell’alcolologia.

Tale norma non assolutamente applicata, nonostante una legge, dovrebbe essere estesa anche per le altre dipendenze da sostanze e comportamentali per i Corsi di Laurea delle figure professionali che possono accedere ai Servizi delle Dipendenze con un provvedimento ad hoc.

Fase 2

Introduzione della disciplina

Bisogna seguire la procedura con cui si è istituita la disciplina Medicina Palliativa:

nel 2013 con il Ministro della Salute Balduzzi la Medicina Palliativa fu introdotta come disciplina (DECRETO 28/03/2013 Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 94 del 22.04.2013).

Fase 3

Sempre seguendo l'iter della Medicina Palliativa con cui la Commissione Bilancio della Camera dei Deputati, ha approvato con voto unanime, in forma di emendamento presentato dall'On. Trizzino, l'art. 5 ter del Decreto Rilancio che recita al comma 1, "A decorrere dall'anno accademico 2021/2022 è istituita la Scuola di Specialità in "Medicina e Cure Palliative" per i laureati in medicina e chirurgia"; e al comma 3, "Con il medesimo decreto è altresì introdotto il corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori della Scuola di specializzazione in Pediatria". (GU n.189 del 29.07.2020 - Suppl. Ord. n. 26, il testo del Decreto Rilancio del 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17/07/2020, n. 77, recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19).

Questo stesso percorso dovrebbe portare all'Istituzione nei vari percorsi universitari della specializzazione in Medicina delle Dipendenze che possono accedere ai Servizi delle Dipendenze.

Bibliografia

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

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

6.4.3 Formazione e bisogni formativi

Maria Francesca Amendola

La normativa vigente in materia di “tossicodipendenze” è ormai vetusta, erroneamente fin troppo centrata su aspetti sanzionatori e di controllo, che non tiene conto dei cambiamenti relativi alla tipologia di sostanze utilizzate, e che fa riferimento ad una popolazione giovanile di oltre 30 anni fa quando neanche veniva ipotizzata la dipendenza senza sostanza. Una regolamentazione non attuale che non pone sufficiente attenzione al problema di Sanità Pubblica per come invece negli ultimi anni ha posto in essere il Ministero della Salute nella esplicitazione dei LEA, del Piano nazionale di Prevenzione, del Piano delle Cronicità etc. Un assetto giuridico che peraltro non è più corrispondente alla realtà dei Servizi per le Dipendenze che hanno profondamente modificato il loro approccio nelle aree di competenza della prevenzione diagnosi cura e riabilitazione. Tant'è che già nella Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017) l'art. 28 recita: “Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche: Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche ...” ed a seguire tutte le funzioni e le azioni esplicitazione della attività svolte dai Servizi Pubblici e dal Privato Sociale accreditato. È su questo patrimonio di esperienze e di evidenze scientifiche che si rende necessario ipotizzare percorsi di formazione funzionali ai bisogni di salute del territorio in materia di dipendenze patologiche, per verità già ben approfondite dall'Istituto Superiore Sanità e dalle Società Scientifiche specifiche del settore, come FederSerD SIA SITD, sia per la elaborazione di dati epidemiologici che evidenze scientifiche prodotte. Le Dipendenze patologiche sono fenomeni complessi e multifattoriali in costante evoluzione per cui necessitano risposte ugualmente complesse e multifattoriali, che richiedono azioni di cura e di protezione che prevengano e limitino l'espansione della patologia riducendone i danni. Modalità di approccio che segnano sostanzialmente la differenza con la realtà dei servizi di psichiatria. In conclusione ciò che sembra imprescindibile per qualsivoglia iniziativa di formazione è una ricognizione dei bisogni formativi dei professionisti nei Servizi delle dipendenze che, sebbene differenziati a livello regionale come organizzazione, necessitano di una omogeneità a livello nazionale nelle procedure, nella diagnosi e cura, nella prevenzione che sia innovativa e rispettosa delle persone in trattamento e del loro programma di recupero, dalla riduzione del danno allo screening per la diagnosi e la terapia delle patologie correlate, prime fra tutte epatite C, epatite B ed HIV, endocarditi infettive, cirrosi epatica alcolica, disturbi cardiovascolari e non ultimo il Progetto Gap attualmente in corso. Inoltre una formazione che, nonostante la mancanza della disciplina delle dipendenze nella formazione universitaria di base e specialistica, tenga in debito conto di quanto già maturato dai Servizi negli anni.

6.4.4 La formazione specifica e l'aggiornamento continuo

Roberta Pacifici

La comparsa oltre alle dipendenze da sostanze (nicotina, alcol, vecchie e nuove sostanze psicoattive) delle dipendenze da comportamenti e la loro frequente combinazione, hanno allontanato i tempi della comprensione e della soluzione del fenomeno *addiction*. I poli-consumi e le poli-dipendenze sono un fenomeno sempre più diffuso e più complessa e meno definita ma più fluida è la differenza, anche in termini psicosociali, tra consumatori occasionali, abituali e con dipendenza patologica.

Un esempio concreto è la richiesta ai Servizi che si occupano di dipendenze di un numero tendenzialmente in crescita di presa in carico e/o consulenza inerenti problematiche di carattere digitale. Molti genitori sono preoccupati per i figli che trascorrono molte ore al PC, allo *smartphone* o al *tablet*, e si chiedono e chiedono agli esperti se stia prendendo forma un problema di dipendenza da internet e/o da videogame. A questo proposito e a solo esempio sarebbe importante studiare ed investire risorse per integrare la tradizione terapeutica con le innovazioni tecnologiche anche come strategia di aggancio.

Pertanto, in questo scenario completamente mutato ed in continua e rapida evoluzione 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.

L'introduzione in Italia della disciplina Medicina delle Dipendenze è diventata quindi di primaria importanza.

6.4.5 Elementi di riflessione sulla formazione specialistica degli operatori sanitari nell'ambito della medicina delle dipendenze

Maria Giovanna Zilli

Con riferimento alla necessità emersa nel corso della Riunione Preparatoria del Tavolo 7 “Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze”, di provvedere a garantire una formazione specialistica degli operatori del settore in ambito sanitario con riferimento alla medicina delle dipendenze tramite l'istituzione di una specifica tipologia di scuola di specializzazione universitaria post-laurea a ciò dedicata, si forniscono i seguenti elementi di riflessione.

Come noto, il regolamento adottato con decreto del Ministro dell'istruzione dell'Università e della ricerca del 22 ottobre 2004, n. 270, recante “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509”, all'art. 3 individua tra i corsi di studio istituiti presso le Università, i corsi di specializzazione, percorsi formativi post-laurea che perseguono l'obiettivo di fornire allo specializzando in formazione conoscenze e abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali.

Sempre ai sensi della citata norma, le scuole di specializzazione possono essere istituite «esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione europea» (art. 3, comma 7).

In presenza di una norma che preveda l'esigenza di istituire una specifica nuova tipologia di scuola di specializzazione universitaria al fine di far fronte ad esigenze formative specifiche di determinate professionalità, si provvede, quindi, a identificare, insieme agli attori istituzionali competenti, l'ordinamento didattico, i profili specialistici e le attività formative preordinate al raggiungimento degli obiettivi formativi, attività suddivise in ambiti omogenei di sapere identificati da settori scientifico disciplinari. La Direzione della scuola è affidata a un professore di ruolo del settore scientifico disciplinare di riferimento della scuola appartenente alla sede della stessa.

Gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area sanitaria, ad accesso riservato ai medici e/o ai laureati in possesso di titolo di studio diverso dalla laurea magistrale in medicina e chirurgia (cd “non medici”), sono attualmente disciplinati dai decreti del Ministero dell'istruzione dell'Università e della ricerca, di concerto con il Ministero della Salute, 4 febbraio 2015 n. 68, recante “Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria” e 16 settembre 2016 n. 716, recante il “Riordino delle Scuole di specializzazione ad accesso riservato ai non medici”. Con decreto ministeriale 21 gennaio 2019, n. 50 “Riordino degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area psicologica”, si è recentemente provveduto al riassetto e alla riduzione della durata delle scuole di specializzazione di area psicologica.

Si rammenta, infine, che con il decreto 13 giugno 2017, n. 402, del Ministero dell'istruzione dell'Università e della ricerca, di concerto con il Ministero della Salute, recante “Definizione degli *standard*, dei requisiti e degli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria” sono stati approvati gli *standard* e i requisiti minimi che le scuole di specializzazione di area sanitaria ad accesso riservato ai medici devono possedere per poter essere accreditate presso gli Atenei e per poter, quindi, erogare formazione universitaria, su proposta dell'Osservatorio nazionale della formazione sanitaria specialistica di cui all'art. 43 del decreto legislativo n. 368/1999.

6.4.6 Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Guido Faillace

Allo stato attuale si avverte sempre di più la necessità di una revisione della normativa sulle dipendenze attuando una serie di proposte programmatiche nell'ambito dei seguenti 3 temi e analizzandone le specifiche criticità.

- 1) Nell'ambito della Formazione si rileva la necessità di definire specifici percorsi clinici, EBM e Multidisciplinarietà.
- 2) Nell'ambito della disciplina SSN si evidenzia l'attuale assenza nelle Tabelle del Ministero della Salute della specifica disciplina (nonostante l'abolizione della Disciplina delle Farmaco-tossicodipendenze) e la non applicazione delle equipollenze delle Tabelle del 1998.
- 3) Nell'ambito della disciplina Universitaria si rileva l'assenza della specifica disciplina nei Corsi di Laurea di Medicina e delle Professioni Sanitarie, con la relativa assenza della Scuola di Specializzazione Medica di Clinica delle Dipendenze.

Andiamo adesso ad analizzare le proposte programmatiche nell'ambito dei singoli temi appena evidenziati.

Per quanto riguarda il punto 1, è opportuno definire specifici percorsi clinici, sull'EBM e sulla Multidisciplinarietà allo scopo di realizzare percorsi di formazione quanto più professionalizzanti per gli Operatori dei Ser.D e del Privato Sociale definendo specifici *standard* condivisi per la loro realizzazione. Ovviamente tali percorsi formativi vanno inseriti nei processi di accreditamento dei Ser.D e delle Strutture del Privato Sociale con la partecipazione attiva del Ministero della Salute, AGENAS, Regioni e Società Scientifiche con la creazione di specifici quadri normativi di riferimento (Accordo Stato-Regioni).

Non meno importante è il ruolo delle Società Scientifiche nella implementazione e realizzazione dei percorsi formativi professionalizzanti. Al punto 2, nelle more dell'auspicabile cambiamento dell'attuale normativa, vanno applicate in via omogenea le Tabelle di equipollenza del Ministero della Salute del 1998 per l'accesso e le proiezioni di carriera all'interno dei Ser.D dandone indicazione alle ASP e con il ruolo attivo di FederSerD. Va anche segnalato l'inserimento della disciplina "Clinica delle Dipendenze" nelle Tabelle del Ministero della Salute.

Infine al 3 punto istituzione dell'insegnamento di "Clinica delle Dipendenze" nel Corso di Laurea in Medicina e delle Professioni Sanitarie con la relativa Scuola di specializzazione in Clinica delle Dipendenze.

Auspicabile anche l'inserimento del settore scientifico disciplinare (SSD) Clinica delle Dipendenze al MIUR e al Consiglio Universitario Nazionale Ed infine coinvolgimento come parte attiva, delle Società Scientifiche nello sviluppo dei processi formativi Universitari.

6.4.7 Formazione aggiornamento ed identità professionale nelle dipendenze patologiche. La chiave del successo.

Giuseppe Mammana

Formazione ed aggiornamento nelle dipendenze patologiche costituiscono un grave buco nero nella individuazione del personale addetto al campo. Il carattere prevalente di queste due attività è stato sempre molto connotato nel senso dell'esperienzialismo e del soggettivismo impedendo il costituirsi di un pensiero formalizzato su questa disciplina negli ambiti ordinariamente addetti alla formazione ed all'aggiornamento delle risorse umane dedicate come Università, Scuole di specializzazione, Aggiornamento obbligatorio e di libera scelta. Non esiste un assetto di queste attività organico ed unitario dedicato a professionisti e volontari per tutto il Paese. Non esiste un finanziamento ordinario ed in continuo aggiornamento di queste attività. La conseguenza per le risorse umane impiegate è costituita da una identità precaria, frammentaria e spesso disorganizzata dei professionisti e dei volontari del campo. Un'altra conseguenza è costituita dalla carenza di una identità precisa dei Servizi Pubblici e di Privato Sociale accreditato e costantemente in bilico tra l'esistenza e la minaccia alla stessa esistenza come servizi ben identificati o come branca della psichiatria, della medicina territoriale, dell'infettivologia, delle medicine organiciste, della pedagogia ecc. Le scelte ideologiche spesso realizzate in questa materia sono anche il frutto in ultima istanza di questo grande disordine dei processi formativi e di aggiornamento.

È urgente affrontare questa materia con nuovi dispositivi legislativi, normativi e finanziari perché la prima generazione che ha fondato questi Servizi nel Pubblico e nel Privato Sociale accreditato è in via di pensionamento e la nuova generazione manca di radici e di memoria storica di questa patologia, della sua storia naturale e dei modi con i quali affrontarla, pur disponendo di un ricco *know how* maturato in oltre quarant'anni di esperienza. Ora occorre integrare ed arricchire questo patrimonio di conoscenze.

Per fare questo occorreranno le seguenti azioni:

Università: Occorre istituire la disciplina di Dipendenze patologiche con un provvedimento legislativo ad hoc sul modello di quello nato per le cure palliative. Nelle Università occorre istituire tale insegnamento in tutti i corsi di laurea di tipo sanitario e socio sanitario.

Master e Scuole di specializzazione: Una volta istituita la disciplina di Dipendenze patologiche occorre istituire il corso di specializzazione con indirizzo medico-psicologico e con indirizzo socio educativo per laureati delle due aree. Ogni Corso di laurea di tipo sanitario e socio sanitario potrebbe istituire master su aspetti ultra specializzati (epidemiologia, ricerca ecc.) della materia o come completamento del proprio percorso formativo provenendo da altre specializzazioni (ad es. da psichiatria o da psicoterapia).

Aggiornamento permanente

Per fare questo occorrerà prevedere un grande piano di lavoro che includa come soggetti formatori oltre quelli istituzionalmente previsti anche gli organismi di formazione ed aggiornamento che le varie reti dei professionisti e volontari presenti nel campo hanno costituito e mantenuto attivi con grandi sacrifici in questi 40 anni.

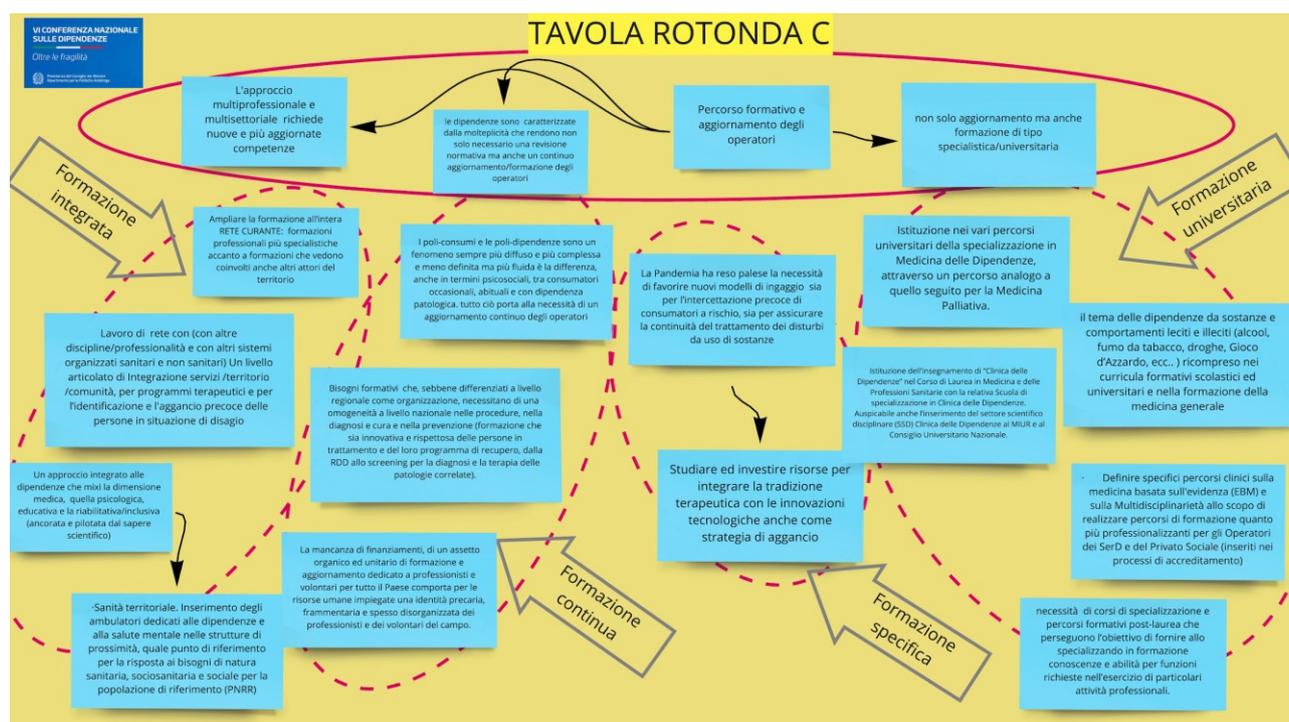
Quest'ultimo campo potrebbe essere finanziato ordinariamente possibilmente con la istituzione di una voce ad hoc in un ricostituendo Fondo nazionale per le dipendenze dedicato all'intero settore. L'accesso a tali finanziamenti dovrà essere concesso a tutti i soggetti del Privato Sociale che abbiano documentata e prolungata presenza nel settore della convegnistica e dell'aggiornamento. Il sistema potrà utilizzare i meccanismi dell'ECM

Formazione di educatori ed operatori provenienti da dipendenze curate e superate

Nel campo delle dipendenze patologiche hanno rivestito un ruolo importante sul piano educativo e di accompagnamento alla *recovery* le figure di coloro che dopo avere attraversato un percorso di cura e di riabilitazione hanno continuato a prestare la propria opera nelle istituzioni per lo più di Privato Sociale accreditato in favore dei nuovi ospiti delle stesse. La loro opera preziosa va riconosciuta formalizzata, sviluppata sul piano della formazione e della integrazione con altri professionisti del campo. Il meccanismo utilizzabile potrebbe prevedere un impegno delle Regioni attraverso i fondi della formazione professionale col riconoscimento di qualifiche ad hoc e/o l'utilizzo per queste figure e per altre del campo dei riformandi Istituti tecnici superiori, istituti post diploma e paralleli all'Università dedicati alla formazione di figure tecniche altamente specializzate. Il progetto di legge che tratta di tale riforma è attualmente esaminato dal Senato.

6.4.8 Sintesi Tavola Rotonda C – Formazione e aggiornamento

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della terza Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



Si riporta gli elementi trasversali che sono emersi relativamente al tema del percorso formativo e l'aggiornamento degli operatori:

- l'approccio multiprofessionale e multisettoriale che richiede nuove e più aggiornate competenze;
- il fatto che le dipendenze sono caratterizzate dalla molteplicità, che rendono non solo necessaria una revisione normativa ma anche un continuo aggiornamento e una formazione continua degli operatori;
- la necessità di un percorso formativo e un aggiornamento degli operatori;
- non solo un aggiornamento ma anche formazioni di tipo specialistico ed universitaria.

Si possono individuare quattro macro aree relative al tema della formazione in cui suddividere i temi emersi dai vari interventi: la formazione integrata, quella continua, la formazione specifica e la formazione universitaria.

1. **Formazione integrata.** Innanzitutto, si ritiene necessario ampliare la formazione all'intera rete curante: la rete deve diventare uno strumento di formazione professionale più specialistica, accanto a

formazioni che vedono coinvolte anche altri attori del territorio. Il lavoro di rete deve realizzarsi con altre discipline /professionalità e con altri sistemi organizzati sia sanitari che non sanitari e può portare a un livello articolato di integrazione tra servizi territoriali e comunitari per programmi terapeutici e per l'identificazione e l'aggancio precoce delle persone in situazioni di disagio. Si propone un approccio integrato alle dipendenze che integri la dimensione medica con quella psicologica, educativa e il versante riabilitativo/inclusivo più di tipo sociale (ancorata e pilotata dal sapere scientifico). Questo è uno degli elementi che è sviluppato nel nell'ambito della sanità territoriale ovvero l'inserimento di ambulatori dedicati alle dipendenze della salute mentale nelle strutture di prossimità quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e socio sanitaria e sociale per la popolazione di riferimento ovviamente il rimando è al PNRR con tutti gli interventi di prossimità e di comunità che vengono in qualche modo richiamati all'interno del piano.

2. **Formazione continua.** I poli-consumi e le poli-dipendenze sono un fenomeno sempre più diffuso e rendono meno definita ma più fluida la differenza anche in termini psicosociali, tra consumatori occasionali, abituali e con dipendenza patologica. Questo porta alla necessità di un aggiornamento continuo degli operatori. I bisogni formativi che, sebbene differenziati a livello regionale come organizzazione, necessitano di una omogeneità sul piano nazionale, nelle procedure sul versante della diagnosi e cura e nella prevenzione. Si auspica a una formazione che sia innovativa ma anche rispettosa delle persone in trattamento e del loro programmi di recupero, dalla riduzione del danno allo *screening* per la diagnosi e la terapia delle patologie correlate. Al di sopra di questi discorsi si ripropone il tema della mancanza di finanziamenti, di un assetto organico ed unitario di formazione che sia aggiornato, dedicato a professionisti e ai volontari che in qualche modo vada incontro alla necessità di porre fine a questa identità precaria da parte degli operatori, alla frammentarietà e spesso alla disorganizzazione che poi riverbera nel campo dei vari interventi.
3. **Formazione specifica.** Nell'ambito dei percorsi specifici di formazione si richiama il tema di percorsi formativi specifici e flessibili per coloro che dopo un percorso di recupero all'interno di comunità terapeutiche intendono investire e lavorare in questo campo e quindi necessitano di un intervento e di percorsi formativi specifici. L'altro elemento sul quale occorre intervenire è stato messo in evidenza dalla pandemia che ha reso palese la necessità di studiare e di favorire nuovi modelli di ingaggio sia per l'intercettazione precoce di consumatori a rischio sia per assicurare la continuità del trattamento dei disturbi da uso di sostanze in condizioni del tutto eccezionali come quelle che abbiamo vissuto in questi ultimi mesi. Pertanto, si ritiene necessario studiare ed investire risorse per integrare la tradizione terapeutica con le innovazioni tecnologiche che oggi si rendono necessarie e sono state messe in campo come strategia di aggancio.
4. **Formazione universitaria.** Si ritiene necessaria l'istituzione nei vari percorsi universitari della specializzazione in Medicina delle Dipendenze, attraverso un percorso analogo a quello seguito dalla Medicina Palliativa. Il tema delle dipendenze da sostanze e comportamenti leciti e illeciti (alcol, fumo da tabacco, droghe, gioco d'azzardo, ecc.) deve essere ricompreso nei curricula formativi scolastici ed universitari e nella formazione della medicina generale.
Si propone l'istituzione dell'insegnamento di "Clinica delle Dipendenze" nel Corso di Laurea in Medicina e delle Professioni Sanitarie con la relativa Scuola di specializzazione in Clinica delle

Dipendenze, ed è auspicabile anche l'inserimento del settore scientifico disciplinare (SSD) Clinica delle Dipendenze al MIUR e al Consiglio Universitario Nazionale.

È necessario definire specifici percorsi clinici sulla medicina basata sull'evidenza (EBM) e sulla multidisciplinarietà allo scopo di realizzare percorsi di formazione quanto più professionalizzanti per gli operatori dei Ser.D e del Privato Sociale, inseriti all'interno dei processi di accreditamento. Infine si rileva la necessità di corsi di specializzazione e percorsi formativi post-laurea che perseguono l'obiettivo di fornire allo specializzando in formazione conoscenze e abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali.

6.5 Introduzione alla seconda giornata

La ripresa dei lavori del Tavolo Tecnico in seconda giornata si è articolata in una introduzione della Coordinatrice, Dr.ssa Davoli, cui ha fatto seguito la sessione di risposte alle domande e alle considerazioni pervenute via chat dal pubblico iscritto al *webinar* durante la prima giornata del Tavolo.

Le due sessioni sono qui di seguito riportate in sintesi. Seguono le domande e le osservazioni pervenute via chat durante la seconda giornata cui non è stato possibile offrire risposta.

6.5.1 Introduzione del Coordinatore

È stato possibile individuare alcuni elementi utili a sviluppare azioni concrete emersi dai lavori della giornata di ieri e dai contributi esterni. Molte delle domande pervenute si riferiscono all'efficacia di determinati interventi piuttosto che ai fattori determinanti del rischio utili per programmare interventi di prevenzione. A questo proposito, per rispondere alle domande, emerge la necessità di avere un programma sistematico di sintesi e disseminazione delle conoscenze sostenibile e finanziato. Inoltre, emerge la necessità di costruire in Italia una risorsa che metta a disposizione degli operatori, in maniera sistematica e indipendente, le conoscenze disponibili sull'efficacia degli interventi. Tale risorsa permetterebbe altresì di fornire informazioni relativi ai gap di conoscenza intorno ai quali si potrebbe pensare di organizzare, in linea con quanto viene fatto in alcune partnership internazionali (es. Inghilterra e Canada), un confronto tra i vari attori del sistema in chiave multidisciplinare al fine di definire una strategia sistematica di definizione delle priorità. Inoltre, dai lavori, è emersa chiaramente la necessità di ripristinare dalla normativa il fondo per la ricerca e la disseminazione dei risultati. È emersa una proposta di un programma nazionale di valutazione degli esiti nel campo delle dipendenze e tale azione potrebbe essere perseguita in maniera pragmatica proponendo all'agenzia di istituire un gruppo di lavoro nell'ambito del PNE. A tal fine, potrebbe essere necessario definire protocolli specifici caratterizzati da un set standardizzato di indicatori e misure di esiti. Dai lavori, sono emerse anche indicazioni riferite al miglior utilizzo e miglioramento dei flussi informativi con il coinvolgimento del Ministero e delle Regioni al fine di utilizzare i dati e promuovere attività di audit ottenendo feedback e valutazioni comparative dai dati stessi sia sulla qualità del servizio sia sull'efficacia della normativa. Un altro spunto molto importante si riferisce all'utilizzo più efficiente del capitale informativo. Nello specifico, pur mantenendo la garanzia inviolabile del diritto alla privacy del cittadino, la normativa sulla privacy non dovrebbe impedire la valutazione dei servizi il cui esito serve a migliorare la salute dei nostri utenti, ma il SIND dovrebbe poter interagire con altri

flussi informativi sociosanitari disponibili quali, per esempio, le dimissioni ospedaliere, la farmaceutica, la specialistica e l'ambito della tossicologia forense. Infine, l'ultimo punto emerso riguarda la formazione. Durante i lavori è emersa l'importanza di offrire e promuovere percorsi formativi post-laurea specifici nell'ambito delle dipendenze.

6.5.2 Domande e risposte

Nella programmazione di temi di ricerca, potrebbe essere inserita anche l'area di studio sulle caratteristiche ambientali (es. *Life History Theory*) rispetto alla spinta "adattiva" di caratteristiche di personalità, di risposta epigenetica e di vulnerabilità nello sviluppo di dipendenze?

Dr.ssa Pacifici

Reputo molto importante espandere il campo della ricerca sulle dipendenze, considerando che il panorama delle stesse si è allargato in favore di un aspetto multifattoriale di polidipendenze, nello specifico con l'introduzione sul mercato di nuovi prodotti. Quest'ultimo aspetto, in particolare, dimostra come l'ambiente e l'offerta siano capaci di modificare il comportamento e l'induzione di dipendenza. La storia della ricerca in questo ambito è attiva; a tal proposito, recentemente, un lavoro ha messo in evidenza un dato potenzialmente in grado di modificare il paradigma dell'induzione e della dipendenza. Nello specifico ha dimostrato come alcuni neurotrasmettitori, come la dopamina e la serotonina, non si limitino a trasmettere il segnale tra i neuroni, ma esercitino un vero e proprio controllo sull'espressione di alcuni geni, che sappiamo essere in grado di influenzare i comportamenti legati alle dipendenze oltre agli aspetti dell'umore. Questo dato mette in luce quanto sia importante e necessario lavorare su un'anagrafe della ricerca e sulla disseminazione delle informazioni, che ad oggi sono a disposizione di tutti ma non in una forma fruibile e chiara per tutti coloro che sono interessati a prenderne visione. Infine, ritengo che una tipologia di approccio multidisciplinare alla ricerca sia da considerarsi una strategia importante e vincente che necessita però di investimenti statali nell'ambito delle dipendenze.

Con l'anno in corso si è concluso il fondo *Drug Policy Initiative* (messo in campo dalla Direzione Generale della CE DG JUST) ed è venuta meno un'altra importante fonte di finanziamento.

Quali sono i *gap* (lacune) a livello nazionale, in termini di priorità di ricerca, verso cui si dovrebbero veicolare i fondi esistenti?

Dr.ssa Davoli

*Rispetto alla definizione delle priorità di ricerca ogni Esperto potrebbe rispondere sulla base del proprio ambito di interesse; di conseguenza, potrebbero emergere desiderata diversi a seconda degli interessi dei ricercatori stessi ai quali noi chiediamo quali siano i *gap* di ricerca. Personalmente, in riferimento alla domanda, ho condiviso un lavoro che abbiamo pubblicato proprio per cercare di fare un esempio di come il percorso di definizione delle priorità possa essere sistematizzato. Ritengo evidente che ci siano delle priorità sia globali, a livello internazionale, che locali. Queste priorità possono essere analizzate soltanto mediante un percorso standardizzato che veda coinvolti gli attori del settore. Da un punto di vista pratico, questo percorso potrebbe configurarsi nella definizione di workshop e tavoli durante i quali discutere i dati, fare un'analisi della letteratura nazionale e internazionale e definire le priorità sulla base dei risultati ottenuti.*

Quali strumenti di ricerca quali-quantitativa abbiamo già o possiamo implementare per sviluppare il rapporto tra ricerca clinica nell'ambito delle dipendenze?

Dr. Chiamulera

Dal mio punto di vista, la risposta a questa domanda deve attenersi ad elementi pragmaticamente fattibili che, allo stato attuale, potrebbero richiedere risorse già disponibili. Faccio un esempio: la raccolta di dati mediante studi osservazionali prospettici a livello dei servizi o di comunità terapeutiche è possibile, a patto però che questa rientri all'interno di un network, supervisionata in accordo a dei protocolli specifici e standardizzati, indicazioni di scopi e di criteri e di esito. Con il termine "supervisionata" non mi riferisco a dei protocolli distribuiti e in cui i servizi e le comunità eseguono in modo automatico, ma mi riferisco a un network, come nell'esempio della Società Italiana Tossicodipendenza, la quale ha eseguito diversi studi multicentrici. Da questo punto di vista, in letteratura sono presenti diversi esempi. In particolare, uno studio osservazionale osservazionale prospettico condotto con sei comunità terapeutiche spagnole grazie al quale esse hanno misurato e valutato diverse misure riferite alla qualità di vita durante il periodo di permanenza nella comunità correlandolo ai vari time-points, follow-up e misure di esito (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.). Questo studio rappresenta un esempio di ricerca che può essere effettuata anche nell'ambito delle comunità terapeutiche. Tuttavia, desidero sottolineare che tra i fattori importanti per condurre questo tipo di studi emergono la fattibilità e le risorse. In particolare, relativamente alle risorse, mi riferisco alle risorse umane, che devono essere formate per attuare dei protocolli di ricerca, rispetti i criteri dei suddetti protocolli, e poi raccogliere i dati. Da questo punto di vista, ritengo fondamentale l'osmosi tra il personale e i coordinatori dei centri, le Università o altri centri di ricerca pubblici o privati come le IRCSS o il CNR. Specificatamente, ritengo importante prendere in considerazione quelli che sono i possibili scambi di competenze con il personale giovane come i borsisti, gli assegnisti, i dottorandi e gli specializzandi scambi che, allo stesso tempo, possono anche tramutarsi in momenti di formazione per gli stessi e per coloro che si interfacciano con i centri o con i servizi. Per proseguire questa domanda però chiedo cortesemente alla regia di passarmi anche la seconda domanda perché di fatto le mie risposte sono collegate.

Quanto sono rappresentati e in sviluppo studi sulla memoria e i suoi circuiti nella dipendenza, funzione che appare collegata ad essa sia rispetto alla possibile componente traumatica che rispetto al craving e alle ricadute?

Considerate le ricadute psicologiche di lavoro sulla memoria traumatica questi studi potrebbero essere utili a migliorarne l'applicazione, oltre che a comprendere meglio il meccanismo stesso della dipendenza.

Dr. Chiamulera

Dal mio punto di vista, nell'ambito della tematica in esame, un grosso contributo può esser dato dalla ricerca di base universitaria, non solo dalla ricerca pre-clinica sui meccanismi e i processi studiati con la metodologia di neuroscienza, ma anche dagli studi laboratoriali su modelli che in gran parte derivano dalla psicologia sperimentale. Mediante la conduzione di studi di laboratorio approvati dai comitati etici, è possibile condurre studi sia con i pazienti che con i soggetti volontari per verificare la riattivazione e la modulazione nella direzione terapeutica delle memorie associate al passato, alla vita, all'esperienza del tossicodipendente. Da questo punto di vista, mi fa piacere citare una personale esperienza di condivisione tra il nostro laboratorio universitario e una comunità terapeutica, il Centro Soranzo di Venezia. Nello specifico, sulla base di protocolli di laboratorio, abbiamo applicato l'EMDR – una tecnica psicoterapica utile alla modulazione delle memorie traumatiche – alle

memorie associate alla sostanza (studio sottomesso per pubblicazione a una rivista). Come emerso da una recente revisione presente su Cochrane, l'EMDR presenta delle solide evidenze scientifiche per quanto concerne la modulazione delle memorie traumatiche. In linea con questo, nell'ambito delle dipendenze stanno comparando diversi studi che lavorano, come nella nostra esperienza, sia sulla modulazione, riattivazione e riconsiderazione della memoria associata alla sostanza, sia sulla comorbidità tra l'evento traumatico e il disturbo da abuso di sostanze. In conclusione, ritengo che un'unica filiera caratterizzata da una validazione ciclica dialettica tra ricerca di base, ricerca laboratoriale su modellistica, ricerca clinica e ricerca pratica all'interno delle comunità sia fondamentale.

Mi piacerebbe capire se effettivamente sono già esistenti delle proposte concrete (schede, questionari) che facilitino la possibilità di monitorare e valutare i piani di azioni terapeutici.

Inoltre chiedo se a livello nazionale ci sia la possibilità di essere maggiormente incisivi e unificati in quelle che possono essere le ricerche di *follow-up*, attraverso piani condivisi e riconosciuti.

Dr. Pani

Ad oggi, esistono molte schede e questionari. La complicazione è costituita dalla difficoltà nella scelta di quali applicare in relazione alla tipologia di indagine e agli obiettivi della stessa. Mi riferisco nello specifico alla scelta di schede e questionari utili al monitoraggio di routine, piuttosto che alla verifica di aspetti specifici di interesse per la ricerca, o allo studio degli outcome dei diversi soggetti (servizi, Regioni, etc.) interessati alla valutazione dell'impatto degli interventi sulla salute e qualità di vita delle persone. È importante prendere in considerazione il contesto dentro al quale ci si colloca. La ricerca si muove in ambito internazionale, vi contribuiscono tanti Paesi oltre all'Italia. La produzione scientifica è disponibile, tuttavia è insufficientemente conosciuta. Stante la disomogenea diffusione degli avanzamenti della ricerca scientifica, gli operatori del settore sono esposti alla parzialità delle informazioni. In conclusione, sono disponibili molte schede e questionari, spesso tra loro disomogenei, che muovono da presupposti diversi per cui ostacolano, tra l'altro, l'unione dei risultati di più ricerche al fine di ottenere delle evidenze più solide. La definizione di indicatori standard (e relative schede, questionari necessari per la loro misurazione), magari individuati all'interno di network collaborativi, aiuterebbe senz'altro a costruire programmi di verifica sull'impatto degli interventi messi in atto e per, eventualmente, modificarli.

Sono disponibili informazioni specifiche su studi importanti rispetto ai fattori di vulnerabilità? Come potrebbero essere sfruttati per creare degli interventi di prevenzione? Questo anche sull'uso di farmaci non agonisti (es. benzodiazepine) nei trattamenti.

Dr. Mammana

Il quesito posto, date le tempistiche ristrette, non mi consente di fornire delle risposte dettagliate riportando specifici studi. Ciò rimanda alla necessità di un'anagrafe della ricerca, ossia uno strumento agevolmente disponibile agli studiosi del campo. Sulla base delle mie esperienze di carattere clinico, posso affermare che esistono una grande quantità di studi sulla vulnerabilità, indagata almeno in tre diversi ambiti. Nello specifico, mi riferiscono alla vulnerabilità biologica, micro-ambientale e macro-ambientale. Per quanto concerne la vulnerabilità biologica, caratterizzata anche da una componente genetica ed epigenetica, in letteratura sono presenti molti lavori inerenti alla stessa che utilizzano il modello animale e si riferiscono a una tipologia di vulnerabilità particolare associata al contatto con alcune sostanze di abuso. Inoltre, sempre relativamente a

questa tipologia di vulnerabilità, un altro settore indagato si riferisce ai sistemi di neurotrasmissione e in generale, anche se non si tratta di vulnerabilità biologica in senso stretto bensì di vulnerabilità psicologicamente determinata, alle organizzazioni di personalità. Nello specifico, queste ultime, potrebbero costituire tratti preliminari sui quali è possibile che si innesti il contatto con sostanze, o oggetti capaci di indurre una dipendenza generando di conseguenza una patologia da innesto. Per quanto riguarda la vulnerabilità micro-ambientale, questa si riferisce alla famiglia, all'interno della quale possono essere presenti altre situazioni legate alla tematica delle dipendenze, dei disturbi dell'umore o dei disturbi della personalità. Tali situazioni costituiscono dei fattori di rischio per la determinazione di successive situazioni di dipendenza in altri membri del nucleo familiare. Altri elementi presenti nell'area micro-ambientale della famiglia sono le situazioni traumatiche che possono riguardare sia l'individuo il quale, successivamente, diventa dipendente, sia la struttura interna e l'organizzazione della famiglia. A tal proposito, come messo in luce in un precedente intervento, può essere molto utile applicare l'EMDR come tecnica psicoterapeutica. Infine, la vulnerabilità macro-ambientale si associa ai fattori sociali quali l'ambiente. A questo proposito, tali ambienti riguardano gli ambienti estremamente poveri o ricchi – questa doppia polarità evidenzia la complessità del fenomeno di cui ci occupiamo –, gli ambienti legali nei quali la legalità assume un valore, e infine la diffusione territoriale, ambientale e contestuale di uso e abuso di sostanze che abbiano capacità di agire sul sistema cerebrale psichico. Queste tre aree, la biologica, la micro-ambientale e la macro-ambientale sono state indagate da diversi studi che dovrebbero essere registrati all'interno di un archivio della vulnerabilità il quale, consentirebbe una strutturazione adeguata degli interventi di prevenzione sulla base di una conoscenza approfondita dei fattori di rischio e di un utilizzo di linee guida come, per esempio, le linee guida dell'AIDA. Sulla base di questo, potrebbe essere creato un matching tra il fattore di rischio e l'azione preventiva misurabile con azioni efficaci di monitoraggio. In ultimo, per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci non agonisti nei trattamenti, ad oggi esiste una quota di pazienti che non è presa in carico né dai servizi né dalle comunità, ma dai medici specialisti del campo, dagli psicologi, dagli psicoterapeuti e dagli psichiatri. Sulla base della tipologia delle dipendenze sempre più diffusa non più ormai legata alla sola eroina, ma anche a sostanze stimolanti come la cocaina o la cannabis e delle modalità con cui queste dipendenze si strutturano, l'utilizzo di farmaci non agonisti in modalità off-label - stabilizzatori, neurolettici a basso dosaggio, antidepressivi, ansiolitici ecc. - è diffusissimo. Tuttavia, su questo argomento occorrerebbe un capitolo di riflessione in quanto è un'area completamente negletta alla conoscenza che invece fornisce grandi indicazioni sul fenomeno generale delle dipendenze.

L'approccio *trauma-informed care* applicato ai servizi per le dipendenze sarà preso in considerazione sia per quanto riguarda la formazione che l'implementazione?

Dr. Faillace

Per rispondere a questa domanda, farò riferimento al mio intervento durante la prima giornata di lavori in merito ai servizi specifici utili per intervenire su un percorso di tipo diagnostico e su una valutazione corretta per lo stato di dipendenza. Per lo stato di dipendenza bisogna sicuramente rifarsi a tutti gli ambiti possibili che hanno a che fare con il problema relativo alla dipendenza. L'approccio al trauma, nello specifico *informed-care*, aiuta a definire meglio ciò che noi abbiamo sempre sostenuto, ossia, la necessità di una formazione di tipo specialistico più completa possibile per le problematiche riscontrate nell'ambito dell'attività dei servizi inerenti alle dipendenze. Il trauma e le dipendenze possono interagire nello sviluppo della patologia. A tal proposito, è importante intervenire in maniera dettagliata, come descritto dal collega Chiamulera in riferimento alla sua attività di lavoro, e nello specifico attivare un processo di cura il più completo possibile intervenendo anche sul trauma. Come Federazione sosteniamo da sempre la necessità di condurre un intervento il più completo possibile nell'ambito delle dipendenze, considerando che questo comporta l'aver delle risposte e dei risultati efficaci per quanto concerne la cura delle dipendenze, il bisogno di salute e il miglioramento della qualità di vita

delle persone con questa patologia. Dal punto di vista dei finanziamenti, riporto una ricerca del 2000 condotta dall'OMS relativa alle dipendenze alcol-correlate e dipendenze in genere che aveva preventivato un costo dieci volte superiori alle patologie oncologiche. Questi dati mettono in luce come investire in lavori di ricerca nell'ambito dei servizi per le dipendenze, che coinvolgano le Università e le comunità terapeutiche, possa portare a dei risultati importanti. Quindi, dopo una corretta valutazione dal punto di vista diagnostico, saper utilizzare tutti i dati porta a dei risultati su numeri importanti, abbiamo visto sia dalla Relazione al Parlamento pubblicata dal DPA con la collaborazione del CNR puntualmente ogni anno sia per quanto riguarda le ricerche esistenti, portano praticamente a far capire che c'è molto da fare e molto impegno da parte nostra come società scientifica da riversare su quello che è il lavoro quotidiano. Sicuramente da parte nostra come Federazione c'è il massimo impegno, noi abbiamo già sviluppato dei webinar specifici sull'argomento ma cercheremo di stimolare il Governo a far sì che entri come aspetto formativo importante a livello universitario e di ricerca e abbia i necessari finanziamenti.

È possibile attribuire – almeno in parte – la mancanza di ricerca “solida” nel settore delle dipendenze in Italia alla mancanza di una specializzazione universitaria in medicina delle dipendenze?

Dr. Stella

Risponderei ermeticamente: sì, è possibile anche in una percentuale molto alta. Durante il mio intervento ho fatto riferimento all'importanza della collaborazione tra le Università e i servizi per le dipendenze al fine di condurre degli studi. Studi che dovrebbero essere di qualità e portare a pubblicazioni peer review. Ogni giorno, ho la possibilità di confrontarmi con la realtà universitaria e di lavorare con degli specializzandi che si appassionano alla materia e con i quali produciamo dei dati in letteratura. In Italia abbiamo un sistema capillare di servizi caratterizzato dalla presenza giornaliera di quasi 80.000 soggetti che utilizzano farmaci agonisti, abbiamo circa 12.000/14.000 pazienti presenti nelle comunità terapeutiche e se prendiamo in considerazione altre dipendenze arriviamo a qualche milione. Sulla base di questo, a livello europeo, mi chiedo come sia possibile che l'Italia, che dispone di molti dati, si ponga all'ultimo posto e non sia presente una ricerca adeguata in merito. Dovrebbe essere l'Italia a dettare la letteratura scientifica in questo settore. A questo proposito, la specializzazione rappresenterebbe un fattore di continuum con l'Università in grado di favorire il Paese. Inoltre, un'altra cosa che volevo dire che è importante è che per esempio è singolare che negli Stati Uniti dove l'ultimo dato riportato per quanto riguarda i decessi, è vero che loro sono 350.000.000 e noi 60.000.000, i nostri decessi sono intorno ai 300 decessi negli Stati Uniti l'ultimo dato siamo arrivati a 93.000 decessi. Cosa è successo negli Stati Uniti? È successo che si sono posti questo problema e le dipendenze sono uscite dalla psichiatria? Quindi che cosa dobbiamo fare? Ripercorriamo quello che di fallimentare è negli altri Paesi. Ritengo che la specializzazione, e quindi la disciplina prima, potrebbe contribuire a risolvere sia molte delle problematiche sopra espresse, sia l'accorpamento tra il settore delle dipendenze e psichiatrico presente sul territorio nazionale. Ritengo tutti gli ambiti siano fra loro collegati.

Quanto il fattore comorbilità viene considerato sia nella valutazione degli esiti sia nella determina degli interventi da proporre e dei tempi necessari?

Dr. Pani

La prima cosa che dovremmo considerare è la definizione di comorbilità. Al suo riguardo, non vi è un accordo relativamente a quando un sintomo sia da riferire alla tossicodipendenza di per sé e quando lo stesso sintomo (es. ansia e depressione) sia da attribuire invece a un disturbo psichiatrico indipendente. Su questo la ricerca è attiva e esistono diverse linee di pensiero. Esaminare l'influenza esercitata delle problematiche genericamente

attribuite a una condizione di sofferenza psicologica o disturbo mentale sulla condizione di vita e di salute, sulla tipologia e gravità della dipendenza, sulla risposta agli interventi, sarebbe funzionale alla personalizzazione dei progetti di cura.

Il tema della psicopatologia delle dipendenze è oggetto di trattazione della letteratura scientifica. Si pone, ovviamente, la necessità di rendere disponibili, possibilmente in forma sintetica, i risultati di ciò che già la ricerca ha prodotto e ovviamente di definire anche le priorità delle ulteriori ricerche. Vorrei aggiungere anche una sintetica osservazione in merito alle tempistiche delle ricerche finanziate con risorse pubbliche. Ritengo molto importante che nel definire l'obiettivo di ricerca non si trascuri la tempistica necessaria. Non si offre un servizio ottimale in termini di ricadute operative, sia per la ricerca che per la pratica professionale, quando la ricerca si ferma a causa di una programmazione insufficientemente definita nel tempo. In tal senso, sarebbe importante poter aprire dei canali di ricerca caratterizzati da un orizzonte temporale coerente con quelli che sono i tempi per ottenere evidenze solide.

Quale soluzione potrebbe essere adottata per permettere l'integrazione dei dati nell'ambito delle dipendenze, pur garantendo la tutela della privacy?

Dr.ssa Molinaro

Esistono due livelli di risposta: un livello tecnico e un livello etico. Dal punto di vista tecnico, esistono delle alcune soluzioni per ottenere e utilizzare i dati nel rispetto della privacy del cittadino, il più comune è quello dell'utilizzo di chiavi successive che non permettano mai di ricollegarsi all'identità del soggetto. Nel 2021 esistono molti metodi per poter utilizzare i big data a fini di ricerca come il sistema delle blockchain o il sistema riferito allo sviluppo di codici identificativi a strati che non permette di ritornare al singolo dato dell'utente in quanto si crea ogni volta un nuovo codice. Di percorsi tecnici ne esistono molti e ritengo che basterebbe creare un tavolo di lavoro per studiare il metodo più adeguato da utilizzare con dati di tipo sanitario al fine di utilizzare al meglio le informazioni presenti nelle nostre banche di dati. D'altra parte, questa è un'esperienza che abbiamo fatto negli ultimi mesi proprio durante la pandemia vista la grande attenzione che sembra esserci soprattutto per quanto riguarda i dati sanitari e la privacy del cittadino. Paradossalmente, siamo in grado di incrociare molte fonti di dati, ma non si riescono ad incrociare in maniera proficua le fonti di dati sanitari. Alcuni anni fa, il sistema sanitario nazionale era molto popolare all'estero proprio perché avendo in Italia un sistema universalistico capace di raccogliere dati standardizzati sulla salute dei cittadini potevamo essere all'avanguardia sullo sviluppo di metodiche di stratificazione dei profili di salute o dei profili di patologia. Dal 2016, questa operazione è sempre meno possibile grazie sia al DGPR che ha tutelato a livello europeo la privacy, sia grazie al garante per la privacy che è particolarmente attento a quelli che sono i diritti singolo. Per quanto riguarda il livello etico, dovremmo forse chiederci quanto sia etico anteporre il diritto alla privacy del cittadino che, come sopra specificato, potrebbe essere tutelato dal punto di vista tecnico, al diritto della collettività di riuscire a percorrere e individuare delle strade di trattamento, di cura o di ottimizzazione dei servizi evidence-based. Grazie al capitale informativo che il nostro sistema sanitario nazionale raccoglie sarebbe oltremodo doveroso poter individuare dei percorsi adeguati sia per quanto riguarda l'ottimizzazione della cura e dei trattamenti dei servizi, ma anche per quanto riguarda l'omogeneità nell'intero territorio nazionale in quanto questo non è necessariamente caratterizzato in tutte le sue parti dagli stessi bisogni. In riferimento a quest'ultima affermazione, si potrebbe leggere il bisogno in modo da adeguare l'offerta trattamentale e l'offerta dei servizi in base a queste evidenze. Nel 2021 tutto questo è assolutamente possibile e auspicabile tuttavia, bisognerebbe creare dei tavoli di lavoro, interfacciarsi con le persone che legiferano in questi ambiti e lavorare al fine di trovare il giusto compromesso tra il diritto alla privacy che ognuno di noi ha e il bene collettivo dell'utilizzo dei dati che vengono prodotti per fini di cura, ma che possono poi essere utilizzati anche per la ricerca. Sicuramente, ritengo che sarebbe necessario avere a un'anagrafe dei centri di ricerca autorizzati al

trattamento. Sono concorde sul fatto che questi non debbano essere utilizzati da enti privati non autorizzati, ma sicuramente l'Università, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, l'Istituto Superiore di Sanità e molte altre enti pubblici di ricerca dovrebbero poter aver accesso ai dati, visto che non hanno per loro stesso mandato interessi altri che non quello del bene pubblico.

Con la spinta attribuibile al gruppo di ricercatori americani del NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) oggi guidato da Nora Volkow (2016), il *Brain Disease Model* è diventato il modello dominante per l'interpretazione della dipendenza e ha fortemente influenzato le politiche sulle *addiction*, dal trattamento fino alla prevenzione.

Ciò non sarebbe di per sé negativo se non avesse significato: a) dare ampio spazio alla ricerca sul trattamento farmacologico senza tuttavia aver trovato a oggi risposte soddisfacenti; b) lasciare poche briciole ad altri ambiti di studio che contemplano spiegazioni più complesse e articolate (ambito psico-sociale); c) trascurare il tema del consumo controllato, che potrebbe fornire un grande contributo alla comprensione della dipendenza e al suo trattamento.

Si è a conoscenza che a livello internazionale è nata nel 2014 una rete di scienziati - *'Addiction Theory Network (ATN)*- che mette in discussione il BDM con una importante produzione scientifica?

Prof.ssa Rossi

Devo dire che sono in contatto con i ricercatori ATN citati nella domanda e ne conosco la produzione scientifica perché siamo iscritti a Research Gate e ci scambiamo le rispettive ricerche. Nella mia risposta scritta cito un contributo importante di ATN (<https://www.tandfonline.com/eprint/F8Es6M8UVqvdpyjZdqta/full>), un editoriale pubblicato su *Addiction Research and Theory*. Ho avuto personalmente modo di contestare l'approccio della dott.ssa Nora Volkow sia nel 2016, a latere di un Convegno internazionale sulle droghe in Vaticano (http://www.archivioradiovaticana.va/storico/2016/11/23/vaticano_convegno_internazionale_sulle_droghe_piaga_mondiale/it-1274252), sia precedentemente, quando ho potuto esprimere forti dubbi nell'ambito di un workshop organizzato dal DPA, dove era stato costituito un Consiglio Scientifico composto in gran parte da scienziati del NIDA. Personalmente, quindi, non solo sono in contatto con i ricercatori ATN, ma condivido anche quanto espresso dalla domanda nel punto "a" e nel punto "b" che conosco bene. Tuttavia, non conosco a fondo il punto "c", relativo al consumo controllato. Statisticamente si può valutare la potenziale ampiezza del consumo controllato dato che tutte le statistiche mettono in luce l'ampia presenza di consumatori con consumo limitato, come spiegato anche dal dott. Fabrizio Faggiano nell'ambito dei lavori del Tavolo 2 e come risulta dai dati su cui lavoro, derivanti dalle indagini IPSAD sulla popolazione generale e dalle survey e stime sui consumatori a rischio da me condotte. Questo è anche confermato dai risultati che si sono ottenuti con il progetto Eranid-ALAMA sui consumatori notturni e dai dati ESPAD-Italia, disponibili ogni anno. I dati ESPAD mostrano che la percentuale maggiore di consumatori potenzialmente gravi, misurata dall'indicatore di poliuso, si osserva il primo anno della scuola superiore e si perde dal secondo anno con forte correlazione con l'abbandono scolastico. Questo risultato verrà mostrato alla Quattordicesima Conferenza Nazionale di Statistica e dovrebbe indurre il Ministero della Pubblica Istruzione a verificare come modificare la prevenzione per limitare l'uso grave di sostanze e l'abbandono scolastico, nel passaggio dalla scuola media alle scuole superiori. Per chiarire ulteriormente, se consideriamo l'indagine IPSAD che stima circa 4 milioni di consumatori, possiamo dire che fra di essi non tutti abusano di sostanze, come ritiene la dott.ssa Amendola. Sarebbe un disastro se fossero veramente 4 milioni coloro che 'abusano' di sostanze, dato che il totale degli assistiti dai Ser.D e dalle associazioni private, comprese quelle per la riduzione danno, è annualmente al di sotto dei 400.000 soggetti. In realtà i consumatori che abusano sono intorno a 1 milione e non fanno parte dei dati IPSAD, né di ESPAD e di ALAMA, se non in minima parte. Quindi, c'è ampio spazio per sviluppare il punto c) in Italia.

Quali Regioni partecipano al SIND e in qual modo la Riduzione del Danno potrebbe essere inserita nello stesso?

Dr.ssa Camposeragna

Per quanto riguarda il SIND, in teoria, tutte le Regioni devono rispondere. Infatti il Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze è alimentato dalle Regioni stesse ed è regolamentato dal decreto ministeriale dell'11 giugno 2010 emesso dal Ministero della Salute. Tutte le Regioni devono in qualche modo contribuire a rispondere al debito informativo, fornendo informazioni sulle persone in trattamento dai loro servizi. Dall'ultima relazione annuale al parlamento, pubblicata dal DPA e curata dal CNR, risulta che, nel 2020, la rispondenza è pari al 97% delle sedi ambulatoriali che risultano essere presenti nel territorio italiano. Quasi tutte le Regioni hanno addirittura una copertura pari al 100% o di poco inferiore, eccetto la Regione Calabria che ha una copertura pari ad un quarto. Il SIND, come è stato detto più volte, permette di ottenere un grosso capitale informativo che permetterebbe di conoscere nel dettaglio la situazione. Allo stesso tempo, attraverso il SIND, si risponde anche ai Livelli Essenziali di Assistenza che prevedono il diritto alla tutela sanitaria per tutti i cittadini. Con l'ultimo decreto relativo ai LEA del 2017, la riduzione del danno è entrata a far parte dei Livelli Essenziali di Assistenza ed è divenuta quindi un diritto esigibile da tutti i cittadini ma, ad oggi, in Italia, non abbiamo contezza di quali siano i servizi esistenti. La riduzione del danno è legittimata nella sua funzione e non è un "parente povero" del trattamento ma ha tutta una sua letteratura a sostegno. Per farla breve, la riduzione del danno nasce negli anni '90 per far fronte all'epidemia di HIV che colpiva le persone che facevano uso di sostanze. Nei paesi del nord d'Europa (in primis Regno Unito ed Olanda) si è capito, in maniera pragmatica, che non tutte le persone potevano o volevano smettere di usare le sostanze in quel momento e di conseguenza la riduzione del danno è un diritto che le persone che usano sostanze devono avere. Ma come la possiamo inserire nel sistema informativo? Come è stato spiegato ieri, nel SIND non c'è un'anagrafica delle persone e quindi l'obiettivo non può essere quello di conoscere le persone che utilizzano i servizi di riduzione del danno ma dato che i servizi di riduzione del danno sono spesso finanziati dalle Regioni o dalle ASL, sarebbe opportuno, come avviene per esempio nella Regione Lazio, che vengano registrate sul SIND non le singole persone ma le prestazioni per rendere possibile il calcolo dei volumi dei servizi che vengono erogati dalle unità di strada, dai drop-in ecc. In conclusione, ritengo che sia possibile che i flussi informativi tengano conto dei volumi di altri servizi che non siano solo quelli di trattamento quali Ser.D, e comunità terapeutiche.

Quanto la non aggregazione tra sistemi (SIND ecc.) è un ostacolo nella predisposizione di approcci integrati, in particolare nelle situazioni di comorbidità?

Dr.ssa Molinaro

Ricollegandomi a quanto detto dalla dottoressa Camposeragna, la risposta è che la non aggregazione tra sistemi è un ostacolo grandissimo. Di fatto, la legge ci impedisce di ricostruire il percorso relativamente alle persone che sono in carico nei servizi. Come detto dalla dottoressa Camposeragna, il flusso SIND è estremamente ampio e contiene non solo informazioni sanitarie, ma anche informazioni di tipo sociale e le abitudini di uso. Per riuscire a descrivere i soggetti in carico ai servizi e quindi la domanda di trattamento, sarebbe importantissimo poter integrare questo flusso almeno con gli altri flussi sanitari e sarebbe un sogno poterlo integrare con altre anagrafi come quelle sociali, per capire veramente chi sono i soggetti che chiedono aiuto per il loro comportamento di uso di sostanze. Recentemente abbiamo avuto esperienza di uno studio di mortalità fortemente voluto dall'EMCDDA (Osservatorio Europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze) e supportato e sostenuto dal Dipartimento Politiche Antidroga, che non è riuscito a passare dalle maglie della normativa sulla privacy. In questo studio si volevano incrociare i dati dei soggetti che erano stati in carico presso

i servizi di alcune Regioni, che avevano già accettato di mettere a disposizione i loro dati, con le anagrafi chiaramente anonimizzate. Il ricercatore non avrebbe in alcuno modo potuto risalire al paziente. Si volevano incrociare i dati con altre tipologie di consumi sanitari, in particolare si voleva capire quanti di questi pazienti fossero deceduti nei vent'anni di trattamento, informazione che spesso si perde quando i soggetti non sono più in carico ai servizi. Tali pazienti possono aver smesso di fare uno di sostanze ma aver sviluppato, anni dopo, delle comorbidità che possono essere legate all'utilizzo pregresso di sostanze. Abbiamo aspettato 2 anni ma non siamo riusciti a venirne a capo da un lato perché non si è trovato un accordo su chi era il titolare del trattamento dei dati e chi era invece il responsabile, dall'altro perché l'algoritmo che avremmo utilizzato per identificare i soggetti non poteva essere usato se non si risaliva ai circa 30.000 utenti seguiti da 7 Regioni in vent'anni (molti dei quali deceduti) per chiedere loro se si poteva utilizzare le loro informazioni ed incrociarle con le schede di mortalità. Questo è chiaramente impossibile e rende inutilizzabile un importante capitale informativo. Pensiamo a quale potrebbe essere il potere informativo di questi dati incrociati a stratificare la popolazione dei soggetti in carico ai servizi per capire realmente quali altre patologie hanno sviluppato in concomitanza o seguito dell'utilizzo di sostanze. Già da anni si parla di un'integrazione fra l'anagrafe SIND e l'anagrafe della salute mentale che potrebbe avere anche in questo caso una serie di sovrapposizione. Sta di fatto che, quando si parla di utilizzo dati, ampliamento delle tecnologie e real patients data, ci dobbiamo limitare ai dati estratti da trial clinici o studi clinici che sappiamo avere moltissime limitazioni perché dobbiamo costruire delle basi di dati ad hoc per la ricerca che dovrebbero servire a dare risposte dopo moltissimi anni. Pensiamo al più grande studio sulla mortalità nell'ambito delle dipendenze, lo studio VEdeTTe, a quanto sia costato e a quello che ha prodotto. Oggi, ripetere un VEdeTTe sarebbe sicuramente un carico enorme in termini di risorse, mentre si potrebbe in parte ovviare alla mancanza di informazioni provando ad incrociare i flussi di dati. Non poter utilizzare e integrare il flusso SIND è quindi un grande danno alla salute pubblica e alla collettività.

Cosa ne pensate dell'utilizzo del Counseling in ambito pubblico? Si potrebbe ad esempio utilizzarlo nei Ser.D per fare accoglienza, orientamento e sostegno sia ai pazienti che ai familiari?

Dr. Somaini

Per rispondere a questa domanda dobbiamo definire cosa sia il counseling. Il counseling prevede l'applicazione da parte di un professionista (che non deve essere un professionista con una specializzazione particolare) di una serie di tecniche, abilità e competenze finalizzate a facilitare il cliente nell'uso delle proprie risorse affinché possa trovare delle soluzioni al problema portato dal paziente stesso. Si tratta di un intervento "aspecifico" centrato su quello che il paziente porta come sua problematica esistenziale e di vita in quel momento. Essendo una tecnica di relazione e di aiuto ed essendo i nostri servizi orientati alle relazioni di aiuto, personalmente ritengo che il counseling dovrebbe essere patrimonio comune di tutti gli operatori che fanno parte dei nostri servizi. Ho fatto questa premessa perché il counseling si differenzia da altri interventi più strutturati come la psicoterapia perché non richiede una specializzazione particolare. Tuttavia, essendo un intervento che richiede un insieme di tecniche e di abilità, dovrebbe rientrare in un percorso formativo che dovrebbe coinvolgere tutti gli operatori dei servizi Come sottolineato dal dott. Mammana, questo percorso formativo potrebbe avvicinare e le differenti figure professionali presenti all'interno dei servizi, orientandole su un percorso comune. L'altra cosa interessante del counseling è che ha un campo di attenzione molto vasto e può essere utilizzato in diverse aree del nostro lavoro come ad esempio la promozione della salute, la prevenzione del disagio, la prevenzione delle malattie correlate alle tossicodipendenze, l'adesione a un percorso di cura o a un trattamento farmacologico. Il counseling è una tecnica molto versatile che richiede pochissimo investimento in termini di tempo ma che è estremamente potente perché lavora su ciò che il paziente porta come problema particolare;

esso è quindi molto centrato sul cliente e su una relazione di aiuto. La mia risposta dunque è assolutamente sì e personalmente penso che dovrebbe essere patrimonio comune di tutti gli operatori nel campo delle dipendenze.

L'importanza di arricchire le banche dati con i dati provenienti dalla tossicologia forense è indubbia.

Come potrebbe essere strutturato un flusso standardizzato e integrabile con gli altri esistenti?

Prof.ssa Favretto

Sicuramente per avere un flusso bisogna essere in due poiché il flusso parte da qualcuno e arriva a qualcun altro. Noi, come Tossicologia Forense, abbiamo alzato la mano per dire che i tossicologi sono disponibili a raccogliere dati e a fornirli a chi li richiede per una finalità ben chiara. Noi abbiamo pensato che il DCSA e/o DPA potessero essere un referente centrale, ma accettiamo proposte anche da parte di altri colleghi. Noi abbiamo bisogno che qualcuno ci chieda di fornirgli i dati. Avevamo pensato al DPA come possibile centro per la ricezione dei dati, perché si occupa ogni anno della pubblicazione della Relazione al Parlamento nella quale potrebbero essere raccolti anche i dati sui decessi. È dunque necessario che qualcuno decida chi accoglierà i dati e solo avendo anche l'altro estremo del flusso potremmo organizzarlo. Abbiamo pensato che ogni tossicologia forense che esegue accertamenti tossicologici possa predisporre, assieme al medico legale che ha svolto gli accertamenti autoptici, una scheda integrata in cui sarà naturalmente rispettato al massimo l'anonimato, ma in cui devono essere presenti dei dati clinico-anamnestici della morte. Le schede potranno essere raccolte ogni mese e la sede centrale della tossicologia forense potrebbe curare la raccolta delle schede e la loro semestrale o annuale consegna con un minimo di elaborazione statistica al referente centrale, che deve essere chiaramente identificato. La prima cosa che vorremmo è sapere a chi fornire i dati, siamo poi disponibili ad organizzare il flusso.

Non ho capito se sia possibile istituire una scuola di specializzazione in medicina delle dipendenze, o una scuola a cui possano accedere medici, psicologi e altri laureati, sulla clinica delle dipendenze.

È possibile sulla base della normativa attuale un percorso istitutivo?

Dr.ssa Zilli

Come dicevo ieri, le scuole di specializzazione sono corsi di formazione post-lauream ad alta formazione che hanno necessità per la loro istituzione di essere previste per legge o per direttive comunitarie. Ci sono scuole di specializzazione di area sanitaria ad accesso per i medici, previste dalle direttive comunitarie attuate con legge in Italia, e, fra queste, non mi risulta che sia prevista una tipologia specifica di scuola di specializzazione in Medicina delle dipendenze. Alla previsione normativa segue la costruzione di un ordinamento didattico con l'individuazione di settori scientifico disciplinari a cui fanno riferimento le attività formative seguite dagli specializzandi e a cui afferisce il personale docente. Volevo introdurre un ulteriore elemento che mi sembra un importante elemento di riflessione. In Italia e in Europa la formazione medica specialistica è remunerata quindi la programmazione del numero di contratti che vengono annualmente assegnati alle varie tipologie di scuole di specializzazione segue una programmazione del fabbisogno di medici specialistici da formare effettuata dal Ministro della Salute e dalle Regioni, insieme al MUR e al Ministero dell'economia e finanze. Il percorso istitutivo quindi, oltre alla necessità di una previsione normativa, deve essere in qualche modo accompagnato da un fabbisogno di medici da formare e quindi da una programmazione delle risorse in relazione alle nuove tipologie da istituire. Si dovrebbe dunque fare una riflessione insieme al Ministero della salute e al Ministero

dell'economia e finanze. Per quanto riguarda gli psicologi, come dicevo ieri, c'è stato un recente riordino delle scuole di specializzazione di area psicologica che vengono attivate nell'ambito di tipologie e classi già istituite nel decreto di riordino.

I Ser.D hanno un immenso patrimonio esperienziale, ma a questo non corrisponde un sapere codificato e trasmissibile. Per chi da anni lavora con i servizi, la cosa più evidente è che non c'è nemmeno una visione unica del fenomeno, delle sue cause e delle soluzioni possibili, nemmeno nella singola équipe. Ci sono, ad esempio, differenti visioni tra figure mediche e figure sociali, tra clinici e tecnici della prevenzione, tra operatori del Ser.D e operatori della Riduzione del Danno.

Come si pensa di affrontare questo problema?

Dr.ssa Amendola

Questa è una domanda che può riassumere il tema di questo Tavolo ovvero la necessità di sintetizzare la letteratura che esiste in Italia e che varie realtà universitarie e società scientifiche hanno prodotto, come descritto anche dalla dott.ssa Davoli. Non vorrei sbagliarmi ma la dottoressa Davoli parlava di circa 350 pubblicazioni, che non è poco. Il funzionamento dei servizi nella diagnosi, nella cura, nella riabilitazione e nella prevenzione può funzionare come un unico cervello e questo ha un peso e un valore per quanto riguarda l'offerta di cura. Il funzionamento dell'équipe professionale di supporto fa da specchio per i risultati in termini di cura e prevenzione. Sono convinta che, dove c'è un buon funzionamento nel lavoro multiprofessionale all'interno dei servizi, l'offerta del servizio stesso aumenta in termini di risposta e di qualità. Ritornando a quello che diceva la domanda, non credo ci sia una differenza tra figure mediche e sociali o tecnici e clinici della prevenzione, è chiaro che ognuno, nel proprio ambito, ha una visione parziale se si restringe solo alla propria professionalità ma, come insegna la storia delle dipendenze, laddove c'è maggiore integrazione professionale sul territorio c'è anche una maggiore capacità di risposta. Questo problema si può affrontare come abbiamo fatto nella discussione di ieri ed oggi, cioè cercando di trovare i dati clinici ma anche sociale di tutti i lavori che sono stati fatti negli anni (ma negli ultimi 5 anni sarebbe più che sufficiente) da tutte le istituzioni che hanno lavorato nell'area delle dipendenze. Solo questo basterebbe per rendersi conto di quanto sia stato fatto fino ad oggi nell'ambito delle dipendenze.

Un aspetto della formazione da non trascurare è quello del lavoro nell'organizzazione, in questi tempi di cambi delle organizzazioni tanto più necessaria.

Dr.ssa Davoli

Sono perfettamente d'accordo con questo commento. Parlando di una Tavola che si occupa di ricerca scientifica, il tema della ricerca organizzativa sia un tema di interesse, anche per la ricerca sanitaria in generale, e quindi lo è anche nel campo delle dipendenze.

È possibile attribuire - almeno in parte - la mancanza di disponibilità di ricerca "solida" nel settore delle dipendenze alla scarsità di copertura delle piante organiche, al turnover pressoché nullo degli operatori (con età media superiore ai 55 anni - dati CGL) e ingressi di nuovi operatori centellinati, e al fatto che in molte Ministero della Salute il ricadere delle dipendenze entro l'ombrello del Dipartimento di salute mentale privilegia l'ambito psichiatrico riducendo la disponibilità per le dipendenze?

Dr.ssa Davoli

Il problema delle piante organiche non riguarda solo la ricerca, ma riguarda innanzitutto l'assistenza. Una adeguata, ma non ipertrofica, pianta organica garantisce una migliore assistenza, soprattutto se il personale è professionalizzato e quindi segue quello di cui abbiamo parlato come percorsi di aggiornamento e formazione. Il tema della ricerca però, a mio avviso, non ha a che fare con la dimensione della pianta organica se non per quanto riguarda quello che dicevo prima e cioè che la ricerca deve essere strettamente legata alla assistenza: è chiaro che, se non c'è abbastanza personale per l'assistenza, lo stesso personale (che secondo me non deve essere diverso) non può fare ricerca. Nella domanda si chiede se la parte delle dipendenze viene in qualche modo schiacciata dalla parte psichiatrica, essendo i Ser.D per lo più incorporati all'interno dei Dipartimenti di salute mentale. Tuttavia, credo che questo sia esclusivamente un problema culturale. Inoltre, buona parte della ricerca in ambito psichiatrico in realtà è una ricerca for profit, ovvero una ricerca di trial sui farmaci. Trovo molta coerenza in tutto quello che stiamo dicendo: è importante una formazione degli operatori alla ricerca e un finanziamento della ricerca che deve prevedere personale che, all'interno dei servizi, faccia queste attività di ricerca con una parte del proprio tempo o con delle vere e proprie borse di ricerca. La dott.ssa Sabrina Molinaro citava lo studio VEdeTTe, con migliaia di persone coinvolte nella raccolta dei dati e nelle analisi. È stata un'esperienza che ha messo insieme un grande gruppo nell'ambito delle comunità terapeutiche, come suggerito giustamente dal dott. Chiamulera. Per cui, secondo me, non è un problema solo di pianta organica, è un problema soprattutto di cultura della ricerca.

In altri Tavoli tematici si è molto parlato del coinvolgimento delle persone che usano sostanze e del prezioso ruolo svolto dagli operatori pari negli interventi di RdD e Limitazione dei Rischi. Nonostante esistano molte esperienze, alcune ventennali, di presenza di operatori pari nell'equipe di lavoro dei servizi di RdD ad oggi non esiste un riconoscimento formale di questa figura. Non si ritiene necessario lavorare alla definizione di un profilo degli operatori pari che potrebbe essere assimilabile alla figura del mediatore e alla definizione del percorso formativo che non sia necessariamente universitario? Credo importante portare questo tema all'attenzione di questo Tavolo anche in considerazione di un'auspicabile applicazione dei LEA sulla riduzione del danno e la relativa definizione di standard nonché anche di personale.

Dr. Boschini

Rispondo in base a quelle che sono le mie competenze. Io ho avuto esperienza essenzialmente di attività lavorative all'interno di comunità terapeutiche quindi non conosco bene l'ambito della riduzione del danno, degli interventi su strada, ecc. Riguardo alla domanda fatta, rispondo probabilmente in maniera parziale. Io credo molto nel ruolo di counseling o anche di ruoli più importanti delle persone che hanno un'esperienza diretta di dipendenza pregressa. Nelle principali comunità terapeutiche quasi tutte le persone che hanno la responsabilità di portare avanti le comunità sono persone che, a loro volta, hanno avuto problemi di dipendenza anche 20 o 30 anni prima. Sono convinto che queste figure vadano valorizzate ed abbiano una memoria storica molto importante della problematica della dipendenza negli ultimi decenni. Esse meritano certamente un riconoscimento che deve essere vincolato a una formazione specifica e tecnica che permetta quindi a chi ha la responsabilità della conduzione delle comunità di saper individuare e riconoscere quelle situazioni che meritano

un trattamento supplementare rispetto a quello che offre la comunità stessa. Io sono molto favorevole a questa proposta. Non conoscendo l'ambito della riduzione del danno non so se le persone a cui si fa riferimento sono volontari o sono persone che svolgono un'attività lavorativa vera e propria. So però che questo argomento è stato molto trattato nel nostro Tavolo, soprattutto dal dott. Mammana. Ho visto che questa problematica è risultata un po' sfumata nelle conclusioni e spero che in fase di rivalutazione del lavoro fatto questo aspetto venga ripreso perché io temo molto che il futuro delle comunità possa essere molto difficile se dovesse rinunciare a questo tipo di figure professionali.

Le caratteristiche chimiche delle sostanze, così come le caratteristiche psicologiche delle persone sono importanti per aiutarci a comprendere i modelli di uso di sostanze così come il livello di maggiore o minore dipendenza sviluppata dagli individui, ma non bisogna lasciare fuori una terza, altrettanto importante componente che è il contesto. Con contesto si intendono: leggi, rappresentazioni sociali, pregiudizi e stigmi, luoghi, modelli e stili di consumo. La ricerca sui consumatori che non arrivano ai servizi, intervistati sulle scene naturali di consumo, ci ha aiutato a cogliere il valore del contesto nel determinare la traiettoria di consumo delle persone e la loro capacità di autoregolare le esperienze di consumo.

È possibile immaginare un modello di ricerca che tenga conto di tutti e tre i fattori?

Dr. Pani

Direi che certamente è possibile immaginarlo. L'approccio riduttivo che guarda alla sostanza e agli effetti della sostanza sulla persona è utile perché consente in maniera più appropriata di valutare gli aspetti biologici o psicologici legati a queste determinanti. Il modello chiamato bio-psico-sociale tiene idealmente conto, a livello macro, di quelli che sono tutte le determinanti di una condizione di dipendenza da sostanze o comportamentale. Compresi certamente sia la sostanza che la persona e il contesto. Mi viene da pensare a uno studio sui primati in cui la sostanza era rappresentata dalla cocaina, l'individuo era rappresentato dalla scimmia e dal lavoro necessario per ottenere una dose di cocaina, mentre l'ambiente era rappresentato dall'alternativa alla cocaina, in quel caso la disponibilità di pellet di banana. La ricerca metteva in evidenza che la scimmia non era disposta a consumare qualunque dose della cocaina. Era disposta a consumarla se il lavoro richiesto non era eccessivo ed in relazione al rapporto tra quantità di cocaina e di pellet di banana disponibili. Sappiamo che ci sono caratteristiche individuali, genetiche, epigenetiche, legate all'età, al contesto dei pari, alle aspettative, allo stress (inclusi lutti, contesto familiare negativo, etc.) che hanno un peso decisamente rilevante. Ovviamente, oltre che studiare chi diventa dipendente, studiare chi non lo diventa e perché non lo diventa permette di avere strumenti in più anche per intervenire su chi diventa dipendente e ottenere risultati. Gli studi sugli animali confermano che se tiene un animale chiuso in una gabbia dove può solo utilizzare una sostanza d'abuso lui la utilizza e magari ne diventa dipendente, se invece se lo si pone in un contesto meno costringente dove ha possibilità di scelta la probabilità che diventi dipendente non è il 100%.

Il dott. Soli porta all'attenzione degli Esperti alcune osservazioni proposte dal pubblico.

In Italia mancano degli studi che valutino l'efficacia dei percorsi di riabilitazione e l'impatto del sistema penale sulle vite delle persone. In sintesi, che siano in grado di ancorare le politiche sulle droghe a dati di ricerca.

Le sostanze di abuso sono quelle che producono dipendenza, ma come sappiamo la dipendenza c'è anche senza sostanze, questa evidenza non può essere trascurata.

Senza mettere in discussione i rischi legati all'uso di cannabis, il problema della cannabis è che c'è una discrepanza enorme tra il fenomeno ben evidente della normalizzazione dell'uso e la normativa, che pure dovrebbe tenere conto delle norme sociali.

Sebbene un approccio medico alle dipendenze abbia avuto il vantaggio di togliere lo stigma relativo alla definizione di dipendenza come devianza sociale, la visione solo medica della dipendenza ha colpevolmente tolto l'attenzione dalle cause sociali, che sono evidenti nelle disuguaglianze di salute su questo tema (legate alle vulnerabilità socio economiche).

Quindi è necessario e prioritario portare l'attenzione sulle condizioni sociali che favoriscono le dipendenze e tenere conto delle molte riflessioni scientifiche maturate anche in campo sociologico e delle *policy*.

Ridurre i problemi di dipendenza alle sole questioni di ordine biologico e individuale non permette di formulare piani di prevenzione e politiche efficaci.

In questo Tavolo di Esperti questa parte non è rappresentata ed è un grosso limite.

Chiediamo che si tenga in considerazione in sede di Conferenza, la ricerca qualitativa, un importante strumento di ascolto e di partecipazione democratica.

Desidero segnalare che esiste un vuoto legislativo che impedisce l'accesso a formazione e specializzazione universitaria ad operatori sanitari ed educativi che lavorano da 25/30 anni. Questo crea una situazione in cui c'è ancora personale (insegnanti, infermieri, caposala) che non possono formarsi, laurearsi, accedere ad un master.

Ritengo molto importante che la formazione sia accessibile a tutti coloro che a vario titolo possono esserne interessati, sia a livello di equipe che individuale, considerando pure le persone che hanno avuto percorsi comunitari pregressi e che desiderano formarsi.

Penso sia fondamentale considerare i percorsi lavorativi, di formazione ed esperienziali acquisiti e non esclusivamente didattici.

Alcune domande e considerazioni, arrivate dal pubblico iscritto al Tavolo Tecnico nella seconda giornata dei lavori, vengono qui riportate nonostante non sia stato possibile offrire una risposta durante i lavori.

Mi pare di notare una proliferazione di piattaforme gestionali cliniche informatizzate che assolvano ai debiti informativi. Vorrei chiedere se l'esperienza maturata qualche anno fa dai Dipartimenti per le Dipendenze con l'adozione da parte di molte regioni di una unica piattaforma gestionale clinica per i pazienti (ex MFP, attualmente con il nome di GEDI realizzato da CIDITECH) potrebbe essere riproposta con forza e uniformità; questo per ovvi motivi di raccolta e analisi dati. Grazie.

Sarebbe importante nei prossimi appuntamenti organizzati dal DPA che i criteri di individuazione e selezione degli esperti fossero espliciti e trasparenti. A un tavolo che tratta la ricerca dovrebbero essere invitati i ricercatori che hanno il maggior numero di pubblicazioni scientifiche sul tema (e che siano recenti). Inoltre si è detto che il tavolo era multidisciplinare, ma non lo è in quanto comprende quasi solo profili medici, mentre tutto il sapere accumulato dalle scienze sociali sul tema, imprescindibile per orientare la prevenzione e le policy, non ha trovato nessuno spazio

La formazione per essere veramente interdisciplinare e corrispondente (così come anche la pratica in realtà) non dovrebbe correre il rischio di essere inscatolata entro i contenitori organizzativi dove sembra confluire le professioni più che le discipline. Es. il termine medicina delle dipendenze si presta ad essere affiancata da psicologia delle dipendenze, psichiatria delle dipendenze ecc. Come fare per ovviare a questo rischio mantenendo la complessità che tiene insieme salute mentale, salute fisica e salute pubblica? Forse bisognerebbe essere creativi e trovare parole nuove e contenitori formativi che siano effettivamente anch'essi trasversali quando si arriva ad essere ciascuno specializzato nella propria disciplina. Immagino un percorso per gradi: cosa dovrebbe assicurare come conoscenze e competenze di base la formazione dei medici/psicologi/ ecc. universitaria, cosa le specializzazioni. Inoltre come integrare la formazione con la professione, vedi ordini professionali?

Integrare tre prospettive disciplinari in una stessa ricerca può essere complicato per ragioni metodologiche, di equipe e di fondi, ma non è necessario fare tutto insieme! Basta promuovere tutti i tipi di ricerca e dare loro pari dignità e visibilità, integrando le conoscenze pervenute nei diversi ambiti, includendo anche le ricerche (qualitative) che danno voce ai consumatori.

Il riconoscimento formale della figura dell'operatore merita un approfondimento.

6.5.3 Conclusioni

Dr.ssa Davoli

Prenderemo in considerazione tutti i contributi. Mi sembra che ci siano dei punti comuni molto chiari. È stata data enfasi sul bisogno di un'anagrafe della ricerca; sul bisogno di un processo esplicito di definizione delle priorità di ricerca; sul bisogno di un programma sistematico di disseminazione delle conoscenze basate sulle evidenze; sul bisogno di un programma di validazione di esito degli interventi, ovunque essi vengano offerti; bisogno di professionalizzazione, di aggiornamento e di formazione continua basata sulle evidenze degli operatori dei servizi; bisogno di percorsi di specializzazione post-lauream e bisogno di qualità e integrazione dei dati. Questi sono punti comuni a tutto quello che abbiamo sentito oggi.

Relazione Tecnica del Coordinatore

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze

a cura di Marina Davoli

Esperti partecipanti:

Maria Francesca Amendola, Antonio Boschini, Antonella Camposeragna, Cristiano Chiamulera,
Guido Faillace, Donata Favretto, Cristina Meneguzzi, Sabrina Molinaro, Roberta Pacifici, Pierpaolo Pani,
Carla Rossi, Lorenzo Somaini, Maria Giovanna Zilli, Giuseppe Mammana



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

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'alcol 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, il loro cambiamento 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.

Integrazione flussi

- 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

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, Burrone 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, Burrone 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/I-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] https://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>

[6] <https://pne.agenas.it/>



Le statistiche

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze

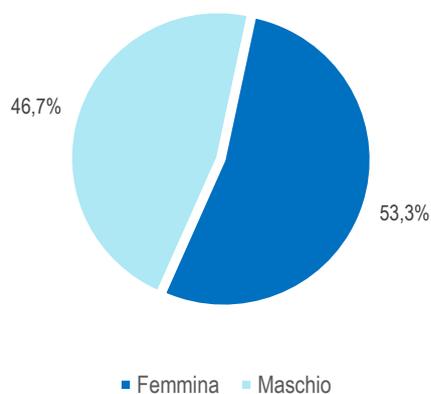


8.1 Gli Esperti

Ai lavori del Tavolo Tecnico hanno partecipato in totale 15 Esperti, per il 53,3% di genere maschile.

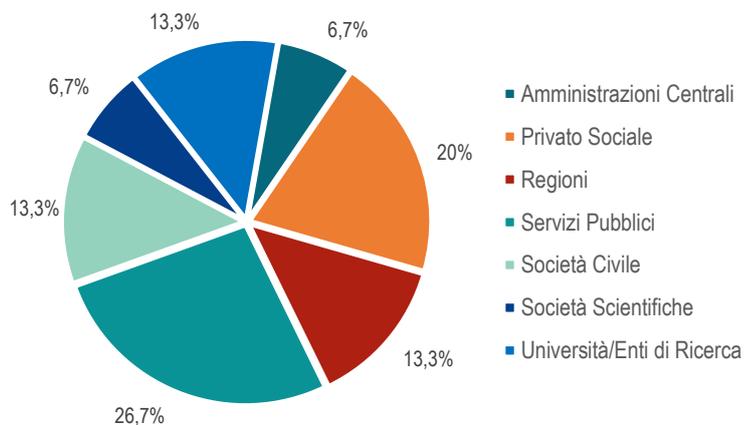
Servizi Pubblici e Privato Sociale sono i più rappresentati con, rispettivamente, il 26,7% e il 20%. Seguono, rappresentati in egual misura (13,3%), le Regioni, la Società Civile e le Università/Enti di Ricerca e, con il 6,7% le Società Scientifiche e le Amministrazioni Centrali.

Figura 8.1.1 – Percentuale degli Esperti per genere



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Figura 8.1.2 – Percentuale degli Esperti per ente di appartenenza

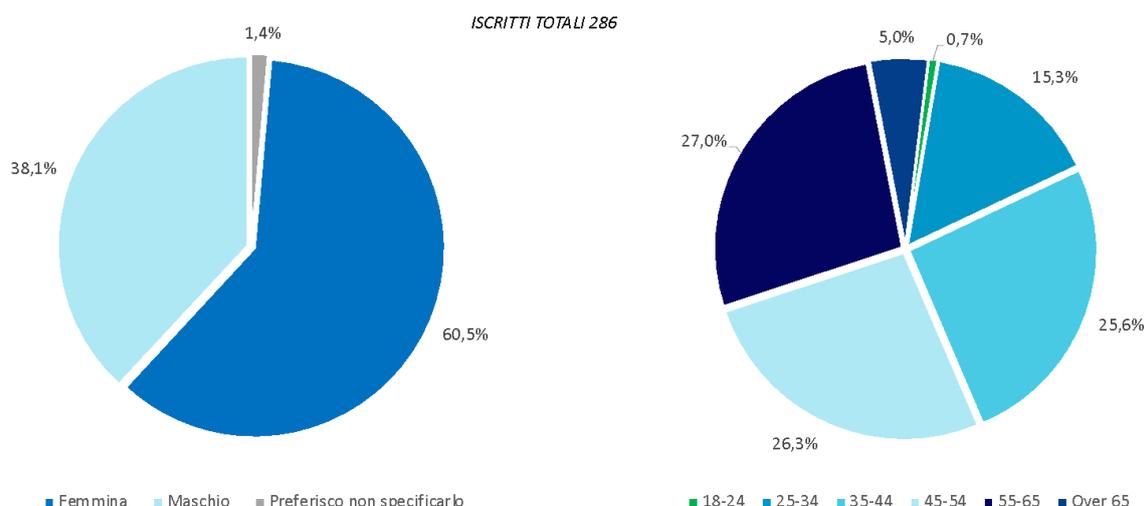


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

8.2 Il pubblico iscritto

Dei 286 partecipanti iscritti ai lavori del Tavolo il 60,5% è di genere femminile, il 38,1% di genere maschile e il restante 1,4% preferisce non indicare il proprio genere. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dai 55 ai 65 anni (27%), seguita da quella dei 45-54enni (26,3%), dei 35-44enni (25,6%) e dei 25-34enni (15,3%). Meno rappresentata nel campione degli iscritti la fascia degli over 65 anni (5%) e quasi assente (0,7%) quella dei più giovani (18-24 anni).

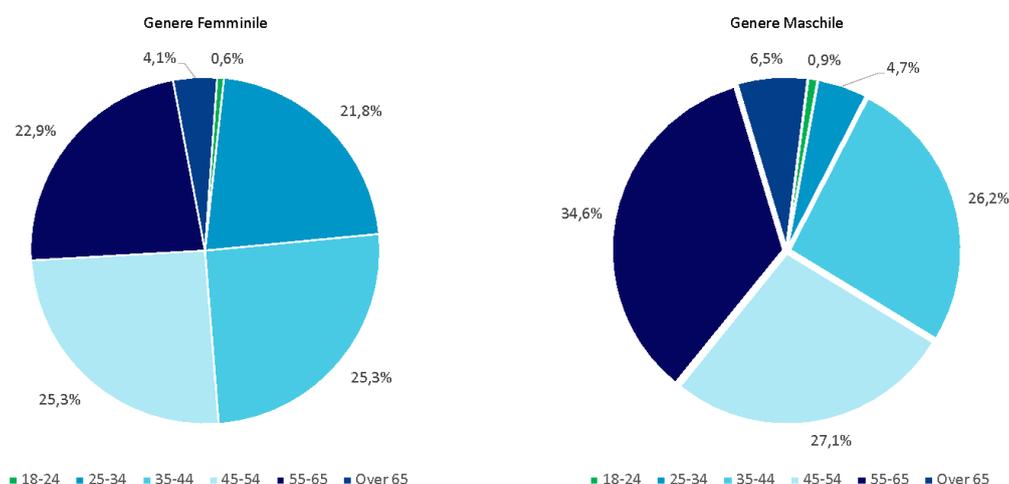
Figura 8.2.1 – Percentuale degli iscritti al Tavolo per genere e fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per genere e fasce di età mostra che tra le iscritte il 25,3% ha un'età tra i 35 e i 44 anni, il 25,3% tra i 45 e i 54 anni, il 22,9% tra i 55 e i 65 anni e il 21,8% tra i 25 e i 34 anni. Tra gli spettatori di genere maschile il 34,6% è nella fascia di età 55-65 anni, il 27,1% e il 26,2% hanno, rispettivamente, tra i 45 e i 54 anni, e tra i 35 e i 44 anni.

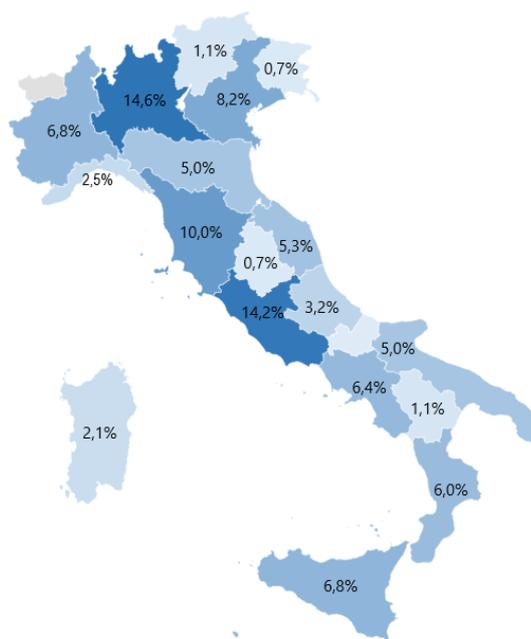
Figura 8.2.2 – Distribuzione degli iscritti di genere femminile e maschile per fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

In termini di distribuzione regionale, il campione degli iscritti al Tavolo mostra un'ampia partecipazione dalle regioni Lombardia (14,6%), Lazio (14,2%) e Toscana (10%), seguite da Veneto (8,2%), Piemonte e Sicilia (6,8%).

Figura 8.2.3 – Distribuzione percentuale degli iscritti per regione di provenienza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

L'analisi delle informazioni raccolte al momento dell'iscrizione, consente di rappresentare la distribuzione percentuale delle affiliazioni degli iscritti al Tavolo Tecnico, come mostrato in Figura 8.2.4. I dati mostrano un'ampia partecipazione da parte di iscritti provenienti dalle Strutture Pubbliche (34,9%) e dal mondo del Privato Sociale (27,4%) e delle Cooperative Sociali (21,4%).

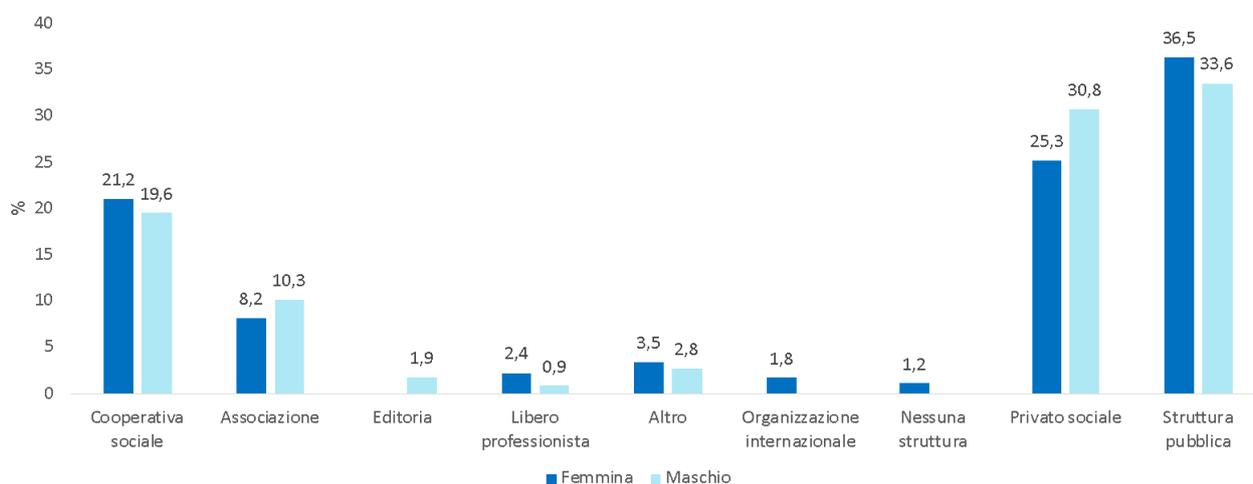
Figura 8.2.4 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La stessa distribuzione osservata per genere mostra che nelle Strutture Pubbliche e nelle Cooperative Sociali, la partecipazione femminile è più alta di quella maschile.

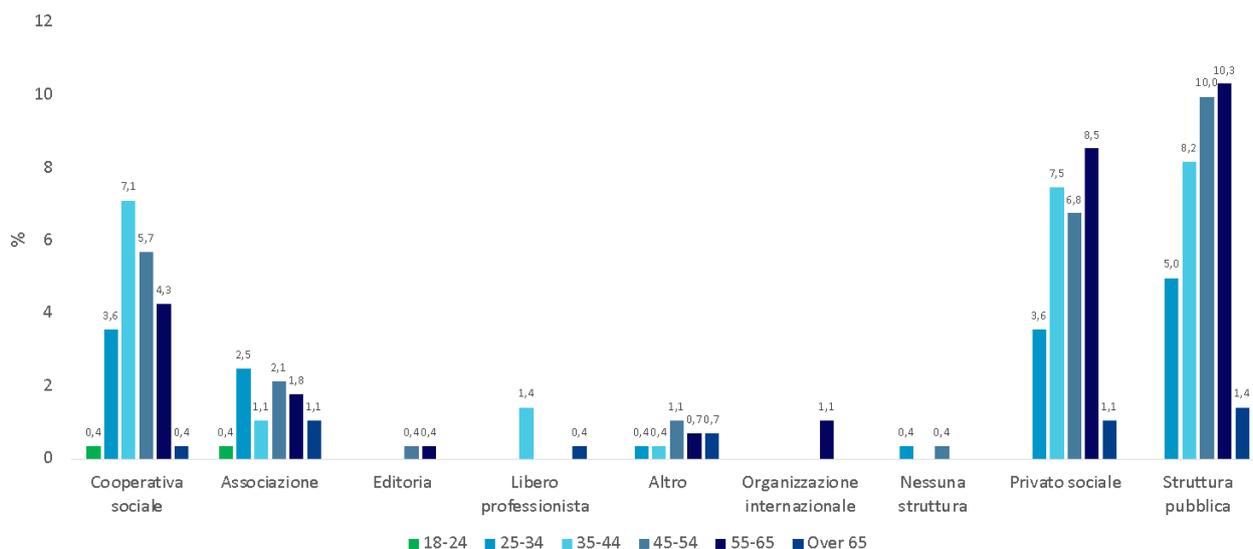
Figura 8.2.5 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per fasce d'età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Tra gli iscritti appartenenti alle Strutture Pubbliche e nel Privato Sociale la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 55-65 anni. Nel Privato Sociale seguono i 35-44enni che invece, nei Servizi Pubblici, sono superati dalla fascia 45-54 anni.

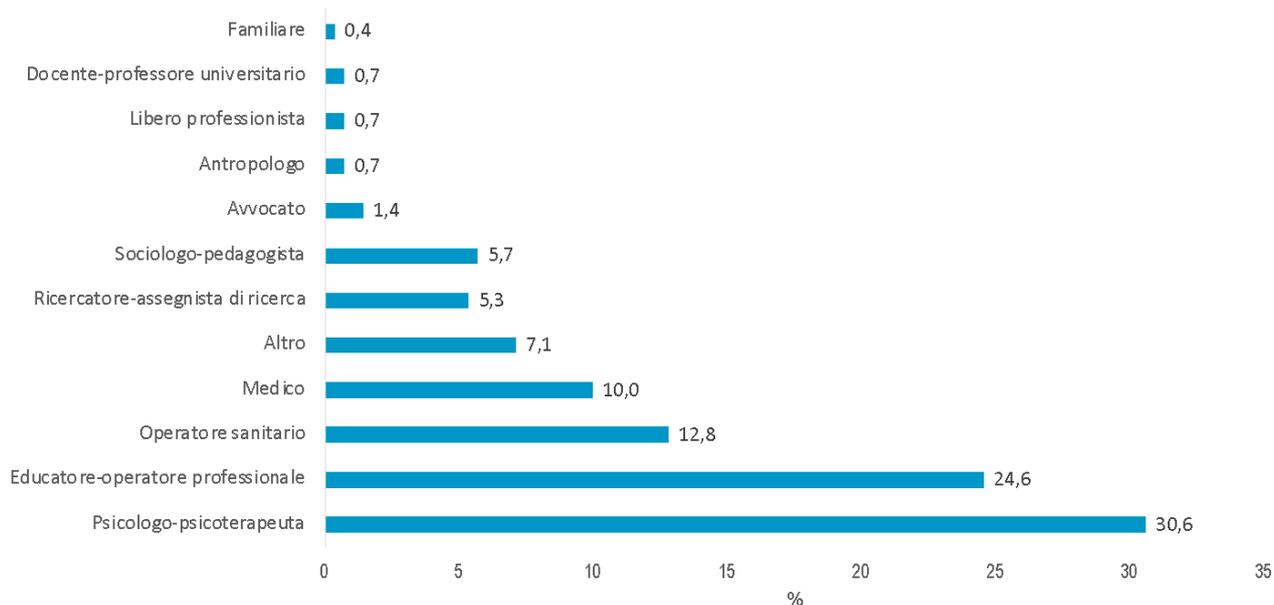
Figura 8.2.6 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per genere



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Infine, la Figura 8.2.7 mostra la percentuale di professioni riferite dagli iscritti al momento della registrazione al Tavolo Tecnico. I dati evidenziano un'ampia partecipazione di psicologi ed educatori-operatori di comunità, seguiti da operatori sanitari e personale medico.

Figura 8.2.7 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC



Appendice

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze



9.1 Dr.ssa Maria Francesca Amendola – Formazione e bisogni formativi

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Tavolo tecnico 7

**Ricerca scientifica e formazione nell'ambito
delle dipendenze**

Formazione e bisogni formativi

2 - 3 novembre
Online

Mari Francesca Amendola

Formazione e bisogni formativi

La normativa vigente in materia di "tossicodipendenze" L. 309/90:

- Centrata su aspetti sanzionatori e di controllo
- Un assetto giuridico non più corrispondente alla realtà dei Servizi per le Dipendenze
- Popolazione di riferimento anni '90
- Cambiamenti relativi alla tipologia di sostanze utilizzate - Dipendenza senza sostanza non rilevata-
- Una regolamentazione non attuale che non pone sufficiente attenzione al problema di Sanità Pubblica per come posto in essere negli anni dal Ministero della Salute :LEA, Piano Nazionale Prevenzione, Piano Cronicità



Formazione e bisogni formativi

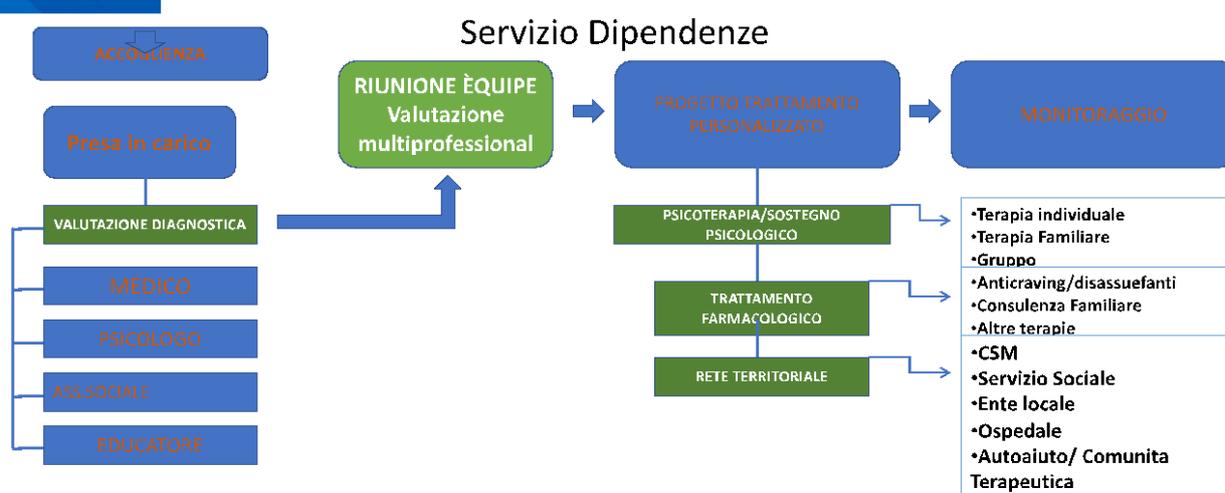
- Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017) l'art. 28 recita: "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche: Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu avanzate evidenze scientifiche ..." ed a seguire tutte le funzioni e le azioni esplicite della attività svolte dai servizi pubblici e dal privato sociale accreditato.
- Relazioni annuali del Ministro al Parlamento Dipendenze /Alcol

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

3



Formazione e bisogni formativi



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7



Formazione e bisogni formativi

- Patrimonio delle esperienze Servizi Dipendenze -Prevenzione ,diagnosi e cura , riabilitazione, presa in carico multiprofessionale ,lavoro in equipe, lavoro di rete
- Patrimonio nella ricerca ,evidenze scientifiche ,elaborazione dati epidemiologici
– ISS, Società Scientifiche specifiche del settore-
- Percorsi di formazione funzionali ai bisogni di salute del territorio
- Percorsi di formazione sulla base di una ricognizione dei bisogni formativi professionisti Servizi Dipendenze
- Percorsi di formazione che includano professionisti dei Servizi Pubblici ,Società Scientifiche Federserd SIA SITD

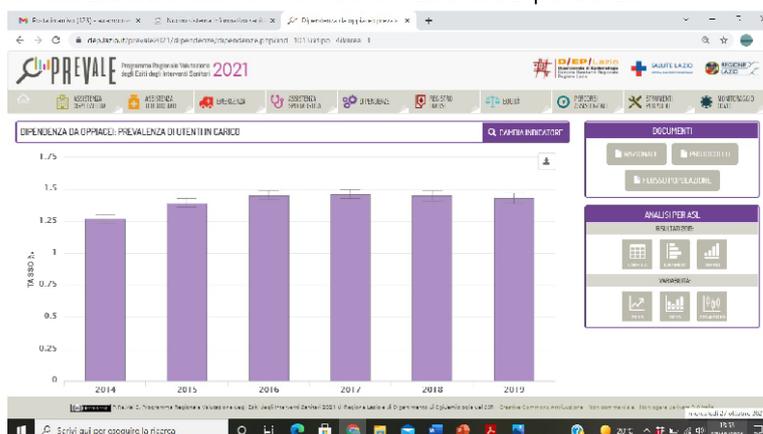


Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi

Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Possibile utilizzo di dati amministrativi per monitoraggio del fenomeno e studi epidemiologici

- informazioni cliniche utili per la descrizione e il monitoraggio del fenomeno A livello regionale interconnessione flussi previa pseudoanonimizzazione
- Consenso informato per condurre studi epidemiologici



senza una raccolta dati standardizzata, completa e di qualità, qualunque sistema di monitoraggio non può essere né tempestivo né efficace

3



Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi

Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Alcuni esempi di criticità nell'attuale SIND

- «Terapia sostitutiva oppioidi»: nessuna distinzione tra MMT e DMT, così come regime in affido
- I dati sul monitoraggio HIV e HCV sono inconsistenti
- Debiti informativi inevasi (e.g. ECDC's Dublin Declaration monitoring su IDU con test HIV)



Maggior raccordo con le Regioni che alimentano il SIND



Maggior raccordo (A&F) con le i servizi per le dipendenze pubblici e del privato sociale accreditato (maggiori specifiche sui servizi (semi)residenziali)

4

Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi

Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Alcuni esempi di criticità nell'attuale SIND

- «Terapia sostitutiva oppioidi»: nessuna distinzione tra MMT e DMT, così come regime in affido
- I dati sul monitoraggio HIV e HCV sono inconsistenti
- Riduzione dei debiti informativi (e.g. ECDC's Dublin Declaration monitoring IDU test HIV)



Maggior raccordo (A&F) con le i servizi per le dipendenze pubblici e del privato sociale accreditato

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

5

Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi

Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

??? Dipendenza da alcol (Disturbo Uso di Alcol)

??? Dipendenza da gambling (Disturbo da Gioco d'Azzardo)

Necessità di Dati provenienti da altri sistemi informativi

- Dati di mortalità:
 - Non solo Ministero dell'Interno DCSA
 - Dati ISTAT
 - Registri Regionali di Mortalità
- Dati dei pronto soccorso per intossicazioni acute
 - EMUR
- Dati relativi alle DAA
- Flussi sanità penitenziaria

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

6



Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi

Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Un'attenzione particolare al carcere

- L'ambito di applicazione del flusso SIND prevede il carcere, laddove la persona abbia un problema di dipendenza/uso di sostanze lecite e illecite
- Pochi dati sulla salute delle persone in carcere nonostante il carcere sia spesso il primo incontro tra alcuni di loro con il SSN
- 10.852 dei 35.280 ingressi in carcere nel 2020 sono avvenuti per imputazioni o condanne sulla base dell'art. 73 del 309/90. Quanti con DUS?
- Quali prestazioni sanitarie erogate alle persone con DUS in carcere (es MMT, DMT, prescrizioni di psicofarmaci, monitoraggio infezioni quali HCV, HIV)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

7



Cogliere le opportunità di migliorare la gestione dei flussi informativi

Suggerimenti per migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Miglioramento della completezza e della qualità dei dati raccolti

- A livello locale: audit e feedback dei monitoraggi regionali dei servizi di trattamento (SerD e servizi residenziali e semiresidenziali)
- Monitoraggio anche di attività di RdD e LdR (solo per conoscere processi e volumi)
- Standardizzazione dati anche dei flussi amministrativi
- A livello nazionale definire indicatori di esito e
- Avvio di processi mirati per la valutazione comparativa tra servizi

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

8



Grazie p

9.3 Prof.ssa Carla Rossi - Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga': alcune importanti criticità da correggere

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 7

**Ricerca scientifica e formazione nell'ambito
delle dipendenze**

2 - 3 novembre
Online

Prof. Carla Rossi

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Alcune importanti criticità da correggere

Temi

- Dati amministrativi ufficiali;
- Osservatorio DPA, Dipartimento per la Trasformazione Digitale e PNRR;
- Alcune criticità di carenze e di schema in basi dati ufficiali;
- Problemi nella difficoltà di stima del mercato derivanti da dati DAP e DCSA;
- Il grave problema dei codici identificativi **sghebbi** tra le fonti;
- Esempio di uso di dati per la valutazione degli effetti delle leggi in vigore sui consumatori segnalati.

Non si può parlare di survey per mancanza di tempo, ma è un argomento molto importante per 'conoscere' i consumatori problematici (HRDU).

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Dati amministrativi ufficiali in Italia: Osservatorio DPA, Dipartimento per la Trasformazione Digitale e PNRR

- Lo schema completo dei dati amministrativi e delle fonti è online [1];
- Relativamente al progetto Eranid-IDPSO [2] sono online le analisi dei dati ufficiali, non solo amministrativi, che mostrano tutte le limitazioni e le modifiche importanti da apportare alle basi di dati [3], rapporto inviato al DPA.
- Attualmente il PNRR fornisce finanziamenti per la digitalizzazione integrata, occorre stabilire un contatto tra Osservatorio DPA e Dipartimento per la Trasformazione Digitale presso la Presidenza del Consiglio per modificare bene i flussi e la loro struttura.
- Presenterò ora solo pochissime criticità nel poco tempo disponibile.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

3

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Criticità 1. DAP: dati di incidenza e prevalenza in carcere per soggetti consumatori e soggetti con reati relativi ad artt. 73 e 74

- Purtroppo nella base dati DAP alle unità statistiche, soggetti ristretti, non sono collegate le variabili relative al reato o ai reati e specificazioni importanti come la sostanza o le sostanze di spaccio o il tipo di altro reato, furto, rapina...
- L'informazione mancante è importante perché i dati, forniti in formato opportuno, permettono l'uso di metodi di stima della dimensione della popolazione coinvolta nel reato art. 73, di valutare l'efficacia delle operazioni di contrasto ed effettuare stime di mercato, ma non si può suddividere il totale degli spacciatori stimati tra le sostanze di spaccio, se non ricorrendo esternamente ad altre informazioni, non sempre disponibili [4a e 4b]. Non mi occupo qui dell'art. 74 e delle organizzazioni criminali [5].
- L'informazione sulle sostanze non è in generale presente nei dati del Ministero della Giustizia, non solo nei dati DAP, mentre per permettere un monitoraggio efficace si dovrebbe riportare, come compare nelle denunce DCSA.
- Bisogna prevederla in futuro. In altri paesi compare.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

4

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Possibile progetto pilota per revisione base dati DAP

- Per affrontare subito il problema occorre **effettuare almeno indagini pilota all'interno delle carceri, eventualmente a campione**, come quella fatta qualche anno fa dal Direttore del Carcere di San Vittore, che ha fornito dati molto interessanti e utili [6].
- Si dovrebbe poi ridefinire la struttura della base dati per inserire le informazioni necessarie per il monitoraggio, importanti e corrette, suddividendo:
- i consumatori ristretti in: **coloro che sono dentro per spaccio** e **coloro che sono dentro per furto o altro reato...**
- **coloro che sono in carcere per art.73: in consumatori e non consumatori.**
- Questo attualmente non è in atto e porta a interpretazioni distorte dei dati disponibili. Anche Leopoldo Grosso e Stefano Vecchio hanno citato dati distorti, indicando circa il 30% come presenza in carcere per droga, mentre è oltre il 40%.

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Criticità 2. DCSA: dati sulle operazioni di polizia

- La struttura dei dati ha come unità statistica la singola operazione di polizia e come variabili le informazioni relative al numero di soggetti denunciati, quantità di sostanze sequestrate, nazionalità, genere dei soggetti denunciati.....
- Con questa struttura non è possibile analizzare i singoli soggetti, che non sono unità. Non è possibile dire quanti soggetti siano stati denunciati in un mese, un anno...ma solo quante denunce, non è possibile, quindi, sapere quante volte un soggetto è stato denunciato.
- Questa informazione è importante perché permette di utilizzare un metodo per stimare la prevalenza della popolazione di spacciatori.... previsto nelle linee guida EMCDDA [7].
- **Sarebbe importante impostare un progetto pilota, in collaborazione con DCSA, di solito disponibile, per una rilevazione a campione con unità il singolo soggetto denunciato e non l'operazione.**

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Problemi nella stima robusta del mercato derivanti dai dati DAP e DCSA

- E' ormai noto a livello mondiale che il metodo Eurostat utilizzato in EU produce una sottostima del mercato, perché basato sulla stima dei consumatori. Risultati presentati anche dal Direttore EMCDDA in una Conferenza presso UNODC.
- L'EMCDDA sta lavorando a un nuovo approccio per proporre un modello di stima utilizzando anche i dati derivanti dalle operazioni di contrasto del mercato come denunciati, sequestri, carcerazioni..., che non sono stime, ma dati osservati.
- Per il nuovo metodo è fondamentale la modifica dei dati DAP e DCSA.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

7

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Il grave problema dei codici identificativi sghembi tra le fonti, già citato da altri esperti

- Un argomento centrale riguarda, come criticità, il fatto che ogni fonte di dati amministrativi in Italia utilizza un codice identificativo delle unità 'proprio' e diverso da quello delle altre fonti. Ovvero i dati sono **sghembi**.
- Questo impedisce di seguire la 'carriera' dei consumatori, effettuare valutazioni e assumere decisioni efficaci per limitare l'impatto sanitario e criminale.
- E' anche impossibile utilizzare metodi di cattura-ricattura per stimare la prevalenza di consumatori specifici [9].
- Per rendere i dati efficacemente utilizzabili è necessario, in collaborazione con il MITD, arrivare a un codice unico per tutti i dati ufficiali nazionali [1]. Si potrebbero effettuare studi longitudinali importanti, anche dal punto di vista politico.....

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

8

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Dati completi su segnalazioni ma art.75 conosciuto scorrettamente

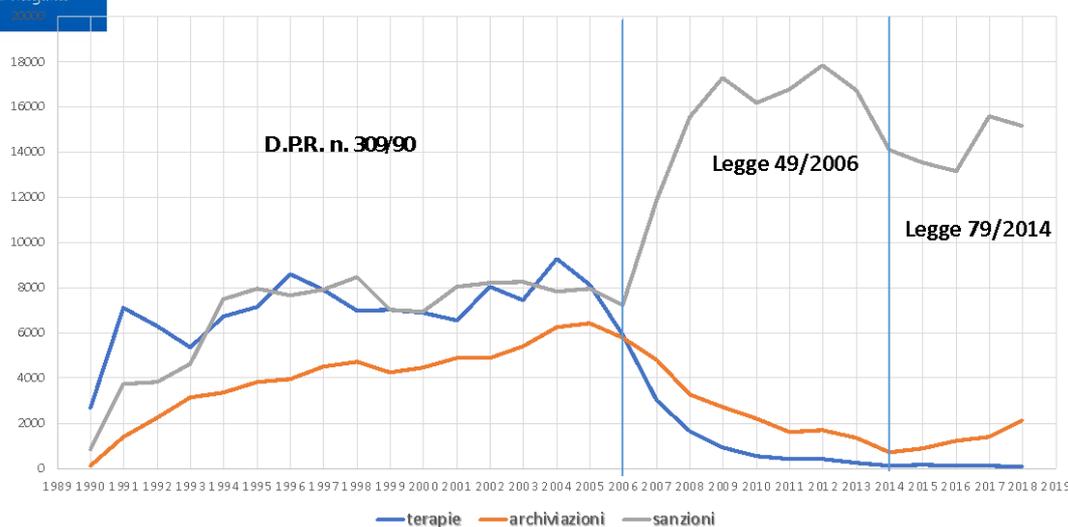
- La base dati del Ministero dell'Interno, relativa ai soggetti segnalati per art.75, è ben strutturata e contiene molte variabili di interesse, l'unità statistica è il soggetto segnalato, ma l'insieme non costituisce un campione rappresentativo, come spiegato in Eravid-IDPSO.
- I dati relativi alle conseguenze delle segnalazioni per art.75 permettono di valutare l'efficacia della politica e, soprattutto, diffondere conoscenza corretta della legge in vigore.
- Si ritiene in genere, persino in pubblicazioni di esperti, che la sentenza della Corte Costituzionale del 2014 abbia **riportato** la legge 49/2006 (Fini-Giovanardi) alla legge precedente (DPR 309/90) per artt. 73 e 75. Ma non è così perché, per i consumatori, è rimasta in vigore una parte 'pesante' dell'art.75 della legge 49/2006.
- Dall'analisi della serie temporale 1991-2018 nell'ambito del progetto Eravid-IDPSO, si è ottenuto il grafico che spiega molto bene la situazione e la necessità di una immediata correzione dell'art.75.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

9

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Conseguenze segnalazioni per i segnalati



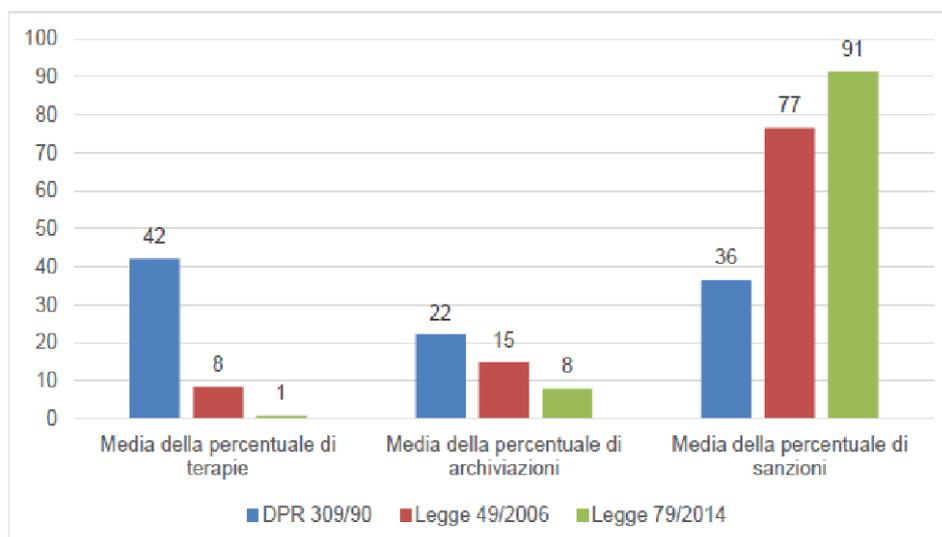
VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

10



Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Media in percentuale delle conseguenze di segnalazione



11

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7



Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

La legge 79/2014 non presenta l'art.75 come il DPR 309/90

- Per il DPR 309/90 era possibile che un segnalato sospendesse l'applicazione delle sanzioni entrando in terapia.
- Per la legge 49/2006, non si potevano comunque sospendere le sanzioni e, in caso, si entrava in terapia solo dopo.
- Per la legge 79/2014 continua a valere questa imposizione.
- In sostanza dal 2006 è abolita la possibilità di prevenzione secondaria che l'art.75 del 1990 aveva tra gli obiettivi, come riportato da Adriano Bompiani nella **RELAZIONE SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI** a proposito delle segnalazioni del 1991:

12

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Adriano Bompiani:

- *...La tendenza all'emersione del fenomeno della tossicodipendenza è confermata, oltre che dai dati relativi all'incremento dei tossicodipendenti in trattamento, anche dal numero delle segnalazioni effettuate dalle Forze di Polizia alle Prefetture.*
- *Si tratta di dati significativi, che consentono di formulare una valutazione positiva della funzione di recupero, o di prevenzione secondaria, affidata dalla nuova legge alle Prefetture, tenuto anche conto che circa il 60% delle segnalazioni hanno riguardato consumatori di droghe pesanti e solo il 36% consumatori di droghe leggere.*
- *In totale 23.380.*
- *Si tratta dei dati del 1991 mentre, già dal 1992, sono prevalenti le droghe leggere, in particolare la cannabis.*

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Modificare l'art.75 e la procedura, ora dei NOT Prefetture, e le conseguenze

- **Andrebbe anche modificata subito la procedura di colloquio con i segnalati, come suggerito dal confronto Italia-Portogallo [8] all'interno di un Progetto EU.**
- *In Portogallo le Commissioni per la dissuasione della tossicodipendenza, composte da esperti di diritto, salute e lavoro sociale, effettuano il colloquio e assistono i segnalati, generando un numero elevato di interventi di prevenzione secondaria e indicata efficaci e anche di assistenza sanitaria per i problematici, rispetto ad altri paesi e, in particolare, all'Italia.*
- *Non ho tempo per entrare in merito alle profonde differenze, tra Italia e Portogallo, nell'impostazione della politica antidroga, ma si può approfondire con un piccolo rapporto specifico, desunto dal libro citato e dal progetto Eranid-IDPSO.*
- **Per impostare i colloqui il DPA dovrebbe formare e coordinare le Commissioni.**

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Tanto ancora ci sarebbe da dire.....ma il tempo è breve

• Grazie dell'attenzione

Dati per monitoraggio e valutazione delle leggi e politiche 'antidroga'

Siti di riferimento

- [1] <https://www.ce3s.eu/wp-content/uploads/2021/08/1-dati-amministrativi-in-Italia.pdf>,
- [2] <https://www.eranid.eu/projects/idpso/>,
- [3] https://drugpolicieevaluation.eu/wp-content/uploads/2020/08/Idpso-Eranid-Rapporto_finale.pdf,
- [4a] https://www.academia.edu/13150453/Monitoring_the_Size_and_Protagonists_of_the_Drug_Market_Combining_Supply_and_Demand_Data_Sources_and_Estimates.
- [4b] <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>
- [5] <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/enforcement-of-drug-laws>
- [6] http://www.antonioacasella.eu/salute/ISS_19_22.pdf. pp 121-134.
- [7] https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html_en.
- [8] <https://www.ibs.it/drug-laws-in-europe-main-libro-vari/e/9788865074015>
- [9] https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58064EN.html_en

9.4 Dr. Cristiano Chiamulera - Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Tavolo tecnico 7

**Ricerca scientifica e formazione nell'ambito
delle dipendenze**

2 - 3 novembre
Online

Cristiano Chiamulera

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica



Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

- ✗ **Limiti per la traslazione e l'applicazione della ricerca di base**
- ✗ **Fattori organizzativi e strutturali specificatamente legati a questo gap**

Creare una 'organizzazione della ricerca nella pratica'

Sviluppare strutture 'adattative'

Ricerca nella pratica come 'cortocircuito' tra scienza e intervento

Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

Limiti per la traslazione e l'applicazione della ricerca di base

- Esiste la **disponibilità mole di conoscenza** su meccanismi e processi alla base dei DUS
 - **Complessità** del cervello umano, **variabilità** di risposta agli effetti acuti e cronici delle sostanze (genetica, genere, età), **comorbidità**, **personalità**, **storia** di dipendenza e di **esperienze di vita**
 - Questa conoscenza è stata **una rivoluzione** scientifica, epistemologica, sociale e culturale, sviluppando una **cultura inter-disciplinare**
- Tuttavia, il paradigma lineare dalla scoperta scientifica alla tecnologia applicativa nel trattamento dei DUS non c'è, e non è più finanziariamente giustificabile
- Nonostante le scoperte l'esito dell'intervento rimane a bassi livelli di efficacia

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

3

Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

Fattori organizzativi e strutturali specificatamente legati a questo gap:

- X **Poca, dispersa e frammentaria ricerca nella pratica**
- X **Limitate, se non nulle, risorse umane, finanziarie e di tempo**

- La pratica genera una **continua fonte di dati** disponibile dalla casistica ed esperienza del proprio servizio/comunità
- Quotidianamente è **possibile evidenziare dei segnali e delle tendenze che suggeriscano intuizioni innovative**
- Tale conoscenza rimane tuttavia **limitata ad un utilizzo ristretto**, ed al massimo comunicata con studi di bassa qualità metodologica in convegni locali o nazionali
- **Non esiste** quella **comunità scientifica** che invece caratterizza la rete diffusa dei tanti laboratori di ricerca di base altamente interconnessi

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

4



Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

Creare una 'organizzazione della ricerca nella pratica'

- Necessario creare una comunità, e di formare una *forma mentis* della ricerca nella pratica
- Le reti delle CT, le federazioni dei servizi e le società scientifiche possono svolgere un ruolo fondamentale in questo senso, per esempio promuovendo:
 - Raccolta dati nella pratica (nel setting) e a distanza (follow-up at home)
 - Studi pilota osservazionali e interventistici su pratiche 'che funzionano'
 - Studi multicentrici di efficacia e efficienza
 - *Reverse translation e cross-validation*, ovvero condivisione e validazione in contesti d'intervento diversi

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

5



Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

Sviluppare strutture 'adattative'

- Fornire risorse adeguate alla ricerca nella pratica richiede la **definizione di obiettivi e strategie** in termini di politiche e di missione **nel lungo termine**, con interventi a diversi livelli
- Un **approccio di tipo 'apprezzativo'**, di sfruttamento adattivo **'di ciò che funziona'**, può favorire **scelte tattiche a risorse contenute**

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

6



Rimuovere le barriere per traslazione e applicazione della ricerca di base alla pratica dei servizi e delle comunità

Ricerca nella pratica come 'cortocircuito' tra scienza e intervento

Soluzioni percorribili a partire dall'esistente funzionante e potenziale:

- Fornire formazione su etica, logica e design della ricerca
- Facilitare l'accesso a fonti bibliografiche, testi e manuali per l'approfondimento *'fuori aula'*
- Fornire formazione su comunicazione scritta e orale, specialistica e di disseminazione
- Collaborazioni e partnership con enti di ricerca pubblici e privati (Università, ISS, CNR, IRCCS)
- Accesso collaborativo a fondi nazionali ed europei (pubblici e privati)
- Utilizzo degli strumenti digitali anche per le attività di ricerca

9.5 Prof.ssa Donata Favretto - Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA sulle morti e le intossicazioni droga correlate

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 7

**Ricerca scientifica e formazione nell'ambito
delle dipendenze**

2 - 3 novembre
Online

Donata Favretto

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA sulle morti e le intossicazioni droga correlate

GTFI - Associazione scientifica Gruppo Tossicologi Forensi Italiani - afferente alla Società Italiana di Medicina Legale -

Le tossicologie forensi - specifiche competenze ed esperienza nell'ambito della diagnostica medico-legale correlata alle sostanze psicotrope o tossiche

GTFI è la società scientifica di riferimento a livello nazionale in ambito tossicologico - forense

- per tutti gli accertamenti di carattere giudiziario o amministrativo previsti dalle norme e volti a fornire dati con valore probatorio
- per il coordinamento, la promozione, la diffusione delle tematiche scientifiche inerenti la tossicologia forense

Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA
sulle morti e le intossicazioni droga correlate

GTFI ha prodotto linee guida (raccomandazioni)

- per l'analisi di sostanze stupefacenti e psicotrope con finalità tossicologico-forensi su **campioni biologici prelevati da vivente e campioni biologici autotipici**;
- in collaborazione con SIMLA, per la determinazione di sostanze stupefacenti e psicotrope su **reperti non biologici** al fine di garantire accertamenti analitici con elevata affidabilità

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

3

Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA
sulle morti e le intossicazioni droga correlate

Le strutture di Tossicologia Forense,

presso le U.O. di Medicina Legale del SSN o gli Istituti di Medicina Legale

- sono **direttamente coinvolte in tutti i casi di decesso alcol - droga - correlati**
- possiedono specifica esperienza e conoscenza delle numerose sostanze xenobiotiche in grado di provocare **intossicazioni acute mortali**

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

4

Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA
sulle morti e le intossicazioni droga correlate

PROPOSTA

Coinvolgere le Tossicologie Forensi a livello Nazionale in collaborazione
con SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale)

raccolta puntuale dei dati tossicologici ottenuti
dai casi di morte alcol e droga-correlata

rilevazione esatta di questo tipo di decessi e delle sostanze che più
frequentemente ne sono la causa

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

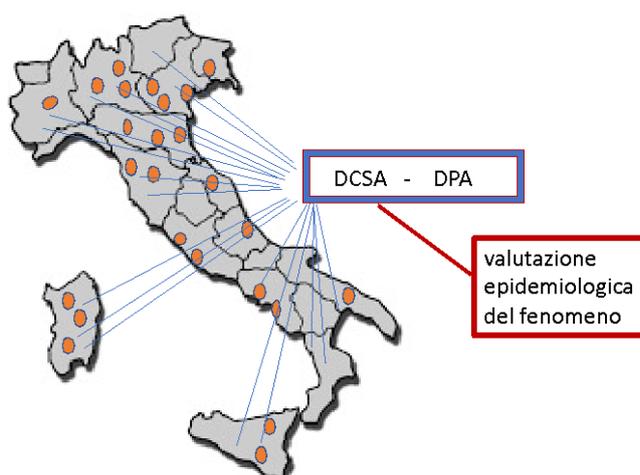
5

Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA
sulle morti e le intossicazioni droga correlate

- Ripresa di flussi precedenti
- Nuovi flussi
- Coinvolgimento
Medicine Legali

Ostacoli:

Procedimenti penali?



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

6



Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA
sulle morti e le intossicazioni droga correlate

Parallela acquisizione di dati sui sequestri di strada, ai sensi dell'art. 73 e 74
del DPR 309/1990

miglioramento dei flussi da tossicologie forensi a SNAP
SISTEMA di allerta SNAP - ISS DPA

nuovo canale flussi verso DCSA?

più completa conoscenza del fenomeno delle Nuove Sostanze Psicoattive
quali **cannabinoidi sintetici e nuovi fentanili**, il cui impatto sulla mortalità
droga correlata in Italia non è ancora riconosciuto/percepito come pericolo.



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

7



Consolidamento flussi informativi fra le tossicologie forensi e DCSA
sulle morti e le intossicazioni droga correlate

Parallela acquisizione di dati sui sequestri di strada, ai sensi dell'art. 73 e 74
del DPR 309/1990

miglioramento dei flussi da tossicologie forensi a SNAP
SISTEMA di allerta SNAP - ISS DPA

nuovo canale flussi verso DCSA?

più completa conoscenza del fenomeno delle Nuove Sostanze Psicoattive
quali **cannabinoidi sintetici e nuovi fentanili**, il cui impatto sulla mortalità
droga correlata in Italia non è ancora riconosciuto/percepito come pericolo.



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

7

9.6 Dr. Guido Faillace - Proposte programmatiche e di revisione della normativa

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Tavolo tecnico 7

**Ricerca scientifica e formazione nell'ambito
delle dipendenze**

2 - 3 novembre
Online

Guido Faillace

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Proposte programmatiche e di revisione della normativa

I temi e le priorità





Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le criticità



Formazione

- Definizione dei percorsi clinici
- EBM
- Multidisciplinarietà

Disciplina SSN

- Assenza nelle Tabelle Ministero Salute specifica disciplina (dopo abolizione della disciplina delle Farmacotossicodipendenze)
- Non applicazione delle equipollenze delle Tabelle del 1998 (ex I e II livello)

Disciplina Universitaria

- Assenza disciplina nei corsi di laurea di medicina e delle professioni sanitarie
- Assenza di scuola di specializzazione medica nella disciplina di «clinica delle dipendenze»

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

3



Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le proposte: Formazione



- Definizione di standard condivisi per la realizzazione di percorsi di formazione professionalizzanti per gli operatori dei Ser.D. e del privato sociale definiti sui percorsi clinici, sull'EBM e sulla multidisciplinarietà
- Inserimento dei criteri formativi sopra definiti nei processi di accreditamento dei Ser.D. e delle strutture del privato sociale
- Ruolo attivo di Ministero della Salute, AGENAS, Regioni e Società Scientifiche nella creazione di specifici quadri normativi di riferimento (Accordo Stato – Regioni)
- Ruolo attivo delle Società scientifica nello sviluppo e realizzazione dei percorsi formativi professionalizzanti

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

4



Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le proposte: Disciplina SSN



- Applicare in via omogenea, fino al cambiamento dell'attuale normativa, le Tabelle di equipollenza del Ministero della Salute del 1998 e s.m. per l'accesso e la progressione di carriera all'interno dei Ser.D. (necessarie indicazioni alle ASL da parte del Ministero della Salute e delle Regioni, ruolo attivo di FeDerSerD nel rispetto della normativa)
- Inserimento nelle Tabelle del Ministero della Salute della Disciplina in "Clinica delle Dipendenze" sul modello della precedente "Disciplina di Medicina delle Farmacotossicodipendenze" (Ministero della Salute e Regioni: es. Disciplina Cure palliative)

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

5



Proposte programmatiche e di revisione della normativa

Le proposte: Disciplina Universitaria



- Inserimento dell'insegnamento di "Clinica delle dipendenze" all'interno dei percorsi di formazione del corso di laurea in Medicina e delle professioni sanitarie (Ministero della Salute, MIUR, Consiglio Universitario Nazionale)
- Inserimento del settore scientifico disciplinare (SSD) "Clinica delle Dipendenze" (MIUR, Consiglio Universitario Nazionale)
- Promozione della nascita della scuola di specializzazione medica in "Clinica delle Dipendenze" (es. Scuola di specializzazione in Emergenza/Urgenza)
- Ruolo attivo delle Società scientifiche nello sviluppo dei percorsi formativi universitari

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

6



Guido Faillace

Presidente Nazionale FeDerSerD



9.7 Dr.ssa Sabrina Molinaro - Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di *outcome*: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 7

Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze

2 - 3 novembre
Online

Sabrina Molinaro

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

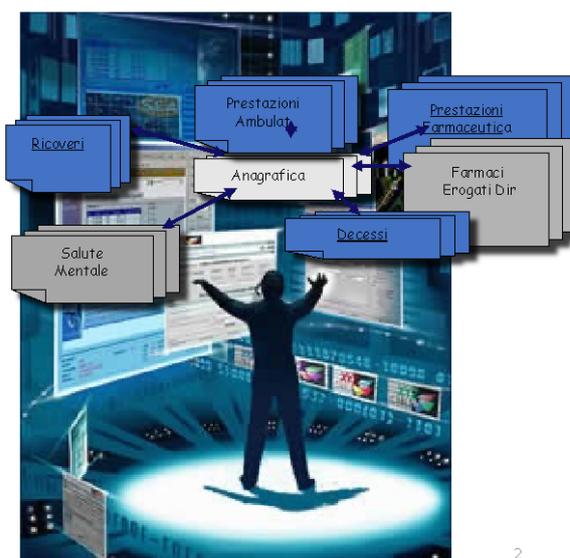
Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di *outcome*: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

La riforma sanitaria 833/78 ha introdotto il carattere universalistico del nostro Sistema SanitarioSSN

Il DPCM 153/84 ha avviato la strutturazione di un Sistema Informativo Sanitario (SIS), alimentato da flussi strutturati di dati, generati quando il cittadino vi entra in contatto

L'integrazione informativa consente di identificare gruppi di codici (cittadini) che condividono specifiche caratteristiche (patologia, comorbilità, prestazioni)

e di effettuare analisi predittive (stratificazione del rischio, mappatura) sulla base dell'associazione di ogni gruppo di caratteristiche con eventi specifici del processo sanitario (modalità organizzative, esiti di salute) utilizzando appropriati algoritmi.



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

2



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

Se da un punto di vista scientifico l'integrazione informativa è un approccio ampiamente utilizzato, il Regolamento 2016/679 e alcune pronunce del Garante hanno introdotto drastiche limitazioni fra cui:

- L'OBBLIGO AL CONSENSO INFORMATO

- I LIMITI SULLA POSSIBILITÀ DI PROFILARE LA CONDIZIONE SANITARIA INDIVIDUALE.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

3



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

L'OBBLIGO AL CONSENSO INFORMATO

L'utilizzo dei flussi del SIS si configura come analisi secondaria di dati raccolti per obiettivi primari di cura.

In passato la finalità di "trattamento statistico" veniva autorizzata dal cittadino contestualmente all'atto di cura, oggi l'uso è vincolato alla necessità di informare il cittadino di ogni specifica finalità scientifica per la quale avverrà il trattamento e trattandosi di dati pseudonimizzati è impossibile per il ricercatore identificare le persone a cui richiedere il consenso.

Da segnalare:



Art.110 del GDPR l'obbligo del consenso è superabile solo se la ricerca rientra in un programma di interesse nazionale o quando non sia possibile informare gli interessati.



Art. 89 deroga alcuni obblighi, fatta salva la necessità di predisporre misure atte alla minimizzazione dei dati, come la pseudonimizzazione.



Art. 4 e **alcuni pareri specifici forniti dal Garante** mettono in luce il rischio di effetti giuridici derivanti dalla profilazione della condizione sanitaria individuale.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

4



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

I LIMITI SULLA POSSIBILITÀ DI PROFILARE LA CONDIZIONE SANITARIA INDIVIDUALE.



Art. 4 del GDPR e alcuni pareri specifici forniti dal Garante in particolare per il fatto che il record linkage fra archivi differenti " ..pone elementi di riflessione sia di tipo giuridico, che etico [...], poiché, comporta una profilazione dell'utente in quanto sembrerebbe consistere in un trattamento automatizzato di dati personali volto a valutarne determinati aspetti sanitari, sulla base dei dati registrati nei diversi archivi del servizio informativo [...], in particolare per analizzarne e prevederne la situazione sanitaria.."



In merito all'utilizzo di algoritmi, infine, lo stesso GDPR (artt. 13 e 14) e la sentenza n. 8472/2019 della Sezione VI del Consiglio di Stato concordano sul fatto che nel caso vengano utilizzate operazioni algoritmiche, il titolare debba fornire "informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato".

L'art.22, par.1 del GDPR, inoltre, riconosce alla persona il diritto di non essere sottoposta a decisioni automatizzate prive di un coinvolgimento umano e che, allo stesso tempo, producano effetti giuridici o incidano in modo analogo sull'individuo.

5



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

SIND: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DIPENDENZE

PRESENTA UNA SITUAZIONE ULTERIORMENTE RESTRITTIVA :

- Utilizzo di un " .. codice assegnato diverso da analogo codice utilizzato nella trasmissione dei dati di altri sistemi informativi ", Impedendo di fatto l'integrazione con altre banche dati sanitarie.
- Stretta selezione degli addetti al trattamento dei dati SIND, i
- Obbligo all'utilizzo di "modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione delle informazioni dirette esclusivamente a fornire una rappresentazione aggregata dei dati.



Gli incaricati del trattamento possono accedere ai dati registrati nel SIND soltanto per singole chiavi di ricerca che non devono consentire, anche mediante operazioni di interconnessione e raffronto, la consultazione, la selezione o l'estrazione di informazioni riferite a singoli individui o di elenchi di codici identificativi".

6



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

SIND: SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE DIPENDENZE

il SIND non solo non può essere integrato da altri flussi, ma i dati a livello individuale non possono essere consultati per rispondere a quesiti di ricerca, rendendo così inutile un intero capitale informativo.



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

Se la ricerca scientifica si configura come un possibile rischio per i diritti del cittadino, è altresì evidente come il mancato utilizzo dei flussi informativi possa configurarsi come un danno nel momento in cui viene inficiata la possibilità di ottimizzare l'erogazione di prestazioni che siano più appropriate ed uniformi, ovvero più efficienti.

I VINCOLI NORMATIVI ATTUALI, INFATTI, INSISTONO SU UN DUPLICE LIVELLO:

INDIVIDUALE che riguarda la minore capacità di cura della persona, in assenza di indicazioni circa le prestazioni più appropriate ai bisogni di salute del singolo rilevati nella loro complessità.

COLLETTIVO che riguarda la minore capacità di garantire adeguatezza e uniformità all'offerta di prestazioni, in assenza di una più evoluta ed efficiente organizzazione dei servizi basata sulla conoscenza dei bisogni di salute delle comunità rilevati nella loro globalità.



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

E' NECESSARIO RIAPRIRE LA DISCUSSIONE SU VALORI, FINALITÀ E MODALITÀ DI REGOLAZIONE DELL'ATTUALE NORMATIVA PRIVACY.

IN PARTICOLARE, NELL'AMBITO DIPENDENZE, SI RAVVISA LA NECESSITÀ DI IDENTIFICARE UNA NORMATIVA SPECIFICA CHE CONSENTA L'UTILIZZO DEL CAPITALE INFORMATIVO.

OBIETTIVO ANCOR PIÙ RILEVANTE IN RELAZIONE AL PNRR CHE NELL'AZIONE 6 SI OCCUPA DELLA INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SSN E CHE PREVEDE, FRA LE AZIONI DI SISTEMA, UNA PIÙ STRETTA COLLABORAZIONE CON LE REALTÀ DI RICERCA ESTERNE AL SIS.

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

9



Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di outcome: verso il superamento dei vincoli normativi esistenti

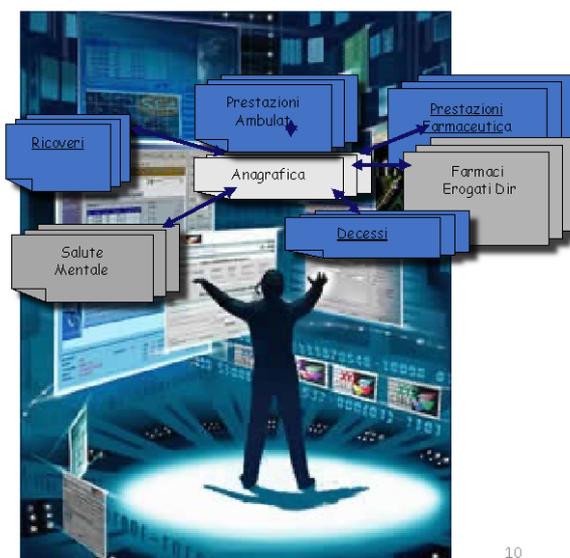
Ringraziamenti :

Michela Franchini - IFC-CNR
Stefania Pieroni - IFC-CNR
Michelangelo Caiolfa Federsanità Toscana

Sabrina Molinaro, Ph.D

Responsabile Lab. Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari
Istituto di Fisiologia Clinica
Consiglio Nazionale delle Ricerche
www.epid.ifc.cnr.it

GRAZIE DELL'ATTENZIONE



VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 7

10

9.8 Dr. Lorenzo Somaini - Priorità di ricerca e prove di efficacia

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE DIPENDENZE

Dr Lorenzo SOMAINI

Direttore S.C. SERD ASL BIELLA

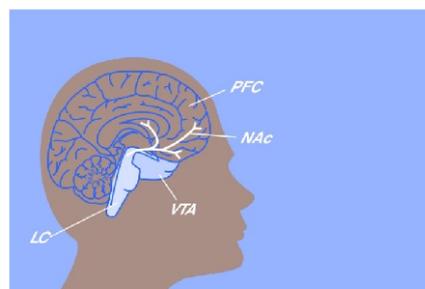


Direttore Comitato Scientifico S.I.Pa.D



Addiction is a Chronic Brain Disease

- Addiction is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry.
- Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations.
- This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviours.
- Without treatment or engagement in recovery activities, **addiction is progressive and can result in disability or premature death.**

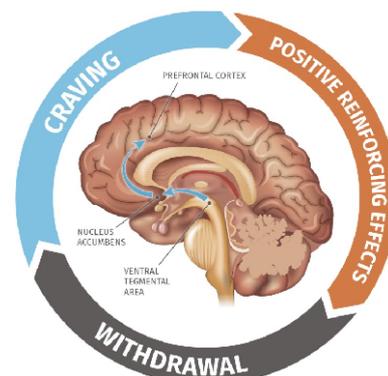


ASAM 2011, 2014
World Health Organisation 2004
Kosten T & George T Science and practice perspective 2002



Patients with substance use dependence benefit from access to an effective treatment regimen that minimises risk of relapse and its key predictors ³

- **Craving** is defined as an intense desire or compulsion to take opioids⁴
- **Withdrawal** syndrome (“noradrenergic storm”)⁷ drives use of opioids and related substances to alleviate or avoid withdrawal symptoms⁴
- **Reinforcement** refers to the positive response to the presentation of a stimulus, such as a drug that causes feelings of pleasure or euphoria, thereby increasing the probability of a response, e.g. further drug taking⁴
- The positive effects tend to diminish with repeated substance use, leading to tolerance and higher substance use (greater amounts and/or frequency)



Adapted from: US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Facing Addiction in America. The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. 2016

Ecological Momentary Assessment, also known as Experience Sampling, involves repeated sampling of subjects behaviours and experiences in real time. Please see notes for references

There are significant short, and long term consequences of untreated dependence to individuals and to society¹

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Short Term Effects • Changes in appetite, wakefulness, heart rate, blood pressure, and/or mood to heart attack, stroke, psychosis, overdose, and even death. • Consequences of injecting • These health effects may occur after just one use. | <ul style="list-style-type: none"> • Long Term Effects • Heart or lung disease, cancer, mental illness (up to 74.5%)² • HIV/AIDS, hepatitis and consequences of injecting • Addiction. • Poorly or untreated comorbidities | <ul style="list-style-type: none"> • Societal Impact • Crime (e.g. German study showing 84.5% charged or convicted before OST vs 11.79% on OST) • Disrupted social functioning including loss of employment, housing, family relations |
|---|---|--|

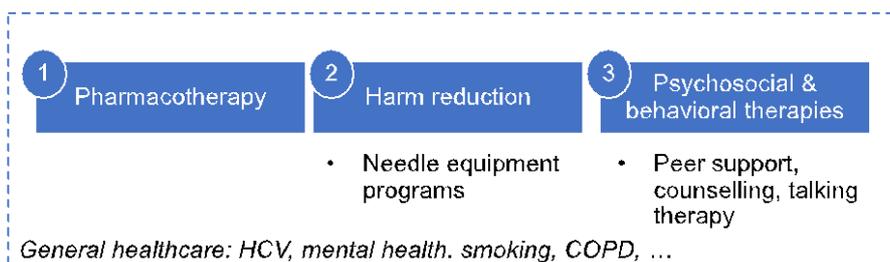
1) ASAM 2015 2) Weaver, et al. 2003. 3) Soyka 2012



Overview: what is treatment and what is the expected benefit?



Components of effective integrated substance use disorder care



Access to **good quality treatment** saves lives, reduces illicit drug use, improves long term quality of life, reduces overdose risk, and reduces criminal behaviour

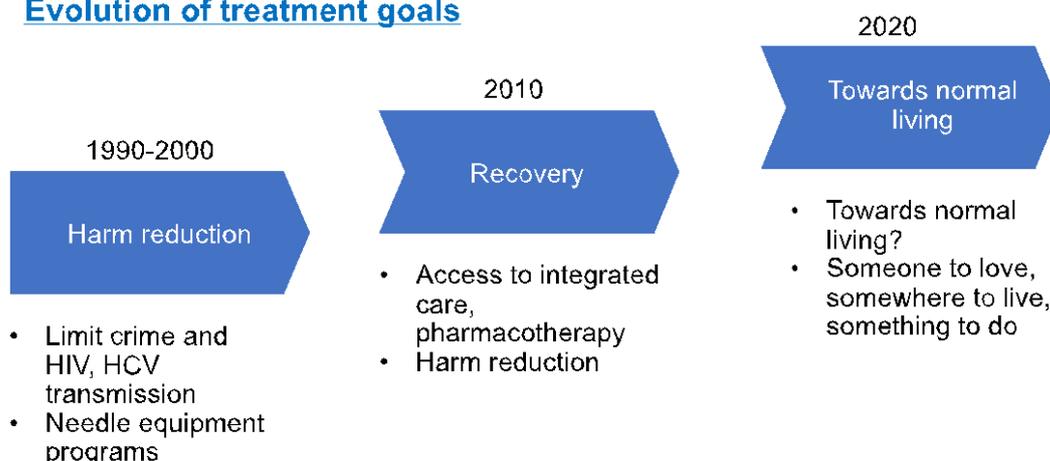
Source: NICE 2007 (UK), Public Health England 2014, DoH 2017 (UK, Clinical guidelines for Drug misuse and dependence)



What are the goals of intervention substance use disorder?



Evolution of treatment goals





TRENDS

EVOLUTION

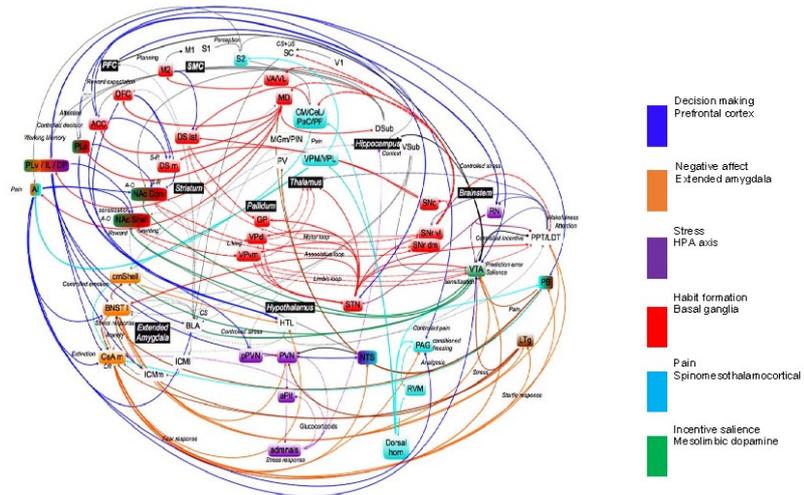
TREATMENT



Addiction or multiple addictions?

Six different modules:

- Decision making
- Negative affect
- Stress/HPA
- Habit
- Pain
- Incentive salience



George and Koob, Neurosci Biobehav Rev. 2010 Nov; 35(2): 232-247.



TRENDS

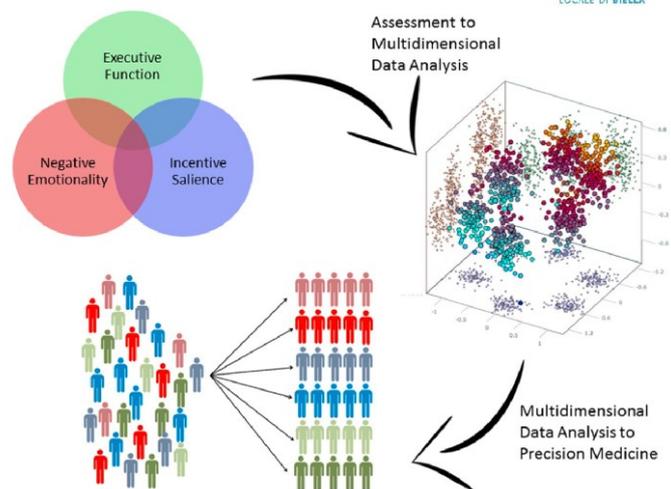
EVOLUTION

TREATMENT



Addiction or multiple addictions?

- Kwako LE, Momenan R, Litten RZ, Koob GF, Goldman D. Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. Biol Psychiatry. 2016;80(3):179-89.





Priorità e le prove di efficacia degli interventi andrebbero identificati e declinati alla luce di alcune macro aree che caratterizzano la popolazione di riferimento: _____

Adolescenti e/o giovani adulti;

differenze di genere;

pazienti portatori di disturbi duali;

pazienti anziani;

senza fissa dimora;

migranti;



Alcune difficoltà intrinseche riscontrate e riscontrabili da parte del sistema pubblico dei Servizi e del privato sociale quando ci si avvicina al tema della ricerca

Scarsa formazione del personale con la metodologia propria della ricerca;

Assenza/scarsità di fondi destinati alla formazione ed alla ricerca indipendente;

Scarsa collaborazione / interesse nella collaborazione con le università;

Assenza di protocolli di intesa tra il mondo universitario e le amministrazioni pubbliche per favorire ricerca;

Strumenti tecnologici inadeguati





Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga