

## **LE REVISIONI E I PROTOCOLLI PUBBLICATI DAL GRUPPO DROGHE ED ALCOL RELATIVE AI DISTURBI CORRELATI AL POLIABUSO DI SOSTANZE**

Aggiornato al 30/11/2011 (Cochrane Library, issue 12.2011)

Laura Amato, Marina Davoli, Zuzana Mitrova, Simona Vecchi  
Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, Regione Lazio  
Base editoriale del Gruppo Cochrane su Droghe ed Alcol in collaborazione con l'Osservatorio Fumo,  
Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità

Ad ottobre 2011, rispetto disturbi da abuso/dipendenza da più sostanze, il Gruppo Cochrane Droghe ed Alcol ha pubblicato **5** revisioni, 6 protocolli e ha registrato 5 titoli che presto diventeranno protocolli e poi revisioni.

### ***Revisioni***

1. Comunità Terapeutiche per disturbi correlati all'uso di sostanze
2. Interventi farmacologici e/o psicosociali per abuso di sostanze somministrati nei tribunali, nelle carceri o in comunità per tossicodipendenti che hanno commesso reati
3. Continuità assistenziale per i disturbi da uso di sostanze
4. Interventi psicosociali per donne in gravidanza somministrati in ambulatori per il trattamento delle tossicodipendenze
5. Intervista motivazionale per l'abuso di sostanze

### ***Protocolli***

1. Efficacia e sicurezza del topiramato per persone dipendenti da alcol e droghe
2. Interventi sui luoghi di lavoro per i problemi legati all'uso di alcol e droghe
3. Interventi psicosociali per favorire la ritenzione in trattamento dei dipendenti da sostanze
4. Interventi psicosociali per adolescenti dipendenti da alcol e droghe
5. Terapia cognitivo comportamentale per l'abuso di sostanze tra giovani delinquenti
6. Interventi brevi somministrati nelle scuole ed esiti comportamentali per giovani adolescenti che assumono droghe

### ***Titoli Registrati***

1. Trattamenti obbligatori confrontati con trattamenti volontari per persone che usano sostanze illegali
2. Interventi psicosociali per persone con diagnosi di depressione e di dipendenza da sostanze
3. Trattamenti psicosociali per madri con bambini piccoli che abusano di sostanze
4. Neurofeedback per disturbi da uso di sostanze
5. Contingency management per i disturbi da uso di sostanze

Al fine di favorire la pratica della medicina basata sulle migliori prove disponibili, prima della sintesi dei risultati delle revisioni, è stato inserito un box con le implicazioni per la pratica clinica scritte dagli autori delle revisioni stesse.

In Appendice 3 è possibile consultare, se disponibili nelle revisioni, le sintesi statistiche dei risultati.

### **Glossario**

RR= Rischio Relativo

OR= Odds Ratio

IC= Intervallo di Confidenza

SMD = Differenze Standardizzate tra Medie

WMD = Differenze Pesate tra Medie

Nota bene: La precisione della stima è misurata con gli intervalli di confidenza al 95% sempre

## [1] **Comunità Terapeutiche per disturbi correlati all'uso di sostanze**

Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Data della prima pubblicazione  
Cochrane Database of Systematic Reviews **1, 2006**

### **Implicazioni per la Pratica Clinica**

L'efficacia delle comunità terapeutiche per il trattamento dell'abuso e della dipendenza da droghe non si basa su solide prove scientifiche. Bisogna comunque dire che gli studi disponibili non sono di buona qualità per cui i risultati non possono essere considerati conclusivi. Il rapporto costo-efficacia di quest'intervento è, al momento, sconosciuto.

**Obiettivi:** Determinare l'efficacia delle comunità terapeutiche per le persone dipendenti da sostanze confrontate con altre opzioni di trattamento ed investigare se l'efficacia possa essere modificata dalle caratteristiche del paziente o dal tipo di trattamento.

**Strategia di ricerca:** Il Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 2, 2005); MEDLINE, EMBASE, Psycinfo, CINAHL, SIGLE dal loro inizio fino a Marzo 2004 e riferimenti bibliografici degli articoli.

**N° e disegno degli studi:** La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 29 studi. Di questi, 8 hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi. Il numero totale dei partecipanti era di 4766 persone. Tutti e 8 gli studi sono stati condotti in Nord America.

### **Risultati:**

A causa della eterogeneità degli studi, nessuno studio valutava interventi simili con gruppi di controllo simili, non è stato possibile condurre analisi statistiche quantitative per cui, nella revisione, sono riportati i risultati dei singoli studi.

Comunità terapeutica (CT) verso comunità residenziale: nessuna differenza significativa rispetto al completamento del trattamento;

Comunità residenziale verso comunità diurna: l'aderenza al trattamento e il tasso di astinenti a sei mesi erano significativamente più bassi nel gruppo residenziale;

CT standard verso CT più breve ed intensa: il numero di persone con un lavoro era significativamente maggiore nella CT standard RR 0.78 (IC da 0.63 a 0.96);

CT confronto tra programmi di 3 mesi verso 6 mesi e tra 6 mesi e 12 mesi; maggior numero di persone completavano il trattamento nel gruppo di 3 mesi e la ritenzione in trattamento era maggiore nel gruppo di 12 mesi rispetto a quello di 6.

Due studi valutavano la CT all'interno di prigioni: uno studio, che confrontava la CT verso nessun trattamento, riportava un minor numero di re-incarcerazioni nel gruppo CT RR 0.68 (IC da 0.57 a 0.81). Nell'altro studio che confrontava la CT verso programmi di trattamento della salute mentale, nel gruppo CT, 12 mesi dopo il rilascio dalla prigione, si osservavano un minor numero di re-incarcerazioni RR 0.28 (IC da 0.13 a 0.63), di attività criminali RR 0.69 (IC da 0.52 a 0.93) e di reati collegati all'uso di droghe RR 0.62 (IC da 0.43 a 0.90).

**Conclusioni:** Vi sono deboli evidenze di efficacia degli interventi di comunità terapeutica confrontati con altri trattamenti residenziali, o di un tipo di comunità terapeutica rispetto ad un'altra. L'intervento di CT in prigione può essere più efficace degli interventi di salute mentale nel prevenire l'attività criminale dopo la scarcerazione. In ogni caso non si possono trarre delle conclusioni certe a causa dei limiti delle prove disponibili.

## [2] **Interventi farmacologici e/o psicosociali per abuso di sostanze somministrati nei tribunali, nelle carceri o in comunità per tossicodipendenti che hanno commesso reati**

Perry A, Coulton S, Glanville J, Godfrey C, Lunn J, McDougall C, Neale Z  
Cochrane Database of Systematic Reviews **3, 2006**

### **Implicazioni per la Pratica Clinica**

Molto poche sono le conclusioni prodotte da questa revisione circa l'efficacia dei trattamenti per delinquenti che si trovano in regime giudiziario. Risultati promettenti sembrano poter venire dalle comunità terapeutiche che offrono servizi dopo la dimissione. Il successo di questi programmi potrebbe essere attribuibile al gran numero di partecipanti che hanno completato il programma stesso. Infatti, la ritenzione in trattamento di questo tipo di persone è particolarmente difficile a causa del

loro caotico stile di vita e la mancanza di continuità nei trattamenti sicuramente pregiudica la loro riuscita. In futuro bisognerebbe disegnare studi che usino misure di esito standardizzate e bisognerebbe definire un range di interventi e di setting in cui gli interventi in studio sono somministrati.

**Obiettivi:** Obiettivo della revisione è valutare l'efficacia degli interventi nei tribunali, nelle carceri od in comunità per tossicodipendenti che hanno commesso reati, nel ridurre l'attività criminale e l'uso di sostanze. Per persone che hanno commesso reati si intendono persone che, all'inizio dello studio, sono state riferite alla giustizia sia che fossero in custodia della polizia, sia sotto processo, in carcere o in comunità per carcerati.

**Strategia di ricerca:** MEDLINE (1966-Ottobre 2004); EMBASE (1980-Ottobre 2004); PsycINFO (1978-Gennaio 2004); Pascal (1973-Novembre 2004); SciSearch (Science Citation Index) (1974-Novembre 2004); Social SciSearch (Social Science Citation Index) (1972-Novembre 2004); ASSIA (1987-Novembre 2004); Wilson Applied Science and Technology Abstracts (1983-Ottobre 2004); Inside Conferences (1993-Novembre 2004); Dissertation Abstracts (1961-Ottobre 2004); NTIS (1964-Novembre 2004); Sociological Abstracts (1963-Settembre 2004); HMIC (Fino a Settembre 2004); PAIS (1972-Ottobre 2004); SIGLE (1980-Giugno 2004); Criminal Justice Abstracts (1968-Dicembre 2003); National Research Register (Marzo 2004); Current Controlled Trials (Gennaio 2004); Drugscope (Febbraio 2004); SPECTR (Marzo 2004); rilevanti siti internet quail Home office, National Institute of Drug Abuse (NIDA), European association of libraries and information services on alcohol and other drugs (ELISAD) ed OMNI (<http://www.omni.ac.uk>)

**N° e disegno degli studi:** La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 27 studi. Di questi, 15 hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi. Il numero totale dei partecipanti era di 9203 persone. 14 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Australia.

#### **Risultati:**

Nel confronto tra interventi nei tribunali verso test per le droghe, i risultati rispetto agli arresti a 90 giorni, erano in favore dei test per droghe, 2 studi, 1124 partecipanti, OR 1.33 (IC da 1.04 a 1.70). Il confronto tra interventi di Comunità terapeutica con offerta di servizi dopo la dimissione verso routine, ha dato risultati in favore del trattamento di Comunità rispetto alle incarcerazioni dopo 12 mesi, OR 0.37 (IC da 0.16 a 0.87). Nel confronto tra supervisione intensiva verso routine, i risultati erano in favore del trattamento di routine per le recidive ad 1 anno, 4 studi, 399 partecipanti, OR 1.98 (IC da 1.01 a 3.87), e senza differenze statisticamente significative nel controllo ad 1 anno per arresti, arresti per droga, condanne, ed incarcerazione. Confrontando la supervisione intensiva con aumentata sorveglianza verso la supervisione intensiva da sola, nessuna differenza statisticamente significativa è stata osservata ad un anno per recidive, arresti, arresti per droga, condanne ed incarcerazioni.

**Conclusioni:** Poche e limitate conclusioni possono essere tratte da questa revisione circa l'efficacia dei trattamenti farmacologici e/o psicosociali per abuso di sostanze somministrati nei tribunali, nelle carceri o in comunità per tossicodipendenti che hanno commesso reati. Ciò è parzialmente dovuto alla grande eterogeneità degli interventi considerati negli studi inclusi ed al modo in cui i risultati sono presentati negli studi stessi. Gli interventi di comunità terapeutiche mostrano risultati promettenti rispetto all'uso di droghe ed all'attività criminale. Una maggiore standardizzazione delle misure di risultato e della loro misurazione e descrizione sicuramente migliorerebbe la qualità della ricerca in questa area.

### **[3] Continuità assistenziale per i disturbi da uso di sostanze**

Hesse M, Vanderplasschen W, Rapp R, Broekaert E, Fridell M.  
Cochrane Database of Systematic Reviews 4, 2007

#### **Implicazioni per la Pratica Clinica**

I risultati di questa revisione suggeriscono l'implementazione di interventi di continuità assistenziale (specifici e standardizzati) sono efficaci per le persone che abusano di sostanze e che necessitano di più servizi di assistenza (ad esempio trattamento della dipendenza/abuso, inserimento lavorativo, assistenza sanitaria e non per i loro figli ecc).

In ogni caso, sulla base dei risultati ottenuti, sembrerebbe che gli interventi di continuità assistenziale non sono direttamente efficaci su esiti primari quali l'uso di sostanze, le attività criminali o il lavoro.

Appare chiaro che questo tipo di interventi non possono sostituire altri tipi di interventi per cui esistono solide prove di efficacia ma piuttosto devono essere considerati come un complemento ed un rinforzo delle altre attività già svolte dai servizi di assistenza ai tossicodipendenti.

L'approccio di continuità assistenziale più efficace sembra essere il "strengths-based case management" ma è stato testato solo in due studi nord americani. Va detto che nel momento in cui si decide di implementare gli interventi di continuità assistenziale, questi ultimi seguire procedure precise e standardizzate. Resta da chiarire se siano efficaci o meno training e supervisioni per le persone che devono prestare questo servizio.

Nonostante vi siano delle prove circa l'efficacia di questo intervento per le persone che abusano di sostanze, ancora non è chiaro quali siano gli elementi e le modalità che lo rendono efficace. Alcuni autori (Rapp 2006)

**Obiettivi:** Condurre una revisione sistematica di tutti gli RCT sulla continuità assistenziale per aiutare i tossicodipendenti sia in trattamento che non. Gli esiti includono gli agganci positivi con altri Servizi.

**Strategia di ricerca:** Il Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 4, 2006), MEDLINE (1966 - 2006), EMBASE (1980 - 2006), LILACS (1982 - 2006), PsycINFO (1973 - 2006), Biological Abstracts (1982 - 2000), riferimenti bibliografici degli articoli, atti di Convegni, comunicazioni personali e capitoli di libri sulla continuità assistenziale.

**N° e disegno degli studi:** La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 51 studi. Di questi, 15 hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi. Il numero totale dei partecipanti era di 6537 persone. 14 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa.

**Risultati:**

I risultati del confronto tra interventi di continuità assistenziale verso routine, ha dato risultati in favore della continuità assistenziale per quanto attiene agli agganci positivi con altri servizi durante il periodo di osservazione, 11 studi, SMD +0.23 (IC da +0.01 a +0.44), ed al follow up, 11 studi, SMD +0.36 (IC da +0.29 a +0.42) e risultati favorevoli alla routine per quanto attiene alla condizione generale di vita, 3 studi, SMD +0.23 (IC da +0.01 a +0.44). I risultati relativi a uso di droghe durante l'intervento ed al follow up, uso di alcol, problemi legali e comportamenti criminali, sintomi psichiatrici, e comportamenti a rischio per l'infezione HIV non hanno evidenziato differenze statisticamente significative. Per quanto attiene alla riduzione dell'uso di droghe, un unico studio, di grosse dimensioni, ha dato risultati favorevoli agli interventi di continuità assistenziale rispetto ad interventi di psico-educazione e counselling sulle droghe.

**Conclusioni:** I risultati evidenziano l'efficacia della continuità assistenziale nel favorire l'aggancio con altri servizi. Per quanto attiene alla riduzione dell'uso di sostanze, i risultati non sono conclusivi.

**[4] Interventi psicosociali per donne in gravidanza somministrati in ambulatori per il trattamento delle tossicodipendenze**

Terplan M, Lui S.

Cochrane Database of Systematic Reviews 4, 2007

**Implicazioni per la Pratica Clinica**

Gli interventi psicosociali considerate nel loro insieme non producono esiti migliori né per il neonate né per la madre e non sono associati ad un minor consumo di droghe da parte delle donne gravide. Quando si considera solo il contingency management, si osserva una migliore ritenzione in trattamento. Un trend verso una migliore ritenzione in trattamento si osserva anche con l'intervista motivazionale. Non sono stati trovati studi che valutavano il rapporto costo/beneficio. E' importante che studi futuri considerino l'efficacia di questi interventi sugli esiti ostetrici e neonatali.

**Obiettivi:** Valutare l'efficacia degli interventi psicosociali per donne gravide in trattamento presso servizi per le dipendenze patologiche. Il quesito posto è gli interventi psicosociali per donne tossicodipendenti gravide sono efficaci nel diminuire l'uso di sostanze e nel favorire esiti migliori rispetto al neonato.

**Strategia di ricerca:** Il Registro Cochrane dei trial controllati (CENTRAL, Cochrane Library Issue 3, 2005), MEDLINE (1966 – Agosto 2006), EMBASE (1980 – Agosto 2006), CINAHL (1982- Agosto 2006), riferimenti bibliografici degli articoli

**N° e disegno degli studi:** La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 44 studi. Di questi, 9 hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi. Il numero totale dei partecipanti era di 612 donne gravide. 8 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Australia. Cinque studi consideravano interventi di contingency management e quattro interventi basati su manuali come l'intervista motivazionale.

**Risultati:**

Il confronto tra qualsiasi trattamento psicosociale verso controllo non ha evidenziato differenze statisticamente significative.

Il principale risultato osservato è stato che il contingency management migliora la ritenzione nello studio, ma purtroppo a causa dell'alta eterogeneità statistica, non è stato possibile condurre un'analisi cumulativa dei risultati. E' stato anche osservato un effetto minimo di questo intervento sull'astinenza da sostanze illecite. L'intervista motivazionale non migliora la ritenzione in trattamento, 3 studi, 226 partecipanti, RR 0.93 (da 0.81 a 1.06). Per entrambi gli interventi non si è osservato nessun miglioramento degli esiti relativi alla nascita ed al neonato, ma si tratta di esiti difficilmente valutabili da questo tipo di studi.

**Conclusioni:**

I risultati suggeriscono che tecniche di contingency management sono efficaci nel favorire la ritenzione in trattamento e nel ridurre transitoriamente l'uso di sostanze nelle donne gravide. Non vi sono prove sufficienti per supportare l'utilizzo di tecniche di intervista motivazionale. In generale le evidenze disponibili sono poche per cui è stato impossibile valutare l'efficacia di questi interventi sugli esiti ostetrici e neonatali. E' importante sviluppare nuove e migliori prove per valutare quali tipi di interventi psicosociali siano migliori per questo tipo di popolazione.

**[5] Intervista motivazionale per l'abuso di sostanze**

Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K..  
Cochrane Database of Systematic Reviews 5, 2011

**Implicazioni per la Pratica Clinica**

L'intervista motivazionale è un intervento breve, che di norma prevede 1-4 incontri. L'intervista motivazionale, se somministrata da terapisti esperti, è più efficace rispetto a nessun intervento. Nel confronto con la terapia cognitivo - comportamentale, i risultati sono troppo deboli per poter giudicare quale dei due interventi sia più efficace (prove di qualità bassa/moderata).

**Obiettivi:** Valutare l'efficacia dell'intervista motivazionale per l'abuso di sostanze sulla riduzione di sostanze, ritenzione in trattamento, disponibilità a cambiare, e numero di condanne penali.

**Strategia di ricerca:** Il Registro Cochrane dei trial controllati (30 Novembre 2010, 2004); MEDLINE (dal 1983 a Novembre 2010), EMBASE (dal 1983 a Novembre 2010); PsycInfo (dal 1983 a Novembre 2010); PsychExtra (dal 1983 a Gennaio 2008); C2-SPECTR (30 Novembre 2010); International Bibliography of the Social Sciences (1983 a Novembre 2009); Sociological Abstracts (30 Novembre 2010); ISI Web of Science (30 Novembre 2010); SveMed+ (30 Novembre 2010), CINCH (30 Novembre 2010); NCJRS (30 Novembre 2010); SpringerLink (Ottobre 2010); Wiley Interscience (Ottobre 2010); DrugScope Library (Ottobre 2010), Electronic Library of the National Documentation Centre on Drug Use (Ottobre 2010), Google Scholar, and Google (Febbraio 2010) e riferimenti bibliografici degli articoli.

**N° e disegno degli studi:** La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 202 studi. Di questi, 59, 13342 partecipanti, hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi. 46 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Australia, 7 in Europa.

**Risultati:**

L'intervista motivazionale (IM), nel confronto con nessun intervento, ha dimostrato una maggiore efficacia nel ridurre la quantità di sostanze assunte sia subito dopo l'intervento SMD 0.79, (da 0.48 a 1.09), che al follow-up a breve SMD 0.17 (da 0.09 a 0.26), ed a medio termine SMD 0.15 (da 0.04 a 0.25). Questo effetto non è più statisticamente significativo al follow-up a lungo termine SMD 0.06

(da -0.16 a 0.28). Non si sono osservate differenze statisticamente significative nel confronto tra IM e trattamento abituale. Nel confronto con interventi di valutazione e feedback, IM è risultata più efficace nel follow-up a medio termine SMD 0.38 (da 0.10 a 0.66), mentre l'effetto non era significativo per il follow-up a breve termine. Nel confronto con gli altri interventi "attivi", i risultati non erano mai statisticamente significativi. I dati non erano sufficienti per valutare l'efficacia di IM rispetto agli esiti secondari.

**Conclusioni:**

L'Intervista motivazionale confrontata con nessun intervento può ridurre la quantità di sostanze assunte. Le prove sono di cattiva qualità e, pertanto, sono necessarie ulteriori ricerche che potrebbero modificare sostanzialmente i risultati qui presentati.

## Riferimenti bibliografici delle Revisioni

- [1] Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2.
- [2] Perry A, Coulton S, Glanville J, Godfrey C, Lunn J, McDougall C, Neale Z. Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community.. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005193. DOI: 10.1002/14651858.CD005193.
- [3] Hesse M, Vanderplasschen W, Rapp R, Broekaert E, Fridell M. Case management for persons with substance use disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD006265. DOI: 10.1002/14651858.CD006265
- [4] Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD006037. DOI: 10.1002/14651858.CD006037
- [5] Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art.No.:CD008063. DOI: 10.1002/14651858.CD008063

## Bibliografia degli studi inclusi

N. B. I numeri tra parentesi quadra indicano la revisione in cui è incluso lo studio.

1. Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, et al. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2005;25(4):349–57. [5]
2. Ball SA, Martino S, Nich C, Frankforter TL, Van Horn D, Crits-Christoph P, et al. Site matters: multi site randomised trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2007;75(4):556–67. [5]
3. Ball SA, Todd M, Tennen H, Armeli S, Mohr C, Affleck G, et al. Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addictive Behaviors* 2007;32(6):1105–18. [5]
4. Barnett NP, Murphy JG, Colby SM, Monti PM. Efficacy of counsellor vs. computer-delivered intervention with mandated college students. *Addictive Behaviors* 2007;32(11):2529–48. [5]
5. Bazargan-Hejazi S, Bing E, Bazargan M, Der-Martirosian C, Hardin E, Bernstein J, et al. Evaluation of a brief intervention in an inner-city emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2005;46(1):67–76. [5]
6. Bell JB. Volitional control, self-regulation, and motivational interviewing in veterans with alcohol problems. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2007; Vol. 68, issue 7–B:2008pp–B. [5]
7. Bernstein E, Edwards E, Dorfman D, Heeren T, Bliss C, Bernstein J. Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine* 2009;16(11):1174–85. [5]
8. Bien TH, Miller WR, Borouhgs JM. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural Psychotherapy* 1993;21(4): 347–56. [5]
9. Borsari B, Carey KB. Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2005; 19(3):296–302. [5]
10. Braucht GN, Reichardt CS, Geissler LJ, Bormann CA, Kwiatkowski CF, Kirby MW Jr.. Effective services for homeless substance abusers. *Journal of Addictive Diseases* 1995;14(4):87-109. [3]

11. Britt IC, Gottfredson MR, Goldkamp JS. Drug testing and pretrial misconduct: An experiment on the specific deterrent effects of drug monitoring defendants on pretrial release. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 1992;29(1):62-78. [2]
12. Brown TG, Dongier M, Ouimet MC, Tremblay J, Chanut F, Legault L, et al. Brief motivational interviewing for DWI recidivists who abuse alcohol and are not participating in DWI intervention: a randomised controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2010;34(2):1–10. [5]
13. Carey KB, Carey MP, Maisto SA, Henson JM. Brief motivational interventions for heavy college drinkers: A randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(5):943–54. [5]
14. Carrol M, Chang G, Behr H, Clinton B, Kosten T. Improving Treatment Outcome in Pregnant, Methadone-Maintained Women. *American Journal on Addictions* 1995;4(1):56-9. [4]
15. Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence* 2006;81(3):301–12. [5]
16. Carroll KM, Easton CJ, Nich C, Hunkele KA, Neavins TM, Sinha R, et al. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(5):955–66. [5]
17. Carroll KM, Martino S, Ball SA, Nich C, Frankforter T, Anez LM, et al. A multi site randomised effectiveness trial of motivational enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009; 77(5):993–9. [5]
18. Chanut F, Dongier M, Legault L, Tremblay J, Nadeau L, Ouimet MC, et al. Pilot study of motivational interviewing among persons convicted of driving under the influence. *Drogues, sante et societe* 2007;6(2):83–115. [5]
19. Condelli WS, Koch MA, Fletcher B. Treatment refusal/attrition among adults randomly assigned to programs at a drug treatment campus. The New Jersey substance abuse treatment campus, Seacaucus, NJ. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000;18(4):395-407. [1]
20. Connors GJ, Walitzer KS, Dermen KH. Preparing clients for alcoholism treatment: effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(5):1161–9. [5]
21. Copeland J, Swift W, Rees V. Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;20:45–52. [5]
22. Cornish JW, Metzger D, Woody GE, Wilson D, McLellan A.T, Vandergrift B et al. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1997;14(6):529-34. [2]
23. Corsi, KF; Kwiatkowski, CF; Booth, RE. Treatment Entry and Predictors Among Opiate-Using Injection Drug Users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2007;33:121-7. [3]
24. Cosden M, Ellens JK, Schnell JL, Yamini-Diouf Y, Wolfe MM. Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences & the Law* 2003;21(4):415-27. [2]
25. Coviello DM, Zanis DA, Wesnoski SA, Alterman AI. The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence* 2006;85(1):56–65. [3]
26. Cox GB, Walker RD, Freng SA, Short BA, Meijer L. Outcome of a Controlled Trial of the Effectiveness of Intensive Case Management for Chronic Public Inebriates. *Journal of Studies on Alcohol* 1998;59(5):523-32. [3]
27. D'Amico EJ, Miles JN, Stern SA, Meredith LS. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: a randomised pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008;35(1):53–61. [5]
28. De Wildt WA, Schippers GM, van den Brink W, Potgieter AS, Deckers F, Bets D. Does psychosocial treatment enhance the efficacy of Acamprosate in patients with alcohol problems?. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 2002;37(4):375–382. [5]
29. Deschenes EP, Greenwood PW. Maricopa-County Drug Court - an innovative program for 1st-time drug offenders on probation. *Justice System Journal* 1994;17(1):99-115. [2]

30. Dolan K A, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD. A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug and Alcohol Dependence* 2003;72(1):59-65. [2]
31. Elk R, Mangus L, Rhoades H, Andres R, Grabowski J. Cessation of cocaine use during pregnancy: effects of contingency management interventions on maintaining abstinence and complying with prenatal care. *Addictive Behaviors* 1998;23(1):57-64. [4]
32. Emmen MJ, Schippers GM, Wollersheim H, Bleijenberg G. Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic. *Alcohol and Alcoholism* 2005;40 (3):219–26. [5]
33. Feldstein SW, Forcehimes AA. Motivational interviewing with underage college drinkers: a preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2007;33(5):737–46.
34. Freyer-Adam J, Coder B, Baumeister SE, Bischof G, Riedel J, Paatsch K, et al. Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: A randomised controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence* 2008;93(3):233–43. [5]
35. Gottfredson DC, Exum ML. The Baltimore City drug treatment court: One-year results from a randomized study. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 2002;39(3):337-56. [2]
36. Guydish J, Werdegar D, Clark W, Sorensen JL, Acampora A. Drug abuse day treatment: A randomised clinical trial comparing day and residential treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(2):280-9. [1]
37. Haapanen R, Britton L. Drug testing for youthful offenders on parole: An experimental evaluation. *Criminology and Public Policy* 2002;1(2):217-44. [2]
38. Hanlon TE, Bateman RW, O'Grady KE. The relative effects of three approaches to the parole supervision of narcotic addicts and cocaine abusers. *Prison Journal* 1999;79(2):163-81. [2]
39. Haug N, Svikis D, DiClemente C. Motivational enhancement therapy for nicotine dependence in methadone- maintained pregnant women. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18(3):289-92. [4]
40. Henggeler SW, Pickrel SG, Brondino MJ. Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research* 1999;1(3):171-84. [2]
41. Jones HE, Haug N, Silverman K, Stitzer M, Svikis D. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence* 2001;61(3):297-306. [4]
42. Jones HE, Stitzer M, Svikis D. Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives. *Addictive Behaviors* 2000;25(2):263-7. [4]
43. Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E, Petry NM. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors* 2007;32(6):1220–36. [5]
44. Kahler CW, Read JP, Ramsey SE, Stuart GL, McCrady BS, Brown RA. Motivational enhancement for 12-step involvement among patients undergoing alcohol detoxification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(4):736–41. [5]
45. Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N, Jenner L, et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug and Alcohol Review* 2004;23(2):151–5. [5]
46. Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Carr VJ. Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction* 2009;104:378–88. [5]
47. Kelly AB, Halford WK, Young RM. Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. *Addiction* 2000;95(10):1537–49. [5]
48. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Conigliaro RL, Kelley ME. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 2001;62(5):605–14. [5]
49. Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multi site trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(3):455–66. [5]

50. Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, et al. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction* 2006;101(7):1014–26. [5]
51. Martin G, Copeland J. The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008;34(4):407–14. [5]
52. Martin SS, Scarpitti SR. An intensive case management approach for paroled IV drug users. *Journal of Drug Issues* 1993;23(1):43-59. [2] and [3]
53. Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* 2006;101(10):1479–92. [5]
54. Mastroleo NR, Turrisi R, Carney JV, Ray AE, Larimer ME. Examination of post training supervision of peer counsellors in a motivational enhancement intervention to reduce drinking in a sample of heavy-drinking college students. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2010;39:289–97. [5]
55. MATCH Project Research Group. Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1993;17(6):1130–45. [5]
56. McCambridge J, Slym RL, Strang J. Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction* 2008;103(11):1809–18. [5]
57. McCusker J, Bigelow C, Vickers-Lahti M, Spotts D, Garfield R, Frost R. Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. *Addiction* 1997;92(11):1467-78. [1]
58. McCusker J, Vickers-Lahti M, Stoddard A, Hindin R, Bigelow C, Zorn M et al. The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *American Journal of Public Health* 1995;85(10):1426-9. [1]
59. Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomised trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(4):754–63. [5]
60. Morgenstern J, Blanchard KA, McCrady BS, McVeigh KH, Morgan TJ, Pandina RJ. Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. *American Journal of Public Health* 2006;96(11):2016-23. [3]
61. Morgenstern J, Bux DA, Parsons J, Hagman BT, Wainberg M, Irwin T. Randomized trial to reduce club drug use and HIV risk behaviours among men who have sex with men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(4):645–56. [5]
62. Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Wolff N, Drake RE, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community Mental Health Journal* 2006;42(2):377-404. [3]
63. Mullins SM, Suarez M, Ondersman SJ, Page MC. The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: A randomized control trial of women involved with child welfare. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004;27(1):51-8. [4]
64. Naar-King S, Wright K, Parsons JT, Frey M, Templin T, Lam P, et al. Healthy Choices: Motivational enhancement therapy for health risk behaviours in HIV-positive youth. *AIDS Education and Prevention* 2006;18(1):1–11. [5]
65. Naber D, Haasen C. The German model project for heroin assisted treatment of opioid dependent patients - a multi-centre randomised, controlled treatment study. Hamburg, DE: Centre for Interdisciplinary Addiction Research of Hamburg University, 2006. [3]
66. Nemes S, Wish ED, Messina N. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999;17(4):339-47. [1]
67. Nielsen AL, Scarpitti FR, Inciardi J A. Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders The CREST Program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996;13(4):349-58. [2]

68. Nuttbrock LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng-Mak DS, Link BG. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services* 1998;49(1):68-76. [1]
69. O'Neill K, Baker A, Cooke M, Collins E, Heather N, Wodak A. Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection. *Addiction* 1996;91(8):1115-25. [4]
70. Parsons JT, Golub SA, Rosof E, Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007;46(4):443–50. [5]
71. Petersilia J, Turner S, Deschenes EP. Intensive supervision programs for drug offenders. In: JM Byrne & AJ Lurigio, editor(s). *Smart sentencing: The emergence of intermediate sanctions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc, 1992:18-37. [2]
72. Peterson PL, Baer JS, Wells EA, Ginzler JA, Garrett SB. Shortterm effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006;20(3):254–64. [5]
73. Rapp RC, Siegal HA, Li L, Saha P. Predicting postprimary treatment services and drug use outcome: a multivariate analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1998;24(4):603-15. [3]
74. Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Wang J, Carlson RG. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2006;30(3):227-35. [3]
75. Rhodes W, Gross M. Case management reduces drug use and criminality among drug-involved arrestees: An experimental evaluation of and HIV prevention intervention. Washington DC: National Institute of Justice, 1997. [3]
76. Rohsenow DJ, Monti PM, Martin RA, Colby SM, Myers MG, Gulliver SB, et al. Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction* 2004;99(7):862–74. [5]
77. Rossman S, Sridharan S, Gouvis C, Buck J, Morley E. Impact of the Opportunity to Succeed (OPTS) aftercare program for substance-abusing felons: Comprehensive final report. Washington D.C.: Urban Institute, 1999. [2]
78. Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Banks S, Stommel J. Modified TC for MICA inmates in correctional settings: crime outcomes. *Behavioural Sciences and the Law* 2004;22(4):477-501 [1] and [2]
79. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K, et al. Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomised, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 2007;146(3):167–76. [5]
80. Schaus JF, Sole ML, Mccoy TP, Mullett N, O'Brien MC. Alcohol screening and brief intervention in a college student health centre: a randomised controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2009;Supplement 16:131–41. [5]
81. Scott CK., Sherman RE, Foss MA, Godley L. Impact of centralized intake on case management services. *Journal of Psychoactive Drugs* 2002;34(1):31-7. [3]
82. Sellman JD, Sullivan PF, Dore GM, Adamson SJ, MacEwan I. A randomised controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol* 2001;62(3):389–96. [5]
83. Silverman K, Svikis D, Eobles E, Stitzer M, Bigelow GE. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and clinical psychopharmacology* 2001;9(1):14-23. [4]
84. Sorensen JL, Dilley J, London J, Okin RL, Delucchi KL, Phibbs CS. Case management for substance abusers with HIV/AIDS: a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2003;29(1):133-50. [3]
85. Sorensen JL, Masson CL, Delucchi K, Sporer K, Barnett PG, Mitsuishi F, et al. Randomized trial of drug abuse treatment-linkage strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(6):1026-35. [3]
86. Stein MD, Caviness CM, Anderson BJ, Hebert M, Clarke JG. A brief alcohol intervention for hazardously drinking incarcerated women. *Addiction* 2010;105:466–75. [5]

87. Stein MD, Charuvastra A, Maksad J, Anderson BJ. A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). *Addiction* 2002;97(6):691–700. [5]
88. Stein MD, Herman DS, Anderson BJ. A motivational intervention trial to reduce cocaine use. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2009;36(1):118–25. [5]
89. Stephens RS, Roffman RA, Fearer SA, Williams C, Burke RS. The Marijuana Check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction* 2007;102(6):947–57. [5]
90. Stotts AL, Potts GF, Ingersoll G, George MR, Martin LE. Preliminary feasibility and efficacy of a brief motivational intervention with psychophysiological feedback for cocaine abuse. *Substance Abuse* 2006;27(4):9–20. [5]
91. Stotts AL, Schmitz JM, Rhoades HM, Grabowski J. Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(5):858–62. [5]
92. Svikis D, Lee JH, Haug N, Stitzer M. Attendance incentives for outpatient treatment: effects in methadone- and nonmethadone-maintained pregnant drug dependent women. *Drug and Alcohol Dependence* 1997;48(1):33-41. [4]
93. Thush C, Wiers RW, Moerbeek M, Ames SL, Grenard JL, Sussman S, et al. Influence of motivational interviewing on explicit and implicit alcohol-related cognition and alcohol use in at-risk adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 2009;23(1):146–51. [5]
94. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005;331(7516):541. [5]
95. Walitzer KS, Dermen KH, Barrick C. Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during out-patient treatment: a randomized clinical trial. *Addiction* 2009;104(3):391–401. [5]
96. Walker DD, Roffman RA, Stephens RS, Wakana K, Berghuis J, Kim W. Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomised controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(3):628–32. [5]
97. Walters ST, Vader AM, Harris TR, Field CA, Jouriles EN. Dismantling motivational interviewing and feedback for college drinkers: a randomised clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(1):64–73. [5]
98. Wexler HK, DeLeon G, Thomas G, Kressel D, Peters J. The Amity prison TC evaluation - reincarceration outcomes. *Criminal Justice and Behavior* 1999;26(2):147-67. [1] and [2]
99. White HR, Morgan TJ, Pugh LA, Celinska K, Labouvie EW, Pandina RJ. Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol* 2006;67: 309–17. [5]
100. Winhusen T, Kropp F, Babcock D, Hague D, Erickson SJ, Renz C, et al. Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008;35:161–73. [5]
101. Winters KC, Leitten W. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors* 2007;21(2):249–54. [5]
102. Wood MD, Capone C, Laforge R, Erickson DJ, Brand NH. Brief motivational intervention and alcohol expectancy challenge with heavy drinking college students: A randomised factorial study. *Addictive Behaviors* 2007;32(11):2509–28. [5]
103. Zanis DA., McLellan TA., Alterman AI, Cnaan RA. Efficacy of enhanced outreach counseling to reenroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment. *American Journal of Psychiatry* 1996;153(8):1095-6. [3]

### Appendice 3

#### Sintesi statistiche dei risultati delle revisioni sugli interventi per poliabuso

#### **[2] Interventi farmacologici e/o psicosociali per abuso di sostanze somministrati nei tribunali, nelle carceri o in comunità per tossicodipendenti che hanno commesso reati (3, 2006)**

<i>Esito</i>	<i>N. Studi</i>	<i>N. Partecipanti</i>	<i>Stima dell'effetto (95%IC)</i>	<i>Risultato</i>
<b>Interventi nei tribunali: test per le droghe verso routine</b>				
Arresti a 90 giorni	2	1124	OR 1.33 (da 1.04 a 1.70)	In favore dei test
<b>Interventi in strutture protette: Comunità terapeutica e controlli dopo la dimissione verso routine</b>				
Incarcerazioni ad 1 anno	2	951	OR 0.66 (da 0.38 a 1.15)	senza differenze statisticamente significative
<b>Interventi di Comunità: supervisione intensiva verso routine</b>				
Recidive ad 1 anno	4	399	OR 1.98 (da 1.01 a 3.87)	In favore della routine
Arresti ad 1 anno	4	399	OR 1.49 (da 0.88 a 2.51)	senza differenze statisticamente significative
Arresti per droga ad 1 anno,	4	399	OR 1.10 (da 0.50 a 2.39)	senza differenze statisticamente significative
Condanne ad 1 anno	4	399	OR 0.93 (da 0.55 a 1.58)	senza differenze statisticamente significative
Incarcerazione ad 1 anno	4	399	OR 0.88 (da 0.50 a 1.54)	senza differenze statisticamente significative
<b>Interventi di Comunità: supervisione intensiva e sorveglianza verso supervisione intensiva</b>				
Recidive ad 1 anno	3	150	OR 2.09 (da 0.86 a 5.07)	senza differenze statisticamente significative
Arresti ad 1 anno	3	150	OR 1.22 (da 0.51 a 2.88)	senza differenze statisticamente significative
Arresti per droga ad 1 anno,	3	150	OR 1.29 (da 0.35 a 4.85)	senza differenze statisticamente significative
Condanne ad 1 anno	3	150	OR 1.14 (da 0.22 a 5.91)	senza differenze statisticamente significative
Incarcerazione ad 1 anno	3	150	OR 1.30 (da 0.39 a 4.30)	senza differenze statisticamente significative

#### **[3] Continuità assistenziale per i disturbi da uso di sostanze (4, 2007)**

<i>Esito</i>	<i>N. Studi</i>	<i>N. Partecipanti</i>	<i>Stima dell'effetto (95%IC)</i>	<i>Risultato</i>
<b>Continuità assistenziale verso routine</b>				
Uso di droghe	8	2391	SMD+0.12 (da -0.06 a +0.29)	senza differenze statisticamente significative
Uso di droghe al follow up	8	2544	SMD +0.16 (da +0.08 a +0.24)	In favore della routine
Uso di alcol	2	340	SMD +0.01 (da -0.40 a +0.42)	senza differenze statisticamente significative
Problemi legali e comportamenti criminali	4	1848	SMD +0.05 (da -0.05 a +0.14)	senza differenze statisticamente significative
Sintomi psichiatrici	2	254	SMD +0.01 (da -0.23 a +0.26)	senza differenze statisticamente significative
Situazione generale di vita	3	344	SMD +0.23 (da +0.01 a +0.44)	in favore della continuità assistenziale
Comportamenti a rischio HIV	4	1516	SMD +0.04 (da -0.06 a +0.15)	senza differenze statisticamente significative
Agganci positivi con altri servizi	11	3132	SMD +0.23 (da +0.01 a +0.44)	in favore della continuità assistenziale
Agganci positivi con altri servizi follow up	11	3661	SMD +0.36 (da +0.29 a +0.42)	in favore della continuità assistenziale
<b>Continuità assistenziale verso altri trattamenti specifici</b>				
Uso di droghe	2	711	SMD +0.23 (da +0.08 a +0.38)	in favore del controllo
Salute fisica	2	711	SMD +0.07 (da -0.08 a +0.22)	senza differenze statisticamente significative
Agganci positivi con altri servizi	2	887	SMD +0.22 (da +0.08 a +0.35)	in favore della continuità assistenziale

#### **[4] Interventi psicosociali per donne in gravidanza somministrati in ambulatori per il trattamento delle tossicodipendenze (4, 2007)**

<i>Esito</i>	<i>N. Studi</i>	<i>N. Partecipanti</i>	<i>Stima dell'effetto (95%IC)</i>	<i>Risultato</i>
<u>Qualsiasi trattamento psicosociale verso controllo</u>				
Ritenzione in trattamento	7	439	RR 1.02 (da 0.92 a 1.13)	senza differenze statisticamente significative
Ritenzione ad 1 mese o più	3	239	RR 1.02 (da 0.87 a 1.33)	senza differenze statisticamente significative
<u>Intervista motivazionale verso controllo</u>				
Ritenzione in trattamento	3	226	RR 0.93 (da 0.81 a 1.06)	senza differenze statisticamente significative

**[5] Intervista motivazionale per l'abuso di sostanze (5, 2011)**

<i>Esito</i>	<i>N. Studi</i>	<i>N. Partecipanti</i>	<i>Stima dell'effetto (95%IC)</i>	<i>Risultato</i>
<u>Nessun intervento verso Intervista motivazionale</u>				
Uso di sostanze subito dopo l'intervento	4	202	SMD +0.79 (da +0.48 a +1.09)	in favore della intervista motivazionale
Uso di sostanze al follow up a breve termine	15	2327	SMD +0.17 (da +0.09 a +0.26)	in favore della intervista motivazionale
Uso di sostanze al follow up a medio termine	12	2326	SMD +0.15 (da +0.04 a +0.25)	in favore della intervista motivazionale
Uso di sostanze al follow up a lungo termine	1	363	SMD +0.06 (da -0.16 a +0.28)	senza differenze statisticamente significative
Disponibilità al cambiamento	5	1495	SMD +0.06 (da -0.11 a +0.22)	senza differenze statisticamente significative
Ritenzione in trattamento	2	427	SMD +0.06 (da 0.00 a +0.52)	in favore della intervista motivazionale
<u>Trattamento standard verso Intervista motivazionale</u>				
Uso di sostanze subito dopo l'intervento	9	1940	SMD +0.01 (da -0.09 a +0.11)	senza differenze statisticamente significative
Uso di sostanze al follow up a breve termine	10	2102	SMD +0.01 (da -0.08 a +0.10)	senza differenze statisticamente significative
Uso di sostanze al follow up a medio termine	5	890	SMD +0.08 (da -0.05 a +0.21)	senza differenze statisticamente significative
Ritenzione in trattamento	4	1354	SMD -0.11 (da -0.41 a +0.19)	senza differenze statisticamente significative
<u>Interventi di valutazione e feedback verso Intervista motivazionale</u>				
Uso di sostanze subito dopo l'intervento	7	986	SMD +0.12 (da -0.01 a +0.24)	senza differenze statisticamente significative
Uso di sostanze al follow up a breve termine	2	265	SMD +0.38 (da +0.10 a +0.66)	in favore della intervista motivazionale
<u>Altri interventi "attivi" verso Intervista motivazionale</u>				
Uso di sostanze subito dopo l'intervento	2	185	SMD -0.07 (da -0.37 a +0.23)	senza differenze statisticamente significative
Uso di sostanze al follow up a breve termine	12	2137	SMD +0.02 (da -0.07 a +0.12)	senza differenze statisticamente significative
Uso di sostanze al follow up a medio termine	6	1586	SMD -0.02 (da -0.16 a +0.13)	senza differenze statisticamente significative
Uso di sostanze al follow up a lungo termine	2	437	SMD -0.03 (da -0.21 a +0.14)	senza differenze statisticamente significative
Disponibilità al cambiamento	2	350	SMD -0.03 (da -0.24 a +0.18)	senza differenze statisticamente significative
Ritenzione in trattamento	5	447	SMD +0.01 (da -0.45 a +0.47)	senza differenze statisticamente significative