

## **CAPITOLO VI.1**

### **PIANO DI AZIONE**

VI.1.1. Monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013

(a cura di ITC – ILO)



## VI.1 PIANO DI AZIONE

### VI.1.1 Monitoraggio del Piano d’Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 (a cura di ITC – ILO)

Gli obiettivi del monitoraggio eseguiti nel corso del 2012 del Piano d’Azione Nazionale (PAN) sono stati:

- Individuare il legame tra normativa regionale in materia di dipendenze e PAN
- Rilevare le priorità di intervento definite a livello regionale e le azioni gestite a livello regionale
- Monitorare il grado di attuazione degli obiettivi del PAN in relazione alle azioni messe in campo dalle Regioni
- Far emergere le buone pratiche esistenti
- Far emergere i modelli di *governance* delle dipendenze nelle diverse Regioni italiane ed i sistemi informativi esistenti.

La normativa regionale è stata indagata valutando per singola Regione/P.A. le seguenti condizioni:

- Regioni e P.A. caratterizzate da una normativa di riferimento pre e **post** approvazione del PAN (ottobre 2010)
- Regioni e P.A. caratterizzate da una normativa di riferimento pre approvazione del PAN (ottobre 2010)
- Recepimento del PAN attraverso la normativa regionale e delle P.A
- Stesura del Piano di Azione Regionale (PAR) per le Dipendenze (Singoli Programmi regionali).

Individuazione del legame tra normativa regionale in materia di dipendenze e PAN

L’analisi ha consentito l’individuazione della seguente situazione.

**Tabella VI.1.1:** Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regione/PP.AA.	Normativa pre e post	Normativa pre	Recepimento PAN	Stesura PAR
Abruzzo		X		
Basilicata		X		
Calabria	X		X	X
Campania	X		X	
Emilia Romagna	X			X
Friuli Venezia Giulia	X			
Lazio	X		X	
Liguria		X		
Lombardia		X		
Marche	X			
Molise		X		
PA Bolzano	X			
PA Trento		X		
Piemonte	X			X
Puglia	X			
Sardegna	X		X	
Sicilia	X			
Toscana	X			
Umbria		X		
Valle d’Aosta		X		
Veneto		X		

In tutte le Regioni/PPAA è presente una normativa sulle dipendenze, che in nove casi risulta essere in vigore in precedenza dell'approvazione del PAN, mentre per le rimanenti 12 ne è stata emanata una aggiornata dopo l'approvazione del PAN. In 4 casi il PAN è stato recepito formalmente, mentre i tre sono presenti singoli programmi regionali che costituiscono il Piano d'Azione Regionale.

Questo tipo di informazione è stata fornita dalla P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria.

In quasi tutte le realtà le attività gestite direttamente o coordinate dalla direzione centrale rappresentano una minima parte dell'attività svolta, le azioni principali sono: Programmazione, Coordinamento e Controllo e Valutazione.

Le attività gestite direttamente o coordinate dalla direzione centrale sono prevalentemente di natura progettuale (86%) e si collocano prevalentemente nell'area della prevenzione.

Quasi tutte le realtà che descrivono attività gestite o coordinate dalla direzione includono nella descrizione azioni collegate al PAN o finanziate dal DPA (fra le rispondenti solo per Veneto e Marche non si rileva nessun riferimento esplicito al PAN o al DPA).

Grazie alle informazioni raccolte mediante le interviste, per ogni Regione e P.A. è stato possibile identificare gli obiettivi attuati nel territorio con azioni progettuali o di routine relativamente alle quattro aree del PAN: Prevenzione, Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate, Riabilitazione e Reinserimento, Monitoraggio e Valutazione.

Per ogni singola area è stato riportato il grado di copertura percentuale degli obiettivi attuati.

Rilevazione delle priorità di intervento definite a livello regionale e le azioni gestite a livello regionale

Monitoraggio del grado di attuazione degli obiettivi del PAN in relazione alle azioni messe in campo dalle Regioni

Figura VI.1.1: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

Area Prevenzione



- < 31% (5 obiettivi su 16)
- da 32% a 63% (da 6 a 10 obiettivi su 16)
- > 64% (almeno 11 obiettivi su 16)
- n.d.

Area Cura e Prevenzione delle patologie Correlate



- < 32% (7 obiettivi su 22)
- da 33% a 64% (da 8 a 14 obiettivi su 22)
- > 65% (almeno 15 obiettivi su 22)
- n.d.

Grado di copertura delle aree del PAN

**Area Riabilitazione e Reinserimento**



- < 27% (3 obiettivi su 11)
- da 28% a 64% (da 4 a 7 obiettivi su 11)
- > 65% (almeno 8 obiettivi su 11)
- n.d.

**Area Monitoraggio e Valutazione**

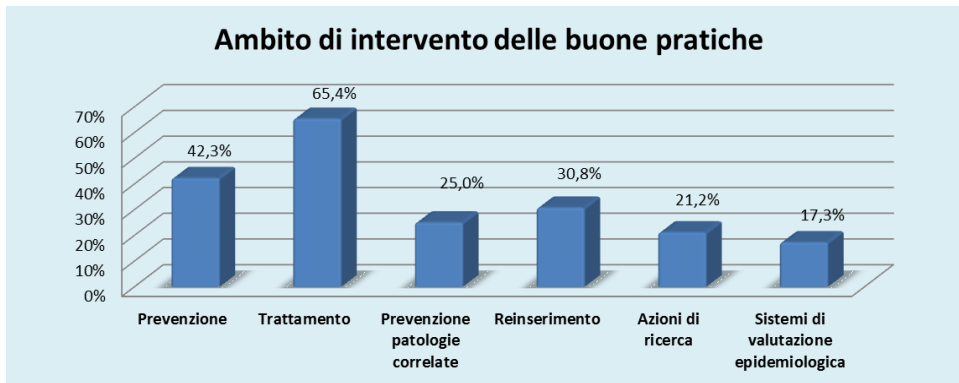


- < 33% (3 obiettivi su 9)
- da 33% a 67% (da 4 a 6 obiettivi su 9)
- >68% (almeno 7 obiettivi su 9)
- n.d.

Sono state rilevate 52 buone pratiche, in 18 Regioni. In gran parte dei casi si tratta di buone pratiche che si collocano all'interno degli ambiti della prevenzione e del trattamento. In circa 3 casi su 4, inoltre, si tratta di interventi strutturati e in 1 caso su 4 di attività progettuali.

Rilevazione  
buone pratiche  
esistenti

**Figura VI.1.2:** Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



In quasi nella metà dei casi il territorio di riferimento della buona pratica è quello dell'Asl, seguito dal territorio regionale e da quello provinciale. Le buone pratiche sono state valutate tendenzialmente in maniera molto positiva, soprattutto riguardo la loro trasferibilità in altri contesti e sui loro elementi innovativi.

**Figura VI.1.3:** Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

Si riportano alcuni esempi di buone prassi.

- Azione di prevenzione presso le scuole aderenti a livello regionale, dove i ragazzi si impegnano a non fumare e a non far fumare i genitori. Nella giornata mondiale antitabacco viene premiata (premio in denaro 2000 euro alla classe) (Molise)
- Centro Clinico Cocainomani. Unità Operativa Dipartimentale dedicata ad un target selezionato: cocainomani integrati socialmente. Si propongono terapie prevalentemente non farmacologiche (psicoterapia, counselling, ecc.), l'accesso avviene esclusivamente su appuntamento e l'attività clinica si svolge anche in fasce orarie serali (Lombardia)
- Supporto territoriale al reinserimento sociale e lavorativo con la finalità di facilitare e sostenere il mantenimento oppure il reinserimento presso il domicilio del paziente. Le attività riguardano gli interventi domiciliari, il counselling psicologico e professionale, il supporto telefonico. Accompagnamento nelle pratiche quotidiane di inserimento. Bilancio delle competenze e sostegno alla famiglia. La durata dell'intervento è di 30 mesi minimo. (Valle d'Aosta)
- Progetto di prevenzione ambientale, realizzato da un gruppo di lavoro qualificato ed esperto composto da imprenditori, amministratori, forze di polizia ed operatori della prossimità, fa riferimento alle prospettive dello sviluppo di comunità, dell'ecologia della responsabilità e della responsabilità sociale del territorio. Ha affrontato la complessità e multi-dimensionalità del problema nel contesto locale specifico. Il risultato raggiunto può rivelarsi utile come strumento di supporto alla programmazione locale e ai fini dell'attivazione di iniziative concrete realizzabili sulla base delle esigenze rilevate e delle strategie d'azione suggerite. (Lombardia)
- Intervento strutturato, nato nel 2002, avente l'obiettivo di intercettare l'utenza giovanile (target 14-30 anni) consumatrice di sostanze non oppiacee. Si avvale di una sede staccata dal Ser.t con locali propri al fine di facilitare l'accesso a un'utenza che non si riconosce come tossicodipendente. Agilità (presa in carico veloce, cellulare di servizio attivo 12 h/die, uso nuove tecnologie...), sperimentazione (stage residenziali brevi per cocainomani, sportello in Prefettura, formazione rivolta ad altri attori della rete) aggiornamento costante sul mondo dei consumi (Piemonte).

La finalità della seguente analisi è orientata principalmente a due osservazioni:

- Comprendere come sono governati i rapporti tra livello politico e livello tecnico relativamente alle politiche ed alle azioni per le dipendenze – presenza di diversi attori a diversi livelli di governance che influiscono sui processi decisionali
- Comprendere a quale livello avvenga il processo di integrazione socio-sanitaria

Queste informazioni sui contesti di riferimento sono utili per almeno due importanti motivi.

- Conoscere il contesto di riferimento e soprattutto la molteplicità degli attori coinvolti nella definizione delle politiche sulle dipendenze propria di ciascun territorio è fondamentale per leggere e interpretare correttamente le informazioni raccolte dalle direzioni centrali e fin qui presentate. Tanto maggiore è la frammentazione delle

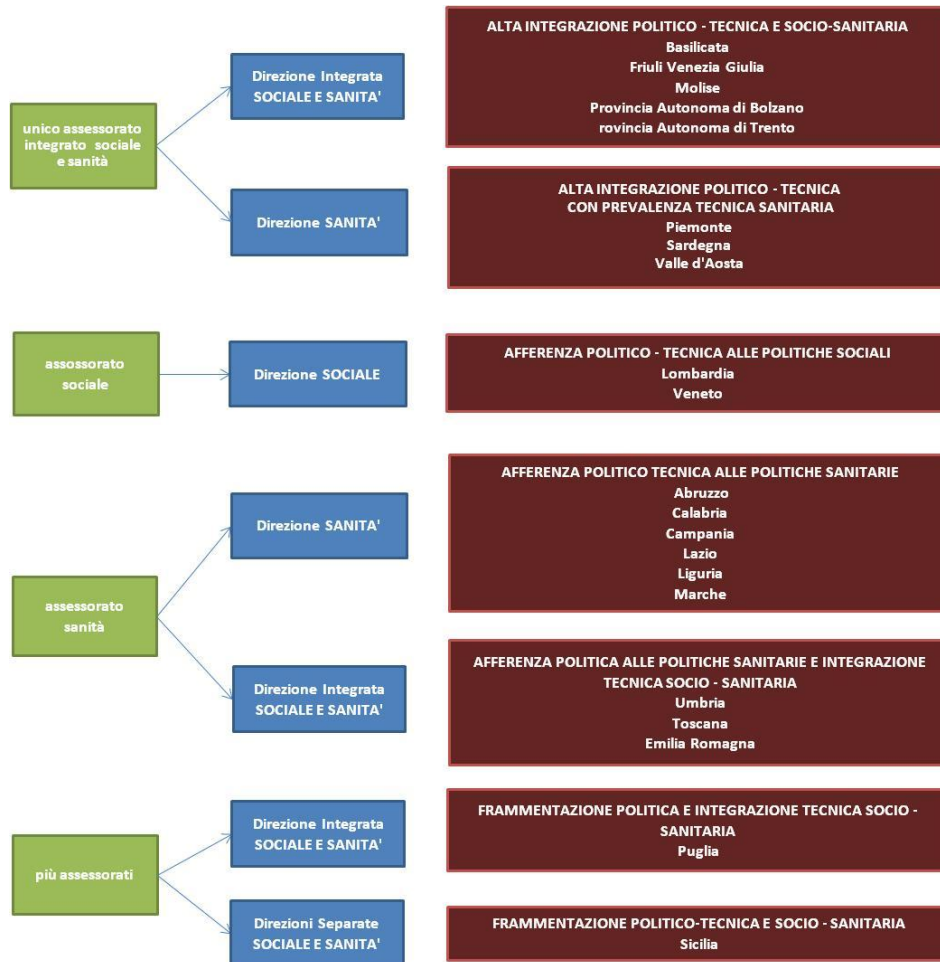
Modelli di  
governance  
nelle  
dipendenze

responsabilità e delle competenze tanto più sarà difficile definire ed attuare politiche condivise.

- La frammentazione delle responsabilità e delle competenze influenza anche l'attività di controllo e valutazione. In questa prima fase ci si è limitati a raccogliere indicazioni dalla direzione regionale ma per avere informazioni più attendibili ed esaustive sarà importante in futuro coinvolgere tutti gli attori coinvolti in ciascuna regione per la definizione e l'attuazione delle politiche sulle dipendenze.

Sono stati rilevati differenti modelli in funzione dell'organizzazione regionale.

**Figura VI.1.4:** Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Le declinazione territoriale delle strategie regionali avviene, per il tramite dei Dipartimenti delle Dipendenze, non ancora attivati in tutte le Regioni/PPAA, attraverso l'attività operativa dei Servizi per le Dipendenze. Compatibilmente con gli assetti organizzativi locali e le caratteristiche territoriali (aree urbane, rurali o montane), si è osservata la presenza e la distribuzione dei Dipartimenti e dei Servizi in relazione alla popolazione residente 15-54 anni.

**Tabella VI.1.2:** Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regione/PP.AA.	Dipartimenti delle Dipendenze	Servizi per le Dipendenze
Abruzzo	-	1.54
Basilicata	1.57	1.89
Calabria	0.18	1.54

*continua*

continua

Regione/PP.AA.	Dipartimenti delle Dipendenze	Servizi per le Dipendenze
Campania	0.06	1.41
Emilia Romagna	0.48	1.95
Friuli Venezia Giulia	0.96	0.96
Lazio	0.39	1.56
Liguria	0.64	0.64
Lombardia	0.28	1.40
Marche	1.11	1.73
Molise	-	3.55
PA Bolzano	0.57	2.59
PA Trento	-	1.58
Piemonte	0.38	1.14
Puglia	0.27	2.47
Sardegna	-	1.52
Sicilia	0.33	1.86
Toscana	-	-
Umbria	0.86	2.36
Valle d'Aosta	1.49	1.49
Veneto	0.80	1.44

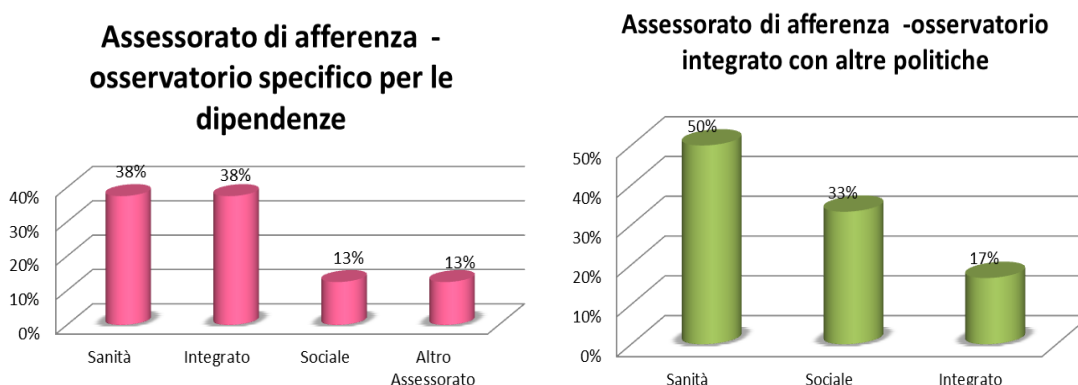
Tendenzialmente i Dipartimenti si occupano di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento e meno frequentemente di monitoraggio e valutazione (aree PAN).

I Ser.d, invece, tendono ad occuparsi di tutte le aree di riferimento del PAN. A differenza dei Dipartimenti si occupano frequentemente anche di monitoraggio e valutazione, soprattutto nei casi in cui sia presente un sistema informativo regionale dedicato.

In tutte le Regioni/PPAA risulta presente un Osservatorio che può essere specifico per le dipendenze o essere integrato con altre politiche; nel 62% dei casi l'osservatorio per le dipendenze è parte dell'osservatorio epidemiologico.

Sistemi informativi per le Dipendenze

Figura VI.1.5: La posizione dell'Osservatorio delle dipendenze nelle Regioni/PP.AA.





**Tabella VI.1.3:** Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regioni e PP.AA.	Tipologia di osservatorio	Assessorato di afferenza	Direzione di afferenza
Piemonte	specialistico	integrato	sanità
Valle d'Aosta	specialistico	integrato	integrato
Lombardia	specialistico	sociale	sociale
PA Bolzano	integrato	sanità	sanità
PA Trento	integrato	sanità	sanità
Friuli V.G.	specialistico	altro	altro
Veneto	integrato	sociale	sociale
Liguria	specialistico	sanità	sanità
Emilia - Romagna	specialistico	sanità	integrato
Toscana	integrato	sociale	integrato
Marche	integrato	integrato	integrato
Umbria	integrato	integrato	integrato
Lazio	integrato	sanità	sanità
Abruzzo	integrato	sanità	sanità
Molise	integrato	integrato	integrato
Campania	specialistico	sanità	sanità
Puglia	integrato	integrato	integrato
Basilicata	integrato	sanità	sanità
Calabria	integrato		
Sardegna	specialistico	integrato	sanità
Sicilia	integrato	sanità	sanità

### Grado di attuazione degli obiettivi del PAN per singola Regione/PPAA

In questo paragrafo si riportano graficamente, per gli obiettivi delle quattro aree del PAN trattate, la situazione delle singole Regioni/PPAA rispetto alla media nazionale di riferimento che viene rappresentata dalla linea rossa all'interno dei radar-chart. Nei raggi del grafico radar viene rappresentato il punteggio assegnato a ciascun obiettivo in base a quanto rilevato dall'indagine per ogni singola Regione:

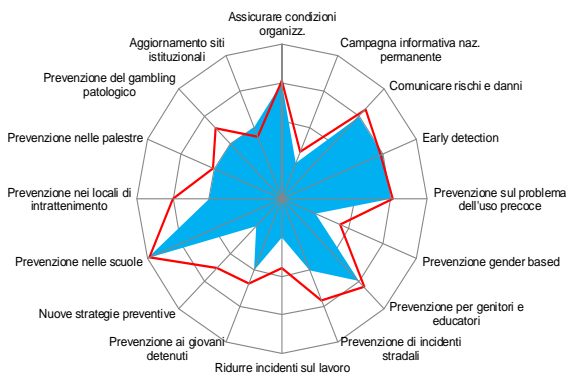
- 1: non rilevato/ assente (livello prossimo all'origine)
- 2: presenza nei piani regionali almeno delle finalità del PAN
- 3: presenza di attività di progetto specifiche
- 4: presenza di attività di routine coerenti con quanto riportato nel PAN (livello corrispondente alla circonferenza più esterna)

In rosso è riportata la media nazionale ottenuta calcolando per ciascun obiettivo la media aritmetica dei punteggi ottenuti nelle Regione e PP.AA. analizzate. Per Emilia Romagna e Toscana i dati sono stati richiesti ma non sono pervenuti.

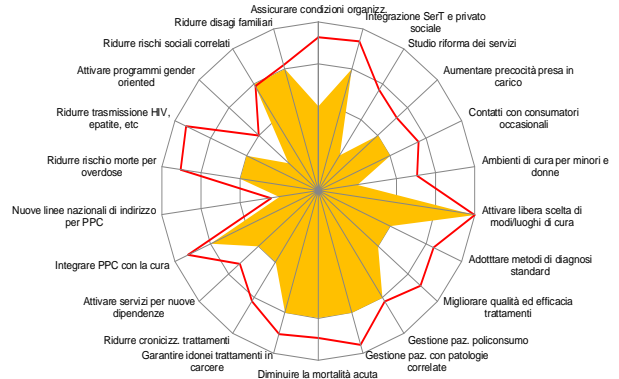
Figura VI.1.6: Regioni/PP.AA. rispetto agli obiettivi delle quattro aree del PAN

**Abruzzo**

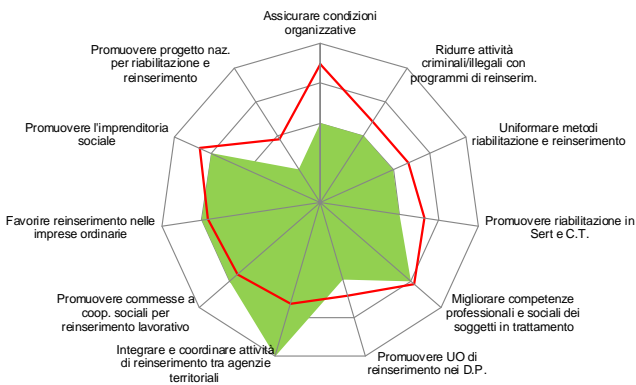
**Prevenzione**



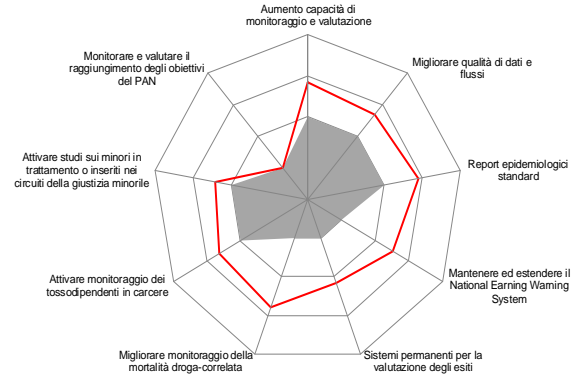
**Cura**



**Riabilitazione**

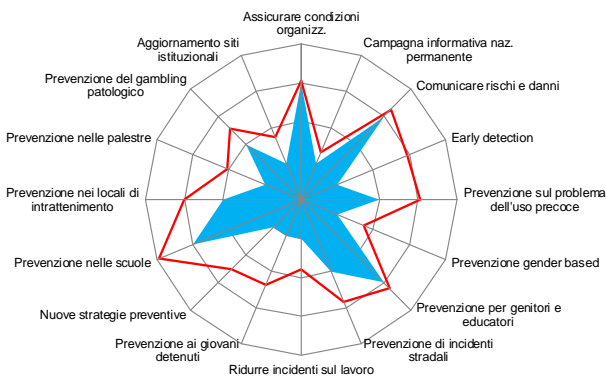


**Monitoraggio**

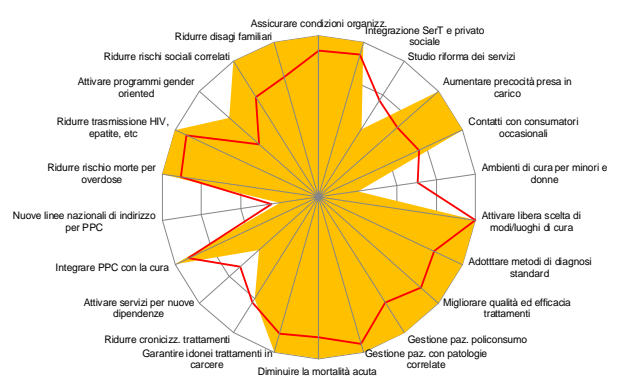


**Basilicata**

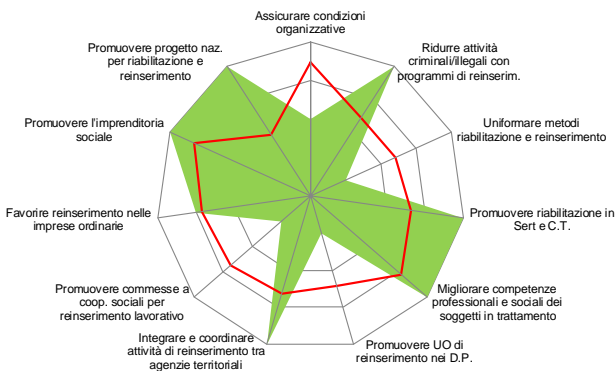
**Prevenzione**



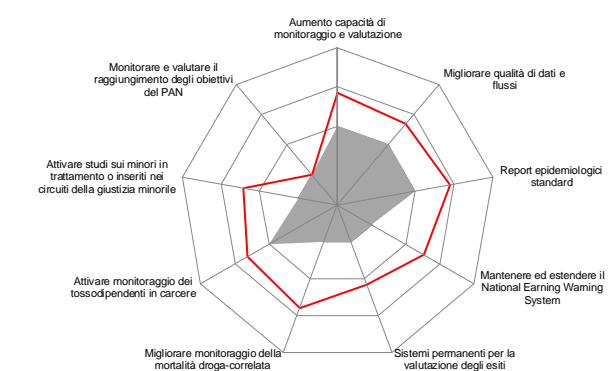
**Cura**



**Riabilitazione**

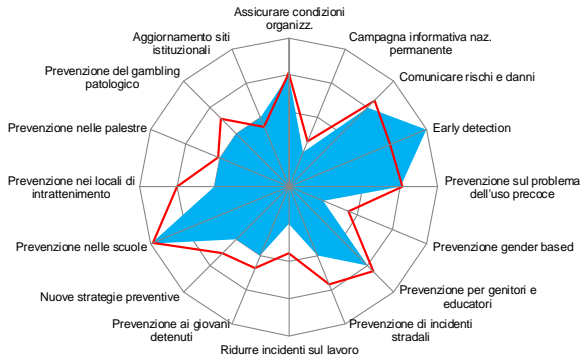


**Monitoraggio**

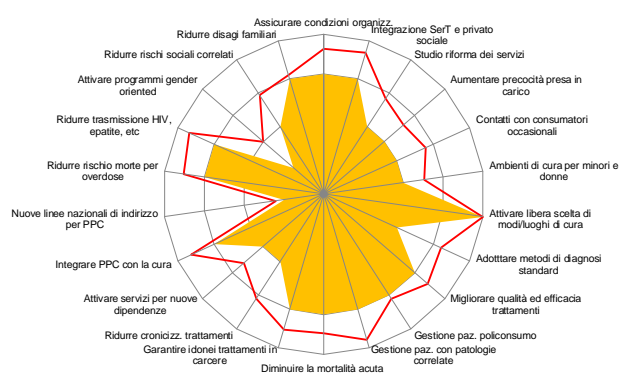


## Calabria

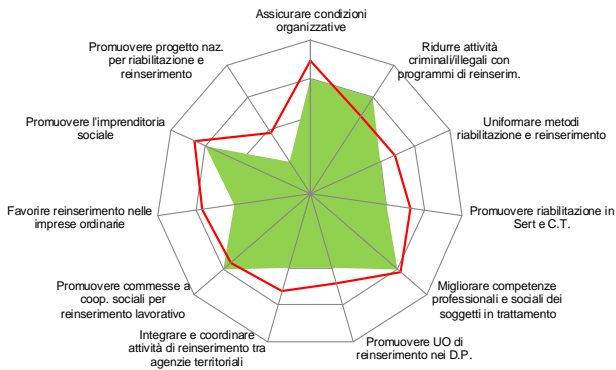
### Prevenzione



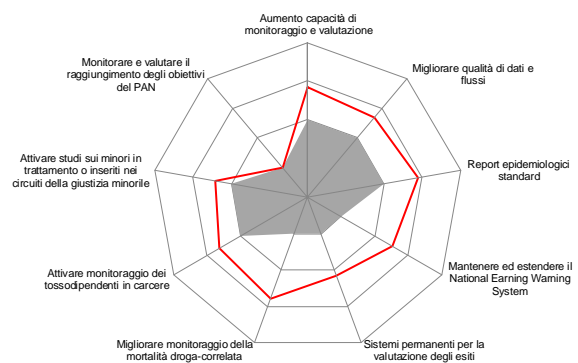
### Cura



### Riabilitazione

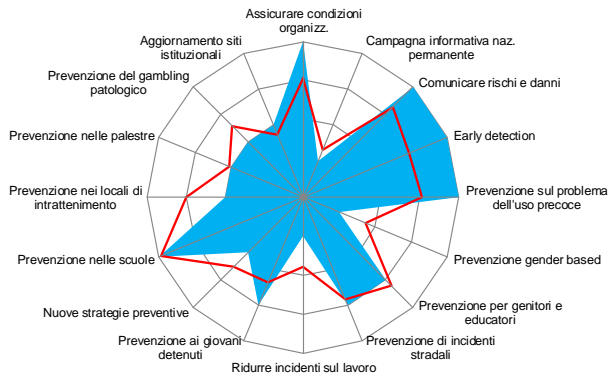


### Monitoraggio

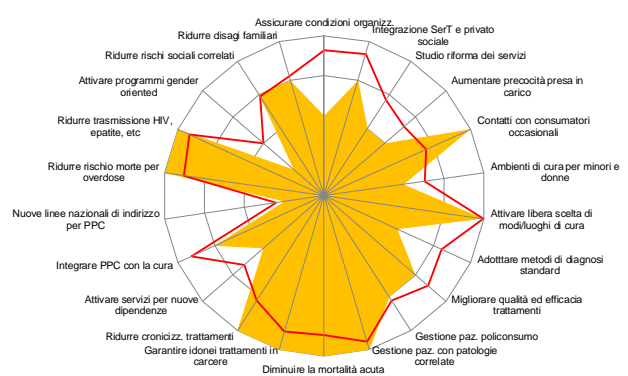


## Campania

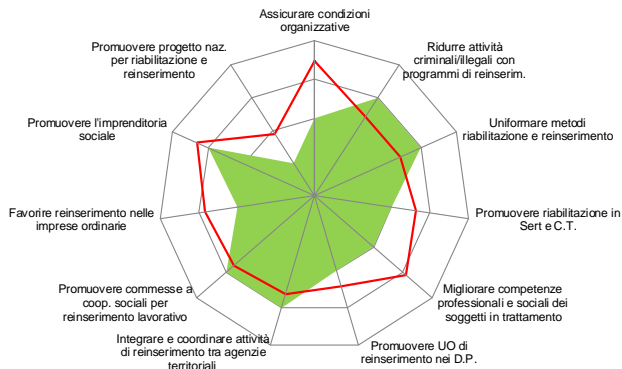
### Prevenzione



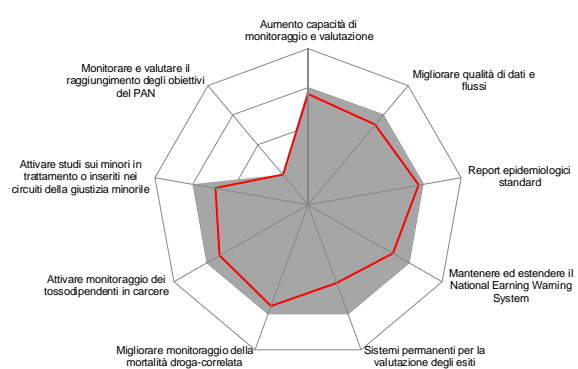
### Cura



### Riabilitazione

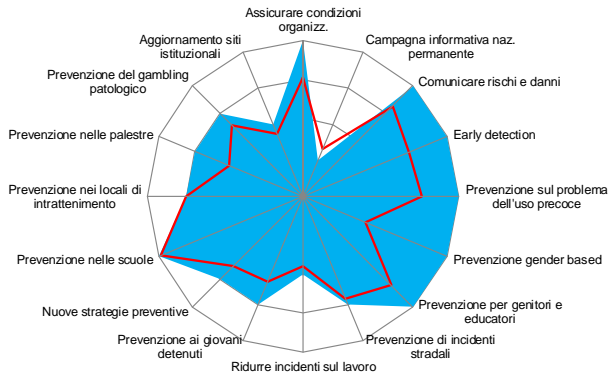


### Monitoraggio

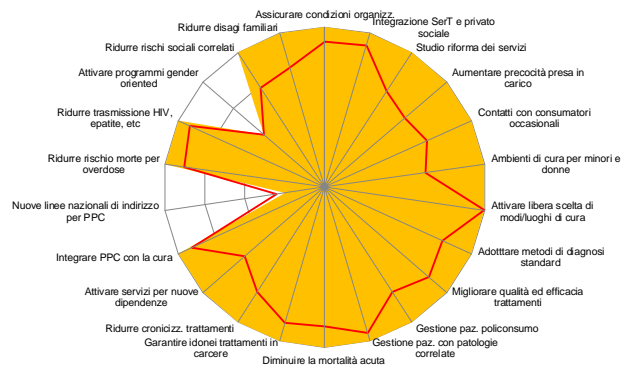


## Friuli Venezia Giulia

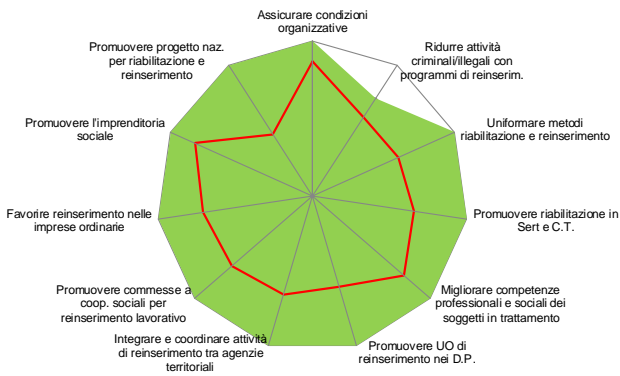
### Prevenzione



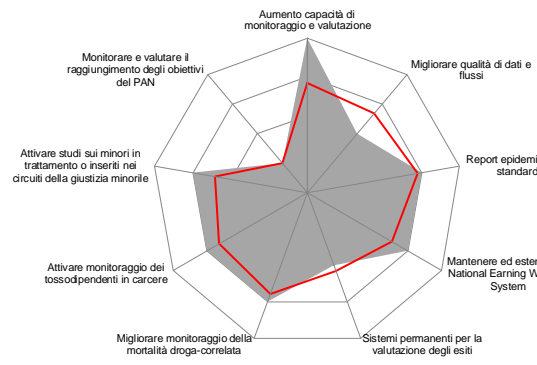
### Cura



### Riabilitazione

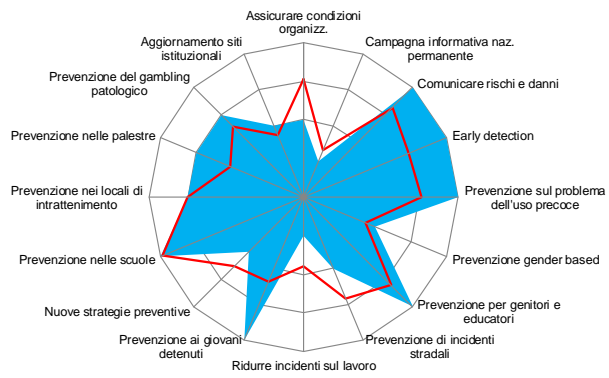


### Monitoraggio

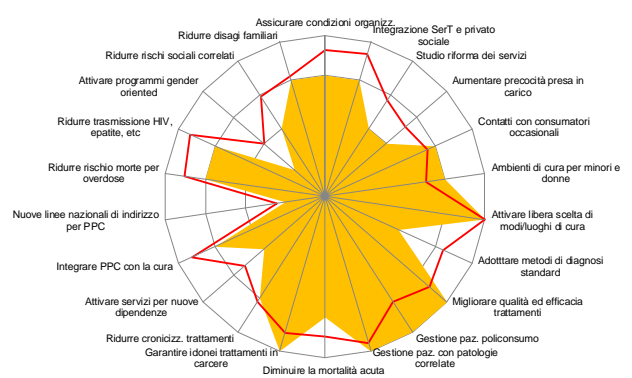


## Lazio

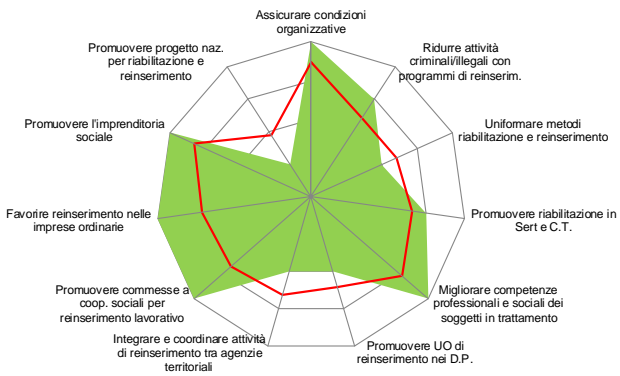
### Prevenzione



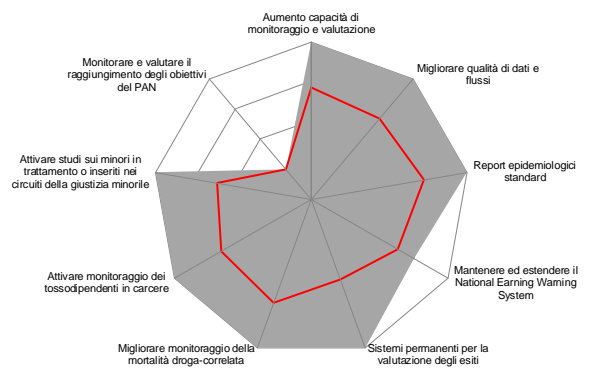
### Cura



### Riabilitazione

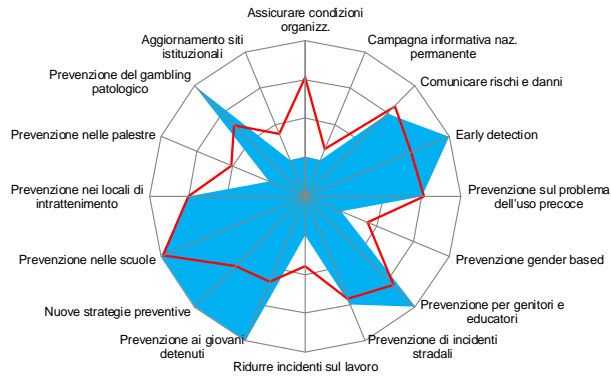


### Monitoraggio

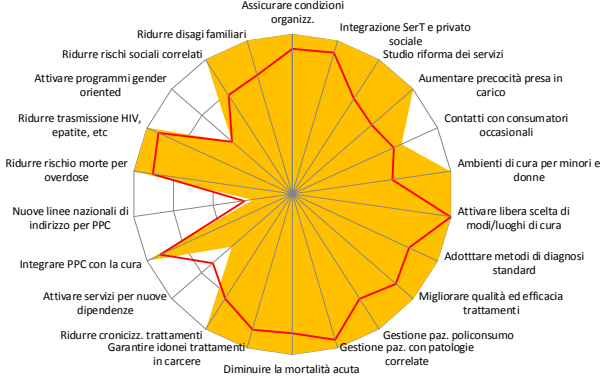


## Liguria

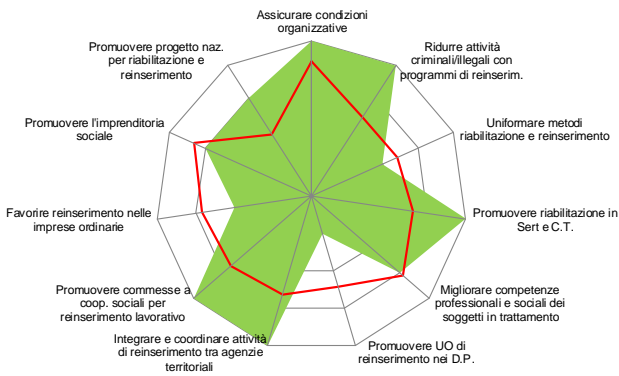
### Prevenzione



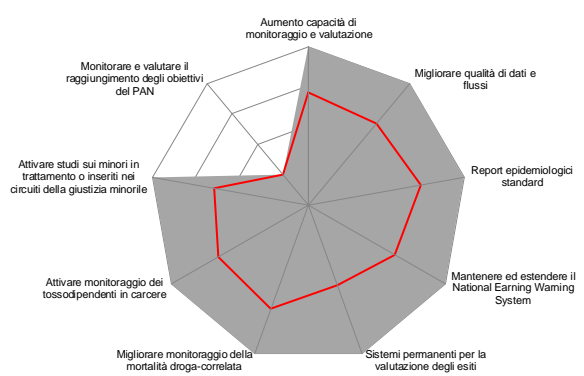
### Cura



### Riabilitazione

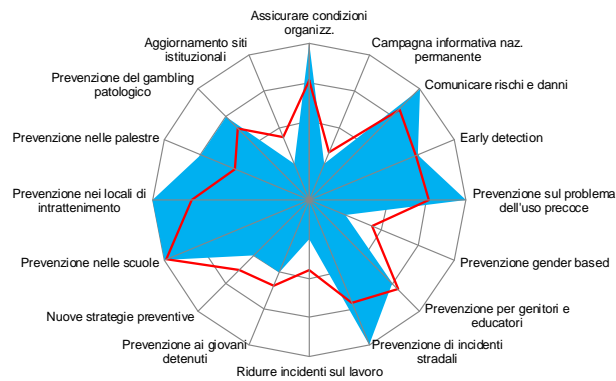


### Monitoraggio

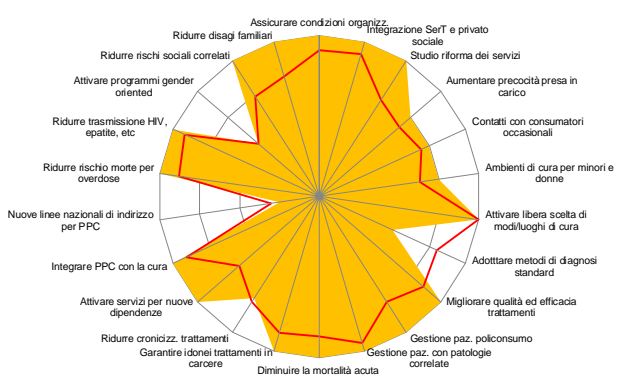


## Lombardia

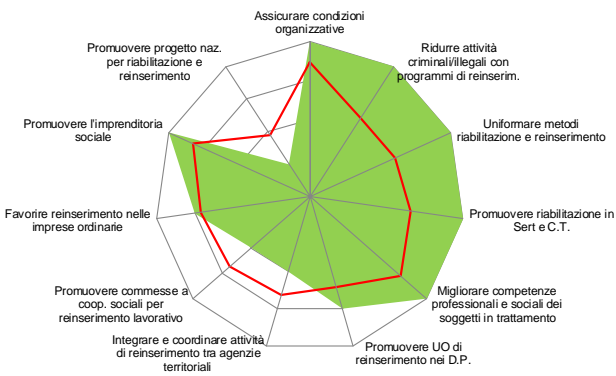
### Prevenzione



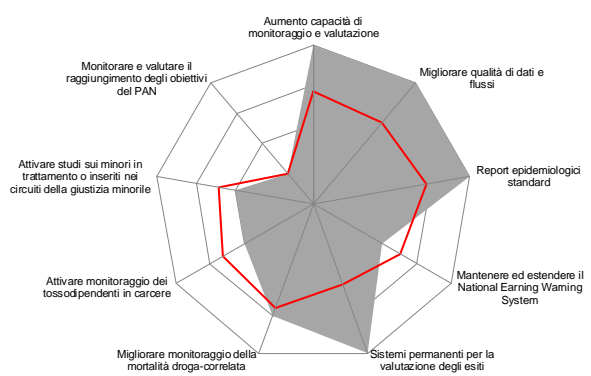
### Cura



### Riabilitazione

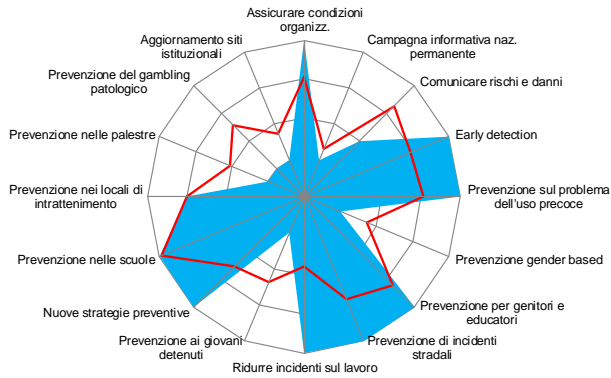


### Monitoraggio

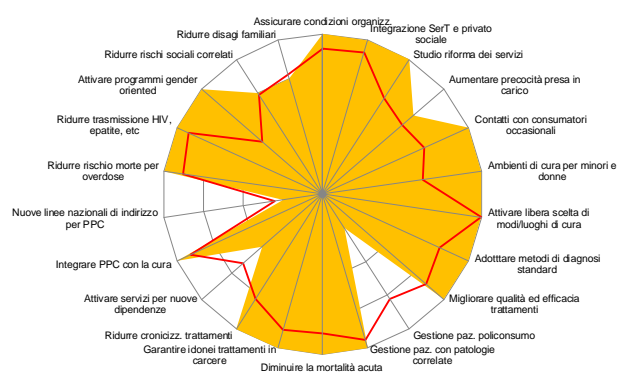


## Marche

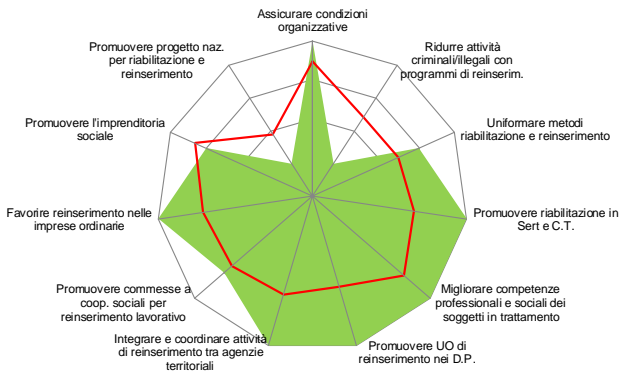
### Prevenzione



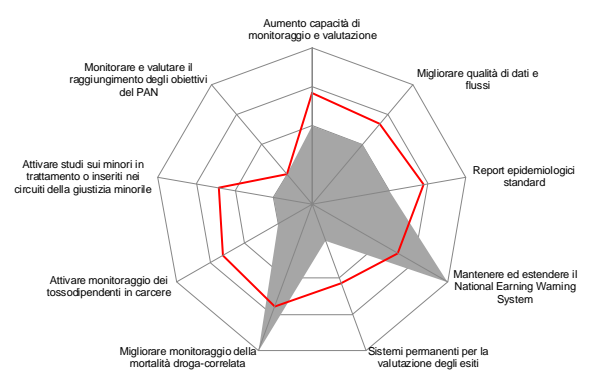
### Cura



### Riabilitazione

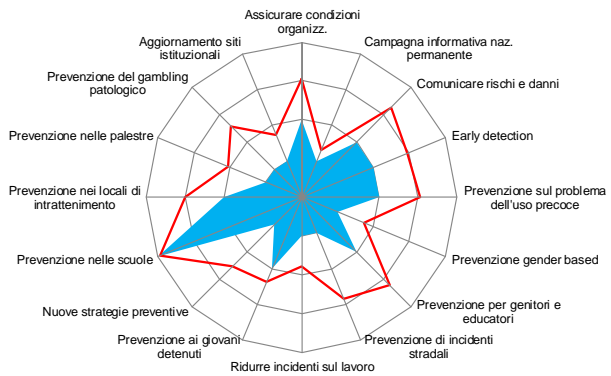


### Monitoraggio

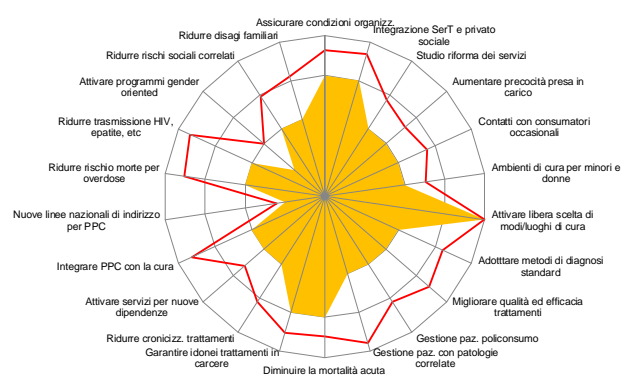


## Molise

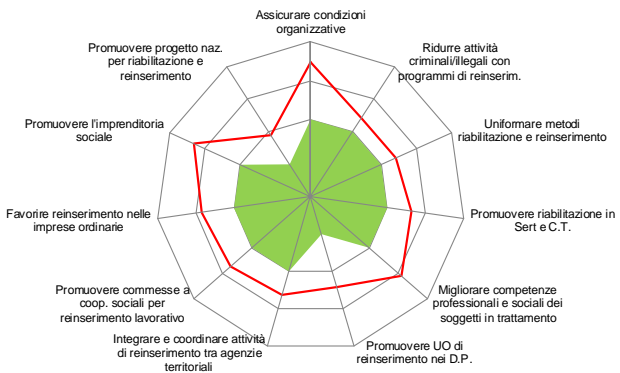
### Prevenzione



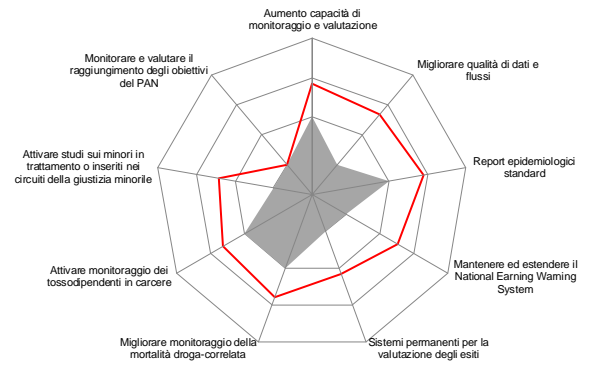
### Cura



### Riabilitazione

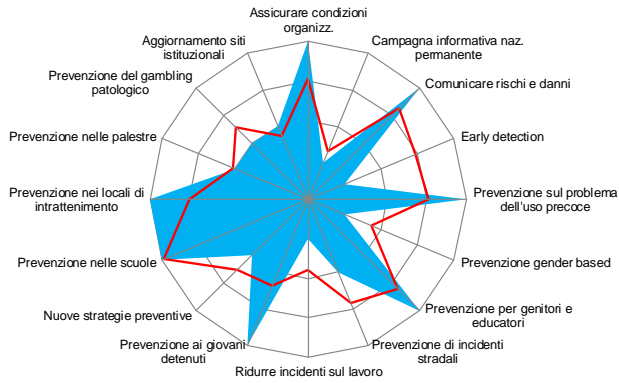


### Monitoraggio

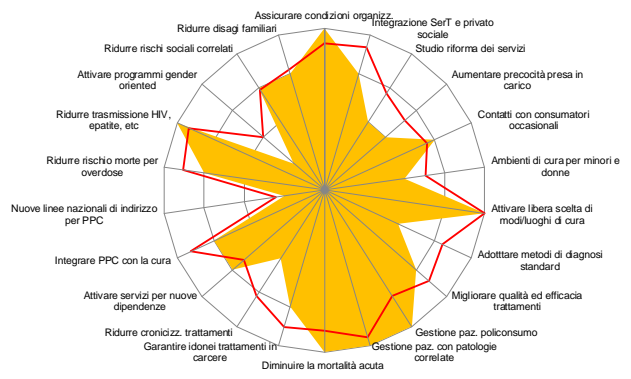


## Provincia Autonoma di Bolzano

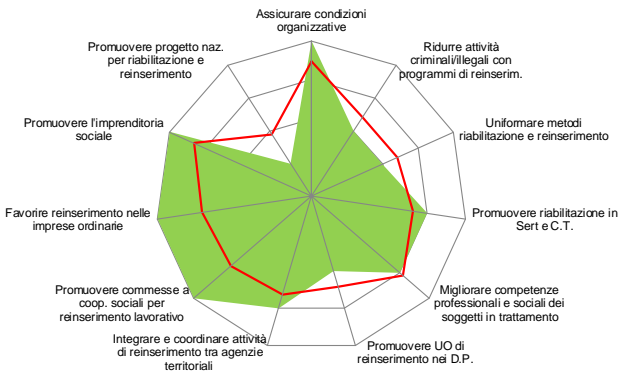
### Prevenzione



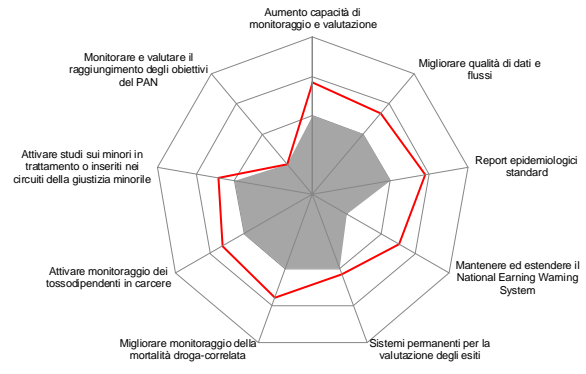
### Cura



### Riabilitazione

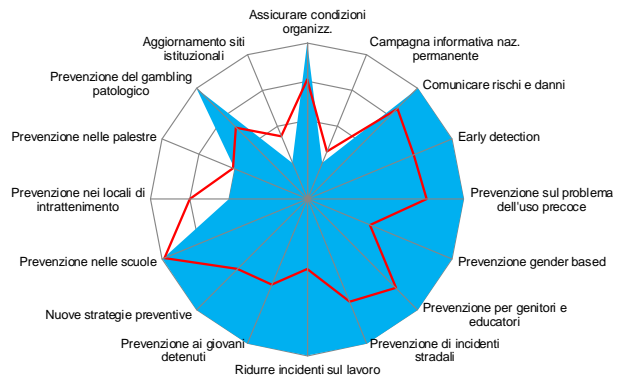


### Monitoraggio

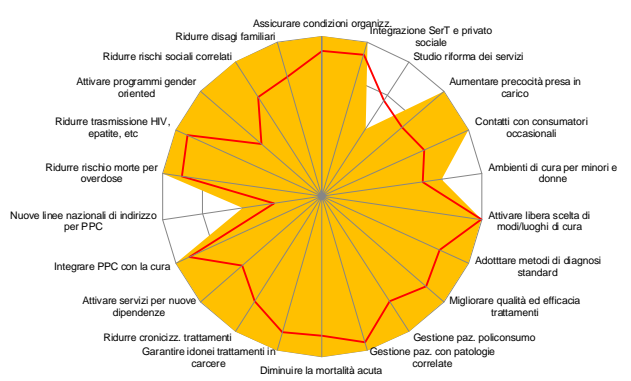


## Provincia Autonoma di Trento

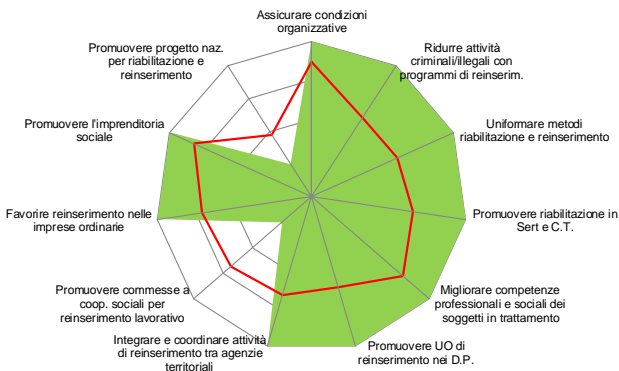
### Prevenzione



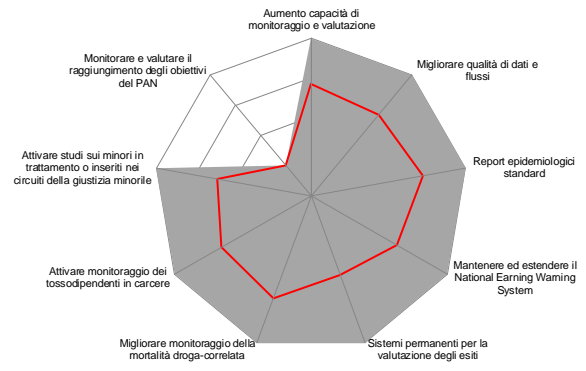
### Cura



### Riabilitazione

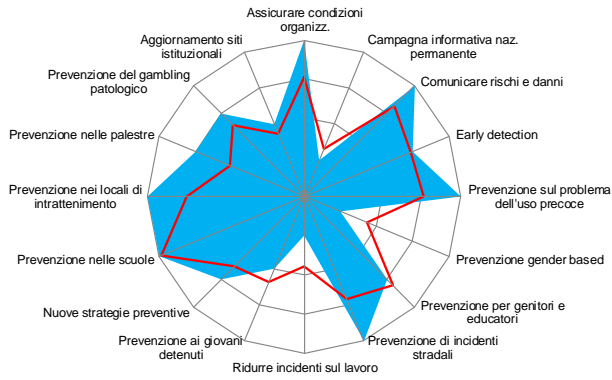


### Monitoraggio

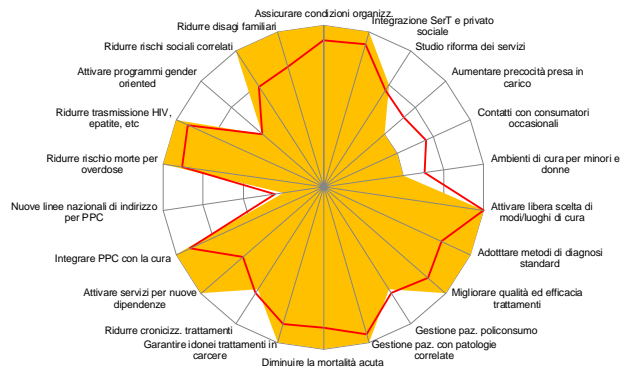


## Piemonte

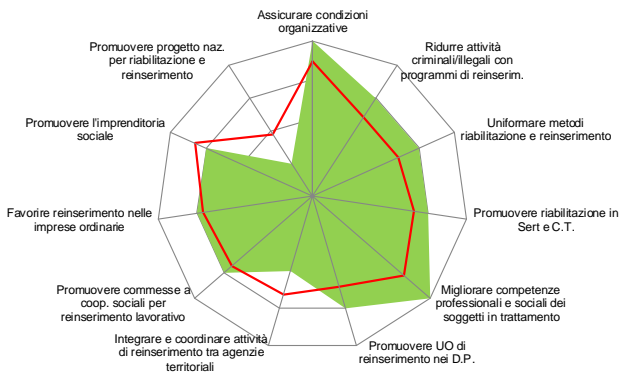
### Prevenzione



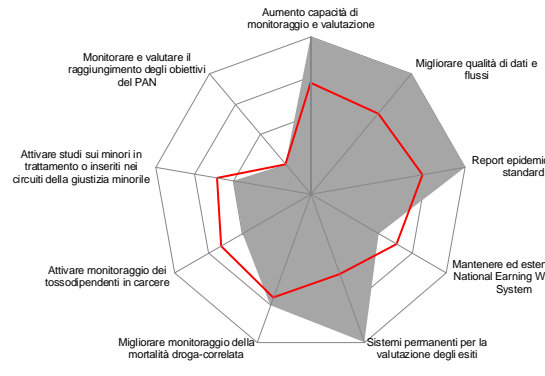
### Cura



### Riabilitazione

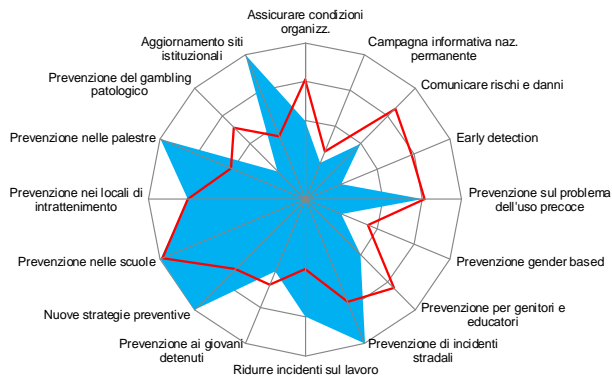


### Monitoraggio

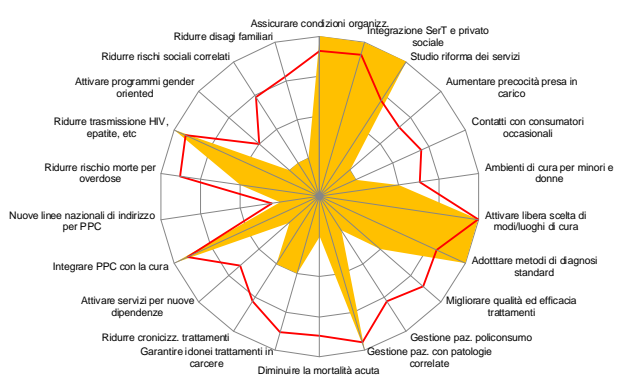


## Puglia

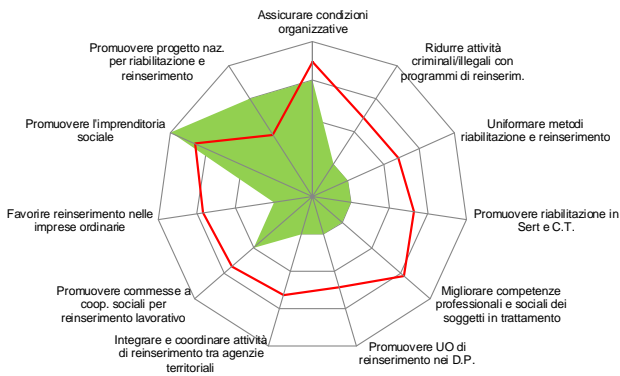
### Prevenzione



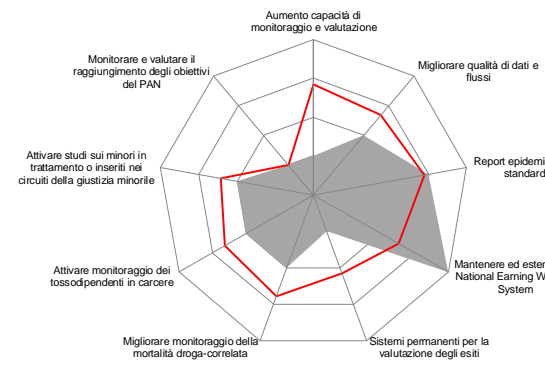
### Cura



### Riabilitazione



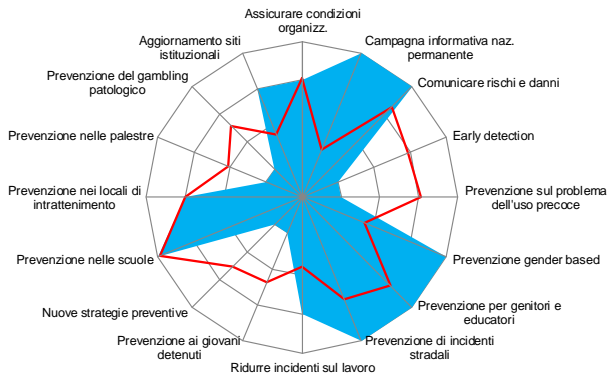
### Monitoraggio



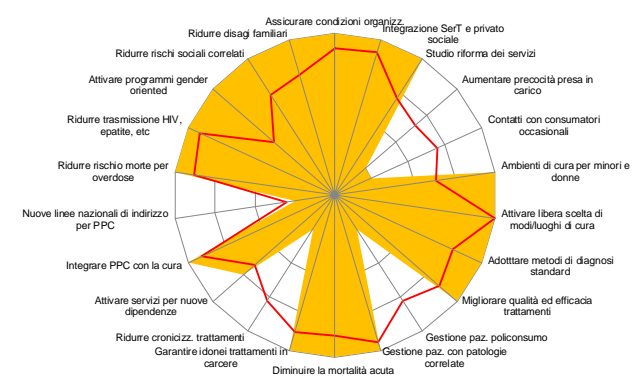


## Sardegna

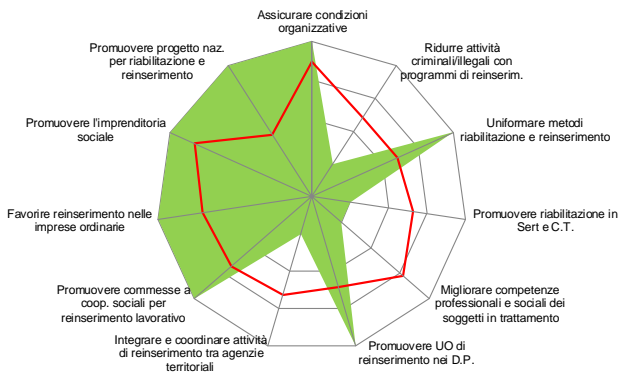
### Prevenzione



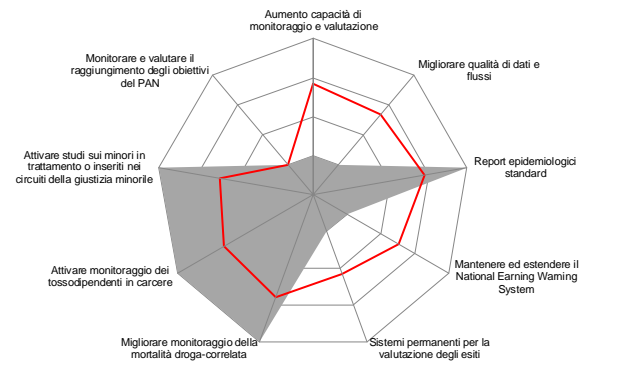
### Cura



### Riabilitazione

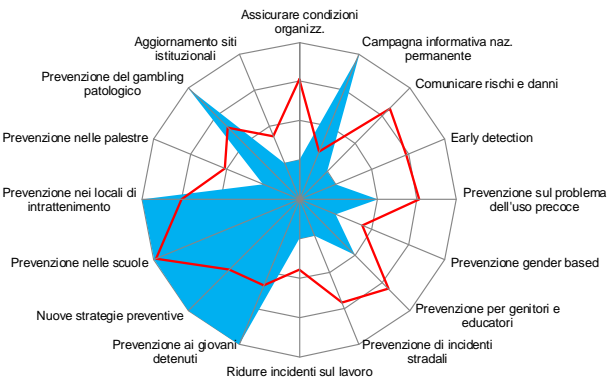


### Monitoraggio

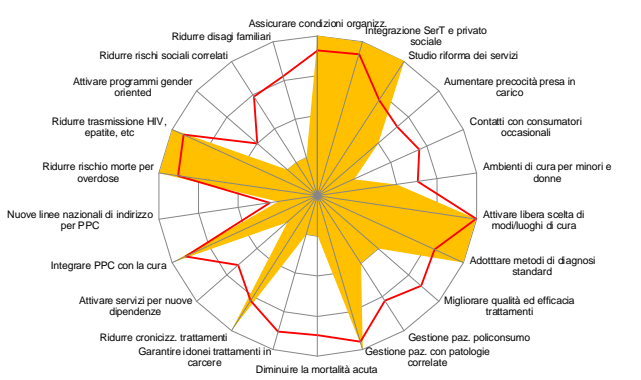


## Sicilia

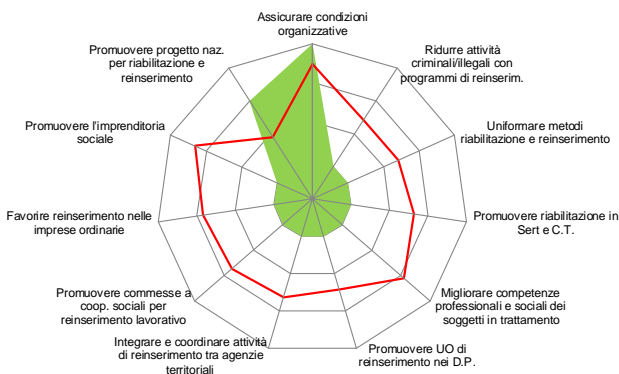
### Prevenzione



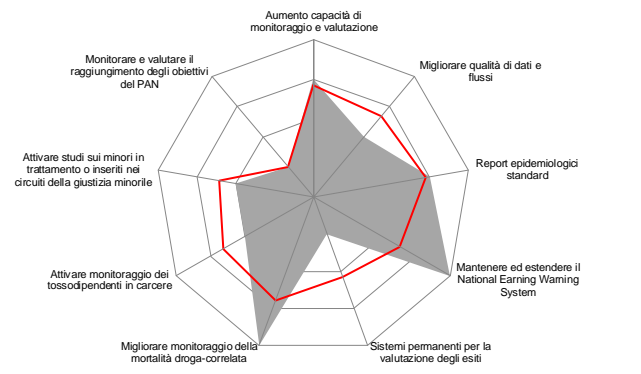
### Cura



### Riabilitazione

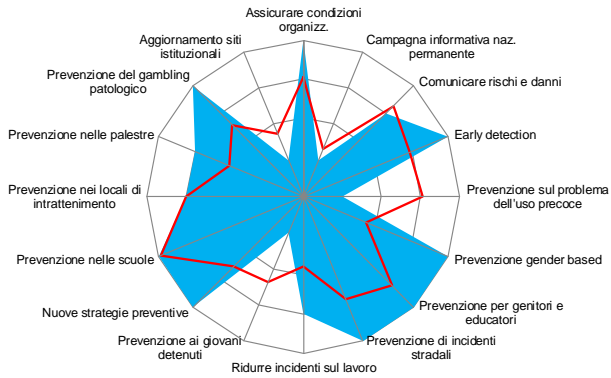


### Monitoraggio

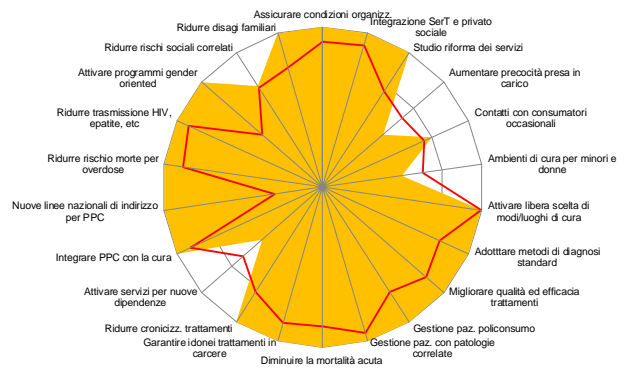


## Umbria

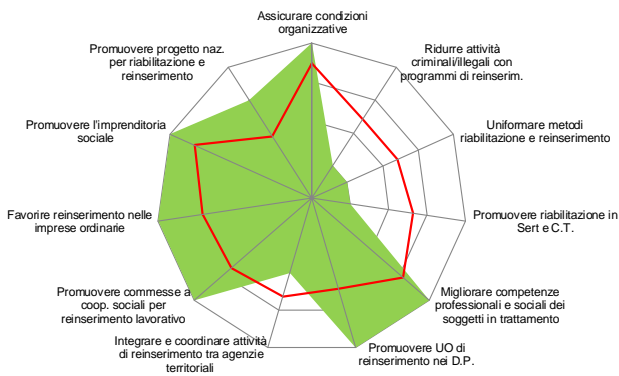
### Prevenzione



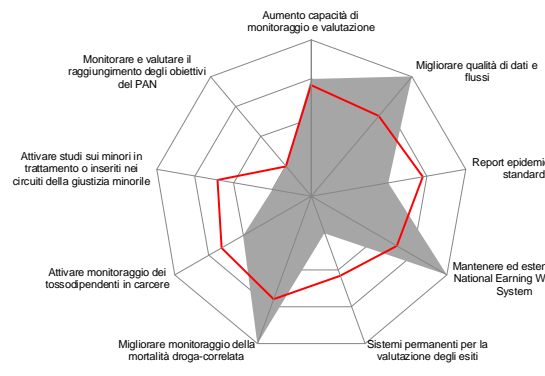
### Cura



### Riabilitazione

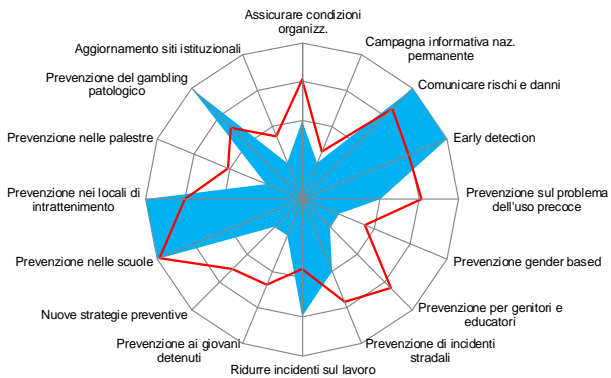


### Monitoraggio

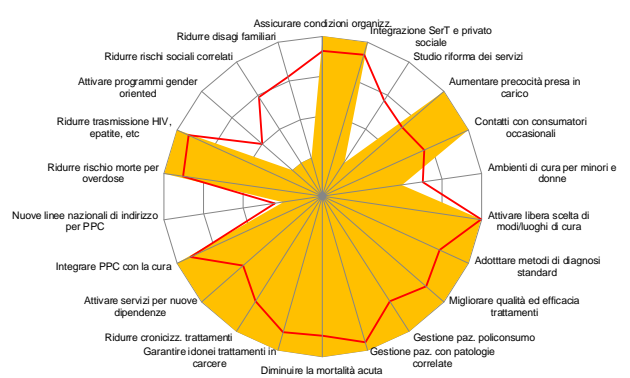


## Valle d'Aosta

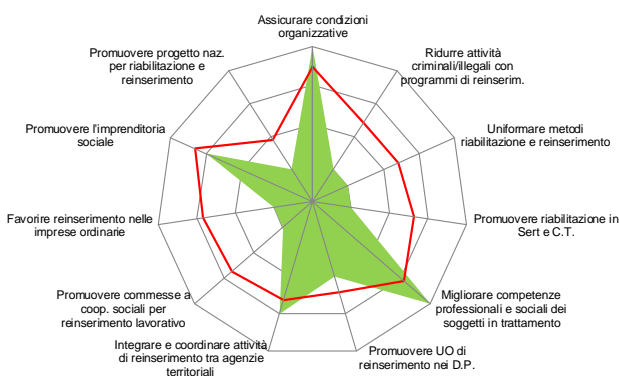
### Prevenzione



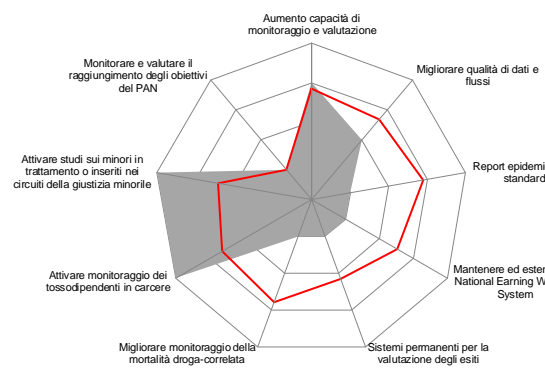
### Cura



### Riabilitazione

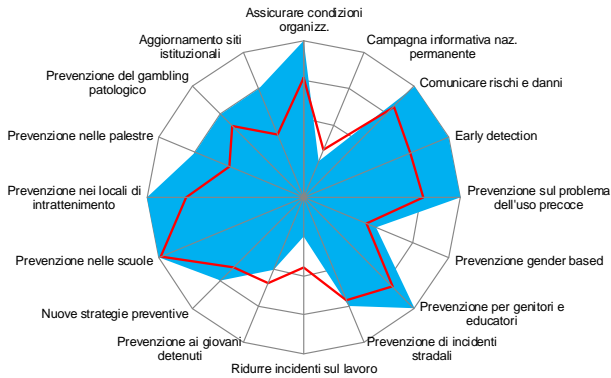


### Monitoraggio

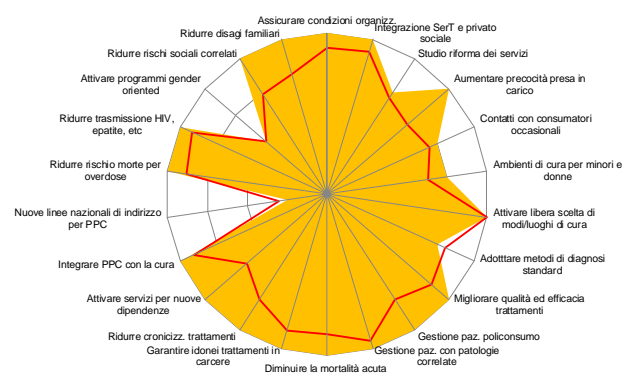


## Veneto

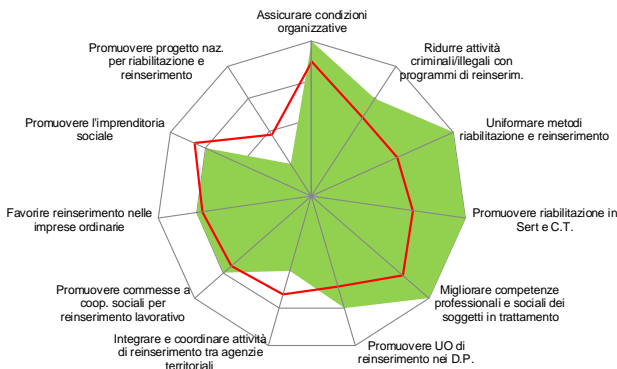
### Prevenzione



### Cura



### Riabilitazione



### Monitoraggio

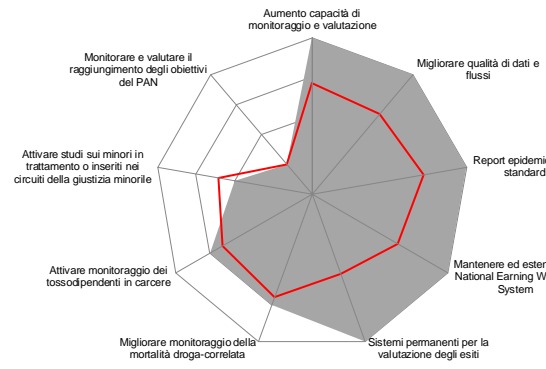
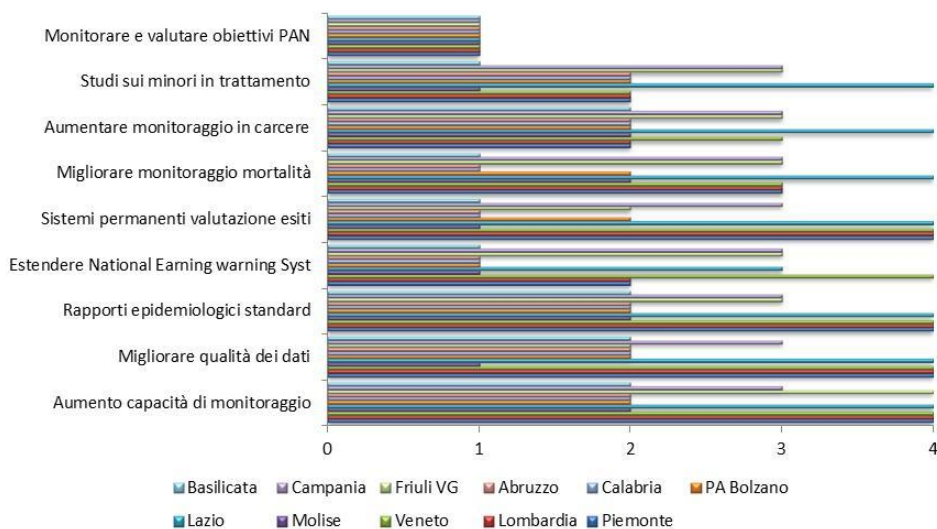


Figura VI.1.7: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Piemonte, Lombardia e Veneto segnalano l'adozione di pratiche routinarie per un buon numero di obiettivi. Friuli Venezia Giulia e Campania evidenziano, a loro volta, buoni indici di conformità anche se prevalentemente attestati su attività a progetto e conseguentemente con il rischio che la produzione statistica corrente non sia mantenuta negli anni successivi.

Nelle altre Regioni, monitoraggio e valutazione riflettono gli adempimenti legislativi stabiliti senza particolare valore aggiunto nei confronti delle politiche pubbliche contro le dipendenze. Tra le aree del PAN, il monitoraggio rappresenta quella con più bassi indici di conformità delle attività regionali rispetto agli obiettivi definiti dal PAN.

### **Le buone pratiche**

L'osservazione delle buone pratiche è stata preceduta dall'osservazione del quadro informativo generale (Scheda 1), dall'analisi delle attività regionali gestite direttamente dalle Direzioni regionali (Scheda 2), dalla descrizione delle buone pratiche (Scheda 3) e accompagnata prima dall'intervista con i responsabili regionali e, poi, dalla visita in loco nella sede di gestione della buona pratica.

Ognuna delle Regioni ad oggi consultate, presenta buone pratiche, osservabili nei seguenti profili:

- Legislazione e programmazione
- Gestione regionale delle attività
- Attività progettuali e di routine realizzate sul territorio regionale.

La caratteristica comune rilevata è la scarsa rappresentatività delle buone pratiche nella legislazione regionale. Questo elemento può essere causato da molti fattori. In primo luogo, dalla settorialità della materia delle dipendenze e la sua inclusione in ambiti normativi più vasti, come la salute o le politiche sociali. In secondo luogo, il rapido evolversi del fenomeno delle droghe impedisce alla struttura amministrativa un adeguato adattamento delle procedure di formazione del testo amministrativo. Lo strumento più utilizzato che offre una sufficiente visibilità è la Delibera di Giunta che tuttavia rende molto laborioso il processo di consultazione dall'esterno. In pochi casi, come il Piemonte, quando lo sforzo è quello di dare organicità alla materia lungo la strumentazione utilizzata nel "testi unici", la durata dello sforzo amministrativistico rende molto "onerosa" l'azione di riordinamento. In contesti più piccoli dotati di autonomia amministrativa, come la Provincia Autonoma di Bolzano o il Friuli Venezia Giulia, è presente una legislazione "sorgente" che tuttavia non comprende l'evoluzione raggiunta dalle esperienze nel territorio. In altri casi, come la Basilicata, Campania o Calabria, è necessario risalire nel tempo per individuare provvedimento di una certa rilevanza innovativa, come la strutturazione dei servizi pubblici o l'integrazione con il privato sociale.

Per quanto riguarda le attività gestite direttamente dalle Direzioni Regionali, l'osservazione ha rilevato il forte limite finanziario, soprattutto nelle Regioni soggette al piano di rientro, che limita l'avvio di sperimentazioni da parte delle Regioni anche in presenza di interessanti idee, o sul versante delle politiche o su quello di micro-sperimentazioni. Il caso del Lazio è esemplare nella ricerca di fonti di bilancio, anche in presenza del piano di rientro, per finanziare attività ritenute rilevanti per l'efficacia delle politiche pubbliche contro le dipendenze, come le attività formative per gli operatori oppure il perfezionamento di sistemi di valutazione epidemiologica.