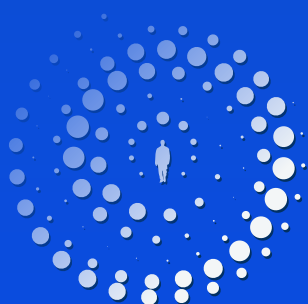




Ministro per le politiche giovanili



Piano di Azione Nazionale Dipendenze

PAND



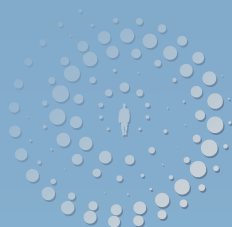
2022-2025



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le politiche antidroga



Ministro per le politiche giovanili



Piano di Azione Nazionale Dipendenze

PAND



2022-2025



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le politiche antidroga

Indice

Prefazione	21
Introduzione	23
1. Il Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025: sviluppo e struttura	29
1.1 Dall'agenda europea al contesto italiano passando per le risultanze della VI Conferenza Nazionale Dipendenze – Oltre le fragilità	29
1.2 La struttura del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025	30
1.3 Il processo partecipativo di sviluppo del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025	35
1.3.1 Metodologia dei Tavoli di Lavoro <i>online</i>	44
1.3.2 Partecipazione ai lavori online	46
1.3.3 Valutazione del processo partecipativo PAND	46
2. Il contesto di riferimento del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025	47
2.1 Il fenomeno delle dipendenze in Italia	47
2.2 La necessità di un'ontologia condivisa in ambito dipendenze	51
3. Il Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025	55
3.1 LINEA STRATEGICA 1 - Riduzione della domanda: prevenzione, trattamento e assistenza	55
3.1.1 Obiettivo Strategico 1: Prevenzione del consumo di droghe e sensibilizzazione in merito agli effetti dannosi delle dipendenze	57
P1 Assicurare il coordinamento interistituzionale e tecnico scientifico per l'area della prevenzione	58
A1 Definire Linee di Indirizzo per la distribuzione omogenea e strutturata di finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla presa in carico precoce	59
A2 Promuovere l'attivazione del sistema di monitoraggio delle azioni di prevenzione in ambito dipendenze previsto dal Piano Nazionale Prevenzione	60
A3 Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze	61
P2 Incentivare la prevenzione delle dipendenze nel setting scolastico	63
A4 Avviare un percorso di lavoro interministeriale finalizzato a integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Docenti con moduli obbligatori relativi alla Promozione della Salute e Prevenzione educativa	64



A5	Sviluppare indicazioni operative per l'intercettazione precoce del disagio specifico in ambito scolastico e familiare	65
A6	Implementare Linee Guida nazionali per l'attivazione nelle scuole di <i>team</i> multiprofessionali che integrino e supportino l'insegnante referente per l'educazione alla salute	66
A7	Attivare corsi di formazione e di aggiornamento per docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado d'istruzione	68
A8	Sviluppare programmi specifici per ciclo di vita che adottino un approccio globale e continuativo alla promozione delle <i>life skill</i>	69
A9	Promuovere la <i>peer education</i> nelle scuole secondarie di secondo grado	70
P3	Sviluppo della prevenzione e della presa in carico precoce	71
A10	Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze	72
A11	Implementare lo sviluppo di competenze specifiche, sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D	73
A12	Avviare un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa	74
P4	Potenziare le reti di comunità per la costruzione di coalizioni locali (<i>Communities that care</i>)	75
A13	Predisporre piani di formazione e aggiornamento professionale rivolti a <i>policy maker</i> e riconosciuti contrattualmente su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione	76
A14	Strutturare, programmare e realizzare interventi di comunità multicomponenti	77
P5	Promuovere campagne sulle dipendenze adeguate in termini di <i>target</i> obiettivi e messaggi	78
A15	Promuovere Linee di Indirizzo per la normalizzazione dell'attività preventiva nell'ambito delle dipendenze	79
A16	Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne <i>social</i> sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale	80
A17	Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano testimonial famosi <i>e/o influencer</i> noti, appartenenti a diverse subculture	81
P6	Incentivare la prevenzione delle Dipendenze comportamentali	82
A18	Promuovere la realizzazione di progetti di prevenzione del gioco d'azzardo patologico	83
3.1.2	Obiettivo Strategico 2: Accessibilità e rafforzamento dei servizi di trattamento e assistenza	85

P7	Innovare, ampliare e rendere omogenea la rete dei Servizi per le Dipendenze”	86
A19	Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze	87
A20	Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l’accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure	89
A21	Sviluppare Linee di Indirizzo per il monitoraggio e la valutazione del funzionamento dei Dipartimenti	90
P8	Organizzare un modello di <i>governance</i> multilivello (nazionale regionale e territoriale)	91
A22	Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto	92
A23	Assicurare una <i>governance</i> multilivello che attraverso i diversi piani della programmazione (nazionale, regionale e territoriale) garantisca il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli <i>stakeholder</i>	93
P9	Sistema integrato di accesso, valutazione, progettazione personalizzata e presa in carico precoce esteso in modo uniforme in tutte le Regioni e Province Autonome	95
A24	Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l’attivazione o il potenziamento di <i>equipe</i> multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l’introduzione del Budget di Salute	96
A25	Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce	98
A26	Favorire l’integrazione dei Ser.D con i Servizi di bassa soglia in un’ottica di diagnosi e intervento precoce attraverso la definizione di Linee Guida nazionali, modelli di intervento, strategie operative	99
P10	Sviluppare Linee di Indirizzo per omogeneizzare i criteri di accreditamento istituzionale e i parametri per la tariffazione	100
A27	Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l’accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal Pubblico che dal Privato Sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a <i>target</i> specifici e parametri per la tariffazione	101
P11	Stanziare risorse vincolate per lo sviluppo del processo di riforma	102
A28	Definire Linee di Indirizzo per il finanziamento al sistema dei Servizi per le Dipendenze	103
3.1.3	Obiettivo Strategico 3: Potenziamento dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa	105



P12	Strutturare reti regionali e locali al fine di favorire la massima integrazione tra i diversi attori territoriali	106
A29	Promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale	107
A30	Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e <i>multistakeholder</i> di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta	108
A31	Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le <i>Equipe</i> multiprofessionali per la gestione dell'integrazione sociosanitaria (rete integrata di accesso)	109
P13	Istituire all'interno dei Servizi un'area riabilitativa con competenze e professionalità specifiche	110
A32	Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un'ottica di appropriatezza e di continuità	111
A33	Sviluppare Linee di Indirizzo per la costituzione all'interno dei Servizi di <i>equipe</i> multiprofessionali appropriate finalizzate alla presa in carico delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario	112
A34	Sviluppare Linee di Indirizzo per potenziare le funzioni di domiciliarità dei Servizi	113
P14	Valorizzare il ruolo di funzione pubblica di cooperative e imprese sociali per l'inserimento lavorativo applicando e rafforzando le modalità di sostegno	114
A35	Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/ Imprese Sociali	115
P15	Prevedere interventi per il diritto alla casa in forma singola o mutualmente associata come condizione determinante per i percorsi di inserimento sociale e di riabilitazione	116
A36	Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenzialità Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze	117
3.1.4	Obiettivo Strategico 4: Incremento della disponibilità e dell'accesso a sostanze controllate a uso medico	119
P16	Rafforzare la cooperazione tra le istituzioni coinvolte nei processi autorizzativi relativi alla Cannabis a Uso Medico	120
A37	Supportare le attività del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione e attivare studi e ricerche	121
A38	Sviluppare Linee di Indirizzo per la creazione di un registro e di flussi informativi nazionali per la programmazione e pianificazione dei fabbisogni regionali di Cannabis a Uso Medico	122

P17	Sviluppare prodotti standardizzati di grado farmaceutico a base di Cannabis a Uso Medico	123
A39	Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi clinici controllati, anche in collaborazione con le società medico-scientifiche, su sicurezza ed efficacia di prodotti medicinali a base di Cannabis a Uso Medico	124
A40	Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi finalizzati all'uniformazione del valore di THC finale del prodotto e alla standardizzazione dello stesso a prescindere dalla pianta da cui viene estratto	125
P18	Costruire un percorso che superi le differenze nell'applicazione delle disposizioni vigenti a livello regionale anche in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive	126
A41	Sviluppare Linee di Indirizzo per omogeneizzare l'applicazione delle disposizioni vigenti a livello regionale anche in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive	127
P19	Coinvolgere Enti pubblici in collaborazione con soggetti privati per ampliare la coltivazione necessaria ai fabbisogni e per abbattere il costo della materia prima	128
A42	Definire Linee di Indirizzo per la ricerca e lo sviluppo di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico e per assicurare una produzione continua di talee da piante madri	129
P20	Garantire la continuità di trattamento nei pazienti le cui patologie risultino trattabili con Cannabis a Uso Medico	130
A43	Istituire un Tavolo di Lavoro per individuare criticità e possibili strategie volte al potenziamento dell'efficacia della formazione sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza, rivolti a medici e farmacisti.	131
A44	Definire Linee di Indirizzo per uniformare la procedura di gestione del consenso informato legato alla prescrizione e di Cannabis a Uso Medico	132
A45	Sviluppare un Tavolo di Lavoro per individuare le modalità più idonee di risposta alle problematiche di dipendenza che si dovessero manifestare in pazienti trattati con Cannabis a Uso Medico	133
A46	Definire Linee di Indirizzo per la formazione del personale medico sui possibili rischi derivanti dal trattamento con <i>painkiller</i> e benzodiazepine nelle terapie del dolore	134
P21	Promuovere una campagna di informazione pubblica in merito all'accesso e all'uso di Cannabis a Uso Medico	135
A47	Sviluppare un Tavolo di Lavoro per la definizione degli strumenti maggiormente efficaci per aumentare l'informazione pubblica informare e promuovere la conoscenza e la diffusione di informazioni sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza	136



3.2	LINEA STRATEGICA 2 - Riduzione dell'offerta: garantire la sicurezza sociale	139
3.2.1	Obiettivo Strategico 5: Coordinamento e cooperazione per il contrasto dell'offerta	141
P22	Contrastare il narcotraffico: smantellare i gruppi della criminalità organizzata legati al traffico di droga	143
A48	Contrastare i gruppi criminali organizzati italiani e stranieri operanti in Italia e nei mercati della droga transfrontalieri e smantellare i modelli commerciali criminali, che favoriscono la collaborazione tra i diversi gruppi della criminalità organizzata	144
A49	Promuovere l'avvio di indagini patrimoniali contestuali alle indagini per narcotraffico, al fine di individuare gli <i>asset</i> finanziari delle organizzazioni criminali, nonché i canali di reimpiego dei narcoprofiti	145
A50	Accrescere la formazione specialistica degli appartenenti alle Forze di Polizia che operano nel contrasto al narcotraffico	146
P23	Rafforzare la capacità di sequestrare le sostanze stupefacenti e i precursori in entrata e in uscita sul territorio	147
A51	Rendere più efficaci i controlli delle frontiere, al fine di contrastare l'importazione illegale di sostanze stupefacenti e di precursori all'interno del territorio nazionale ed europeo	148
P24	Rendere più efficace il monitoraggio dei canali logistici utilizzati per la distribuzione di quantitativi medio-piccoli di droga e aumentare, in stretta collaborazione con il settore privato, i sequestri di sostanze illecite introdotte clandestinamente attraverso tali canali	149
A52	Contrastare il narcotraffico che avviene attraverso i servizi postali e di corriere espresso, mediante l'impiego di nuove tecnologie di analisi spettrografica	150
P25	Smantellare la produzione e la trasformazione degli stupefacenti, prevenire il dirottamento e il traffico dei precursori di droga per la produzione di droghe illecite e porre fine alla coltivazione illegale	151
A53	Contrastare la produzione e la commercializzazione illecita delle sostanze stupefacenti di origine sintetica e dei relativi precursori, attraverso applicativi dedicati per la circolazione delle informazioni	152
A54	Contrastare la coltivazione illecita delle sostanze stupefacenti attraverso lo svolgimento di apposite campagne di sorvoli sulle regioni interessate dal fenomeno	153
P26	Contrastare i sistemi di cifratura e altri nuovi metodi tecnologici utilizzati dalle organizzazioni criminali dedite al narcotraffico per occultare le comunicazioni ed evitare di essere intercettati	154
A55	Realizzare presso la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga un Punto nazionale di convergenza sulle comunicazioni criptate utilizzate in attività di traffico di droga <i>online</i>	155

A56	Incoraggiare la creazione di <i>Cyber</i> investigatori, anche prevedendo uno studio di fattibilità sul piano giuridico, al fine di monitorare e contrastare il crescente uso della tecnologia crittografica nel narcotraffico	157
P27	Anticipare la risposta repressiva in una fase antecedente all'ingresso e alla parcellizzazione dello stupefacente in Italia per una difesa "avanzata" del territorio nazionale e il perseguimento di economie di scala nell'azione investigativa e di contrasto	158
A57	Rafforzare i metodi di monitoraggio e indagine concernenti le ferrovie, le vie marittime e lo spazio aereo	159
A58	Promuovere la costituzione di una piattaforma nazionale, con proiezione regionale, finalizzata alla centralizzazione, al controllo e alla gestione delle informazioni relative al trasporto aereo e marittimo di sostanze stupefacenti che transitano nel Mediterraneo, con il coinvolgimento di ufficiali di collegamento provenienti dai Paesi delle aree maggiormente attinte dalle rotte marittime ed aeree del narcotraffico	161
A59	Rafforzare e promuovere lo svolgimento di analisi di rischio, di metodi di indagine, di controlli e di procedure in ambito portuale e aeroportuale, al fine di incrementare le capacità di <i>screening</i> così da individuare la presenza di droghe e precursori in <i>container</i> e camion	162
A60	Promuovere una iniziativa finalizzata a migliorare la capacità di contrasto del traffico di droga lungo la rotta balcanica attraverso l'attuazione di una cooperazione snella e agile tra le principali nazioni euroasiatiche interessate	162
P28	Promuovere azioni di contrasto nei confronti dello spaccio delle sostanze stupefacenti	164
A61	Promuovere le azioni di contrasto, anche ricorrendo ad innovativi protocolli operativi per lo smantellamento delle cosiddette "piazze di spaccio", il cui fenomeno, ben radicato in alcune aree urbane periferiche o nei contesti di aggregazione giovanile, desta allarme sociale e riduce la percezione di sicurezza delle persone	165
A62	Contrastare l'offerta illegale di farmaci contenenti principi attivi ad azione psicoattiva e la vendita, in particolare, nelle aree o luoghi di svago o di intrattenimento	166
A63	Presidiare i luoghi di aggregazione dei giovani con azioni di prevenzione del reato di spaccio	167
A64	Creare una rete di laboratori pubblici, accreditati, capillarmente presente sul territorio, per effettuare, in concorso con i laboratori centrali e territoriali della Polizia Scientifica della Polizia di Stato e i laboratori dei Reparti Investigazioni Scientifiche dell'Arma dei Carabinieri, gli esami tossicologici sui referti sequestrati ex Art. 75 del T.U. 309/90	168
A65	Promuovere e sostenere iniziative di prevenzione e contrasto allo spaccio di stupefacenti in prossimità dei plessi scolastici	170
P29	Rendere più efficace il monitoraggio dei canali digitali utilizzati per la distribuzione delle sostanze stupefacenti e aumentare, in stretta collaborazione con il settore privato, i sequestri di sostanze illecite introdotte clandestinamente attraverso tali canali	171

A66	Contrastare i canali digitali utilizzati per la diffusione delle droghe illecite attraverso il potenziamento delle attività di contrasto nella rete e sulle piattaforme informatiche, sia nell' <i>open web</i> sia nel <i>dark web</i>	172
A67	Monitorare <i>web</i> e <i>darkweb</i> per il contrasto di fenomeni di diffusione e commercializzazione delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) al fine di prevenire situazioni potenzialmente di rischio per la salute e la sicurezza pubblica.....	173
A68	Intensificare la cooperazione tra le unità specializzate nazionali e dei collaterali dei Paesi UE e terzi, favorendo lo scambio di <i>best practice</i>	174
P30	Formazione, specializzazione e aggiornamento degli operatori di polizia nel settore del contrasto del narcotraffico	176
A69	Prevedere corsi di formazione in materia di criptovalute, <i>cyber investigation</i> , laboratori clandestini, antiriciclaggio, operazioni speciali, droghe sintetiche e Nuove Sostanze Psicoattive, individuando la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga come <i>hub</i> formativo.....	177
A70	Promuovere la formazione degli operatori di polizia che svolgono attività di informazione e prevenzione in ambiente scolastico nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità attraverso lo svolgimento di corsi centralizzati, che prevedono l'intervento didattico di esperti quali operatori dei Ser.D, psicologi, comunicatori provenienti dal mondo della prevenzione, tossicologi, ecc.....	178
P31	Rafforzamento della cooperazione delle forze dell'ordine a livello nazionale e internazionale per potenziare il contrasto al narcotraffico	180
A71	Promuovere la cooperazione internazionale di polizia sul piano bilaterale e multilaterale.....	181
A72	Promuovere la stipula di appositi accordi intergovernativi e Memorandum Operativi Antidroga (MOA) tecnici con le competenti Autorità dei Paesi maggiormente interessati dalle "rotte" degli stupefacenti, finalizzati ad accrescere la cooperazione di polizia e lo svolgimento di iniziative investigative congiunte contro il traffico di droga, anche ricorrendo alle cosiddette operazioni speciali (attività <i>undercover</i> e consegne controllate internazionali).....	183
A73	Potenziare, nel rispetto delle procedure previste e delle competenze delle Amministrazioni interessate, la rete degli Esperti per la Sicurezza di estrazione antidroga, ai sensi dell'Art. 11 del T.U. 309/90, prevedendo unità aggiuntive da dislocare nei luoghi emergenti di produzione, transito e stoccaggio della droga.....	184
A74	Implementare i <i>network</i> degli <i>attaché</i>	185
A75	Promuovere la comunicazione attraverso i canali esistenti (Europol, Interpol, Ufficiali di Collegamento).....	186
3.2.2	Obiettivo Strategico 6: Risposte efficaci alle tendenze emergenti connesse alle droghe illecite	189

P32	Sviluppare la prevenzione, in particolare tra i giovani, per impedire che siano coinvolti nel consumo e nel traffico di droghe	190
A76	Monitorare i luoghi di aggregazione giovanile allo scopo di rilevare situazioni territoriali di maggiore disagio al fine di progettare azioni di prevenzione adeguate	191
A77	Promuovere l'attivazione e lo svolgimento di nuove campagne di informazione all'interno degli Istituti di istruzione in cui l'azione del personale delle Forze di Polizia avvenga nell'ambito di programmi integrati in sinergia con i Ser.D, le reti territoriali e i Piani dell'Offerta Formativa, secondo metodi di provata efficacia scientifica	192
A78	Potenziare la condivisione e disseminazione delle informazioni prodotte all'interno della rete REITOX attraverso un gruppo di coordinamento interistituzionale presso il Dipartimento Politiche Antidroga	193
P33	Identificare precocemente l'uso di nuove sostanze	195
A79	Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce	196
A80	Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce	197
A81	Implementare la capacità delle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso, Laboratori) d'individuare eventuali sostanze d'abuso in casi sospetti di agitazione psicomotoria e/o alterazioni del comportamento con cause da identificare	199
3.3	LINEA STRATEGICA 3 - Affrontare i danni connessi alle dipendenze	201
3.3.1	Obiettivo Strategico 7: Interventi di Limitazione dei Rischi e Riduzione del Danno per le Persone che Usano Droghe	203
P34	Definizione di interventi uniformi a livello nazionale e per il recepimento delle misure di Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi da parte delle Regioni e Province Autonome	204
A82	Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi	205
A83	Definire Linee di Indirizzo nazionali per Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e individuare gli <i>standard</i> di qualità per il personale e le attività dei servizi e dei progetti	206
A84	Sviluppare una rete nazionale di coordinamento di servizi regionali che si occupano di grandi eventi formali e informali	207
P35	Prevenzione, diagnosi precoce <i>linkage to care</i> per le malattie correlate al consumo di sostanze	208
A85	Promuovere accordi di rete e protocolli tra i servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e gli altri servizi territoriali (Ospedali, Ser.D, Istituti Penitenziari, Reti cliniche Assistenziali ecc.) al fine di costruire interventi comuni e coordinati	209
A86	Sviluppare protocolli operativi per percorsi facilitati finalizzati alla diagnosi precoce che mettano in relazione Servizi a bassa soglia, Ser.D e specialisti anche attraverso lo strumento della medicina a distanza	210



P36 Attivazione e potenziamento delle misure di Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi efficaci e sicure nei contesti comunitari lavorativi ludici e all'interno dei Servizi	211
A87 Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi	212
A88 Ampliare la rete dei servizi di <i>Drug Checking</i> e di attività di <i>test</i> rapidi sulle tematiche delle malattie infettive	213
A89 Valorizzare i servizi di Riduzione del Danno /Limitazione dei Rischi che hanno sviluppato percorsi innovativi (<i>Drug Checking</i> ; Stanze del consumo)	214
A90 Strutturare indicazioni operative per l'utilizzo del Naloxone spray nasale (<i>take home Naloxone</i>)	216
A91 Facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante	217
P37 Sviluppare un sistema omogeneo per la valutazione degli esiti	218
A92 Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose	219
A93 Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi	220
P38 Aumentare la partecipazione alle reti europee e internazionali	221
A94 Promuovere la costruzione di un sistema di scambio di informazioni tra i servizi europei in materia di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e la strutturazione di un sistema capillare di allerta precoce (EHRN, <i>NewNet</i> , EMCDDA)	222
A95 Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari (" <i>secondary movements</i> "- migrazione)	223
3.3.2 Obiettivo Strategico 8: Interventi di Limitazione dei Rischi e Riduzione del Danno per le Dipendenze comportamentali	225
P39 Incrementare e diffondere la conoscenza e sviluppare la formazione sulle Dipendenze comportamentali	226
A96 Sviluppare e/o integrare gli Osservatori Regionali sulle Dipendenze comportamentali	227
A97 Istituire una rete territoriale permanente sulle Dipendenze comportamentali	228
A98 Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a <i>internet</i> e nuove tecnologie	229
P40 Individuare percorsi efficaci per la prevenzione e la diagnosi precoce per le Dipendenze comportamentali	230
A99 Standardizzare il percorso per la diagnosi delle Dipendenze comportamentali	231
A100 Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali	232
A101 Sviluppare protocolli operativi per l'integrazione tra Pubblico e Privato orientati a favorire la flessibilità nella presa in carico	233

P41	Sviluppare interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi per le Dipendenze comportamentali	234
A102	Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo	235
A103	Ripensare i concetti di "Riduzione del danno" e "Limitazione dei rischi" nell'ambito delle Dipendenze comportamentali	236
3.3.3.	Obiettivo Strategico 9: Interventi in ambito carcerario e continuità terapeutica	239
P42	Creare realtà di integrazioni operative tra mondo della Salute e mondo della Giustizia	240
A104	Creare un tavolo permanente fra Operatori Sanitari e Operatori della Giustizia	241
A105	Aggiornare il protocollo per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcoldipendenti	242
A106	Implementare una cartella informatizzata unificata	243
P43	Definire Progetti personalizzati ad alta intensità trattamentale anche per le persone con dipendenza detenute	244
A107	Adottare lo strumento del Budget di Salute (BdS) per la definizione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, che assicuri continuità e inclusione sociale (carcere-territorio)	245
A108	Inserire nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato le proposte di giustizia riparativa	246
A109	Sviluppare Linee Guida per il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, del metodo e della valutazione	247
P44	Garantire la partecipazione ed il coinvolgimento degli operatori che a vario titolo lavorano in ambito carcerario nella programmazione e realizzazione degli interventi	248
A110	Strutturare un processo operativo che coinvolga Regioni, Province Autonome ed Enti Locali per la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica	249
A111	Sviluppare un Programma Nazionale di formazione degli operatori per la salute nelle carceri	250
A112	Strutturare un modello/strumento operativo finalizzato a condividere gli obiettivi del Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato tra istituzioni e operatori coinvolti	251
A113	Predisporre un programma congiunto con i servizi di salute mentale che lavorano in ambito penitenziario	252
P45	Assicurare la continuità negli interventi carcere-territorio	253
A114	Sviluppare Linee di Indirizzo per l'interpretazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative	254
A115	Sviluppare Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica e la presenza continuativa dei servizi negli Istituti di pena	255
A116	Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa	256



A117	Sviluppare protocolli operativi finalizzati alla continuità dell'intervento di assistenza anche al momento della dimissione dal carcere	257
A118	Ripristinare la Consulta Nazionale degli operatori delle dipendenze	258
A119	Potenziare lo stanziamento di risorse finalizzate ai percorsi di trattamento e <i>recovery</i> e per risorse professionali dedicate	259
P46	Rilanciare gli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti nella loro specificità riabilitativa	260
A120	Dare piena attuazione agli Istituti e alle sezioni a custodia attenuata e inserirli all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali	261
A121	Istituire gli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti nei penitenziari femminili	262
A122	Istituire la figura dell'Agente di rete	263
P47	Avviare la sperimentazione negli Istituti di pena di interventi di Riduzione del Danno con formazione del personale penitenziario e sanitario e con il coinvolgimento delle persone detenute	264
A123	Includere le azioni di Riduzione del Danno nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle ASL, come sviluppo di Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali	265
A124	Definire Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione	266
A125	Sviluppare un protocollo di valutazione medico-farmacologica precoce e prevedere lo <i>screening</i> e la vaccinazione per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze	267
A126	Garantire la distribuzione di materiale sterile e preservativi e il trattamento con farmaci agonisti all'interno delle strutture carcerarie	269
A127	Elaborare processi di attivazione e qualificazione delle persone detenute nella creazione di sportelli e in iniziative di auto-mutuo-aiuto e sostegno tra pari	270
P48	Sviluppare ricerca sugli interventi terapeutici verso persone detenute che utilizzano droghe e sulla valutazione del loro impatto	271
A128	Ripristinare il Comitato Scientifico del Dipartimento Politiche Antidroga	272
A129	Sviluppare progetti di ricerca <i>evidence based</i> sull'integrazione tra carcere e territorio e che comprendano la valutazione dei risultati	273
3.3.4	Obiettivo Strategico 10: Riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze	275
P49	Rafforzare la collaborazione interistituzionale tra Dipartimento Politiche Antidroga e Forze di Polizia in un'ottica di continuità	276
A130	Potenziare la collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento Politiche Antidroga e le Forze di Polizia finalizzata alla prevenzione e al contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e alcol da parte dei conducenti di veicoli	277

P50	Potenziare la prevenzione alla guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti	278
A131	Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni- <i>target</i>	279
A132	Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del <i>target</i>	280
A133	Uniformare le Linee operative delle Commissioni Mediche Locali	281
A134	Sviluppare corsi info-educativi come requisito essenziale per la revisione dei documenti di guida per i cittadini che infrangono gli Artt. n.186 e 187 del Codice della Strada	282
A135	Inserire nel programma di formazione dei neopatentati e nei percorsi di revisione della patente le tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida	283
A136	Rafforzare la formazione e la sensibilizzazione di farmacisti e medici prescrittori di terapie psicofarmacologiche sul rischio di alterazione psicofisica alla guida, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi	284
P51	Potenziare le azioni di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi nell'ambito dell'incidentalità stradale alcol e droga correlata	285
A137	Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi specifici per l'incidentalità stradale alcol-droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento	286
3.3.5	Obiettivo Strategico 11: Coinvolgimento attivo delle Persone che Usano Droghe nella definizione, implementazione e valutazione dei progetti di intervento di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi	289
P52	Definire un linguaggio comune e condiviso per riferirsi alle Persone che Usano Droghe per superare lo stigma	290
A138	Individuare approcci e metodologie per la valutazione dello stigma nell'ambito dei Dipartimenti nonché dei Servizi dedicati Pubblici e Privati, nella percezione delle Persone che Usano Droghe	291
A139	Modificare lo stigma verso le Persone che Usano Droghe attraverso la formazione degli Operatori Sanitari, degli Operatori Sociali e delle Forze dell'Ordine	292
P53	Attivare e rendere strutturale la partecipazione delle Persone che Usano Droghe	293
A140	Elaborare raccomandazioni operative per l'integrazione delle Persone che Usano Droghe attraverso le loro forme associative nella programmazione dei Dipartimenti nonché dei Servizi per le Dipendenze; nei percorsi di co-programmazione e co-progettazione; nella Riduzione del Danno/ Limitazione dei Rischi; nei percorsi di prossimità e di continuità terapeutica	294
A141	Favorire la partecipazione delle Persone che Usano Droghe nei Servizi per le Dipendenze attraverso la promozione di forme associative	295



	A142 Prevedere la piena partecipazione delle Persone che Usano Droghe ed eventualmente di persone significative nella definizione del proprio progetto personalizzato, in linea con l'approccio del Budget di Salute	296
	A143 Promuovere la figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, con particolare attenzione ai giovani <i>under 25</i> , anche attraverso l'individuazione di un profilo di competenze	297
4.	I Settori di Intervento Trasversali del Piano di Azione Nazionale Dipendenze	299
4.1	SETTORE DI INTERVENTO TRASVERSALE 1 - Livelli di attuazione della <i>Governance</i> e Cooperazione internazionale	301
4.1.1	Obiettivo Trasversale 1: Coordinamento interministeriale sulle dipendenze	301
4.1.2	Obiettivo Trasversale 2: Coordinamento interregionale e Conferenza Stato-Regioni	303
4.1.3	Obiettivo Trasversale 3: La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali	305
4.1.4	Obiettivo Trasversale 4: Coordinamento attuativo con i Piani nazionali in essere	306
4.1.5	Obiettivo Trasversale 5: Cooperazione internazionale	307
4.2	SETTORE DI INTERVENTO TRASVERSALE 2 - Formazione e ricerca	309
4.2.1	Obiettivo Trasversale 6: Percorsi formativi per il settore delle dipendenze	309
4.2.2	Obiettivo Trasversale 7: Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze	310
4.3	SETTORE DI INTERVENTO TRASVERSALE 3 - <i>Target</i> specifici	311
4.3.1	Obiettivo Trasversale 8: Prospettiva di genere	311
4.3.2	Obiettivo Trasversale 9: Giovani	312
4.3.3	Obiettivo Trasversale 10: Minori	313
4.3.4	Obiettivo Trasversale 11: Migranti	314
4.4	SETTORE DI INTERVENTO TRASVERSALE 4 - Monitoraggio e valutazione	316
4.4.1	Obiettivo Trasversale 12: Flussi informativi	316
4.4.2	Obiettivo Trasversale 13: Il sistema degli osservatori	317
4.4.3	Obiettivo Trasversale 14: Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi	318
4.5	SETTORE DI INTERVENTO TRASVERSALE 5 - Informazione e comunicazione	319
4.5.1	Obiettivo Trasversale 15: Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali	319
4.5.2	Obiettivo Trasversale 16: Informazione e comunicazione in materia di dipendenze	321
5.	Indicazioni attuative - Schede Tecniche	323
ST1	Coordinamento interistituzionale per la prevenzione	325
ST2	Prevenzione delle dipendenze nel <i>setting</i> scolastico	329
ST3	Reti di comunità per la prevenzione	333
ST4	Campagne di sensibilizzazione sulle dipendenze	336
ST5	Prevenzione rischi alla guida	339

ST6	Commissioni Mediche Locali	343
ST7	<i>Governance</i> Multilivello	346
ST8	Integrazione dei flussi di dati	349
ST9	Accreditamento dei servizi	352
ST10	Dipartimento per le Dipendenze	355
ST11	Processi assistenziali integrati e Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati	358
ST12	<i>Recovery</i> e presa in carico multidimensionale	362
ST13	Programmazione, Punti Unici di Accesso, <i>partnership</i> con Enti del Terzo Settore	366
ST14	Valutazione di Impatto per Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi	369
ST15	Movimenti secondari nella Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi	372
ST16	Farmaci antagonisti	375
ST17	Nuove Sostanze Psicoattive e Servizi a bassa soglia	378
ST18	Partecipazione a reti europee e internazionali	382
ST19	Diagnosi e Riduzione del Danno nelle Dipendenze comportamentali	385
ST20	Dipendenze da nuove tecnologie	388
ST21	Dipendenze comportamentali e accessibilità ai servizi	391
ST22	De-stigmatizzazione	394
ST23	Operatore pari	397
ST24	Partecipazione attiva delle Persone che Usano Droghe	399
ST25	Misure alternative alla detenzione	401
ST26	Istituti a Custodia Attenuata per il trattamento delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze	404
ST27	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e continuità carcere-territorio	407
ST28	Riduzione del Danno in ambito detentivo	412
ST29	Valutazione, processi terapeutici riabilitativi in ambito detentivo	415
ST30	Declinazione delle azioni del Piano per Popolazioni Specifiche	418
ST31	Cannabis a Uso Medico e terapie del dolore	420
ST32	Gestione delle problematiche legate all'uso di Cannabis a Uso Medico	422
ST33	Programmazione fabbisogni Cannabis a Uso Medico	425
ST34	Ricerca e Sviluppo su Cannabis a Uso Medico	428
6.	Il <i>framework</i> normativo vigente e la discussione sulle possibili modifiche	431
7.	I partecipanti	441



Piano di Azione Nazionale Dipendenze | 2022-2025



Prefazione

On. Fabiana **DADONE**

Ministro per le Politiche giovanili

Il nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze, oltre a rappresentare un impegno nei confronti dell'Unione Europea rimandato ormai da troppi anni, si pone in una linea di totale continuità rispetto all'articolato percorso della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze – Oltre le Fragilità, da me fortemente voluta. Difatti il Piano rappresenta lo strumento attuativo della Conferenza di Genova, e costituisce un dispositivo fondamentale per la programmazione di politiche basate su evidenze scientifiche, con un respiro internazionale e contemporaneamente frutto di un'ampia partecipazione.

Il Piano affronta l'area delle dipendenze secondo un approccio ampio, che cerca di coniugare la necessaria evoluzione dei servizi di prevenzione, riduzione del danno, cura e riabilitazione, con una visione ispirata ai corretti stili di vita individuali e ai determinanti di salute rappresentati dall'istruzione, l'abitazione, il lavoro, oltre alla sanità e al sociale. Allo stesso tempo centrali sono le azioni di contrasto alla diffusione delle sostanze e quelle dedicate ai presidi di detenzione, così come le attenzioni alle condizioni di maggiore fragilità e marginalità.

In una sfida di grande concretezza i lavori di costruzione del Piano hanno coinvolto tutte le componenti del variegato mondo delle dipen-

denze: 271 Esperti si sono confrontati sugli 11 Obiettivi Strategici scaturiti dalla Conferenza, impegnati in uno sforzo di armonizzazione dei punti vista, spesso differenti, finalizzato verso l'obiettivo comune di costruire uno strumento di pianificazione attuale, completo ed efficace.

Determinante è stata la collaborazione fattiva e multilivello con le Amministrazioni Centrali coinvolte, con le Regioni e le Province Autonome, con gli Enti Locali e con le organizzazioni nazionali di rappresentanza dei Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati: il loro contributo è stato fondamentale nel definire i contenuti delle 143 Azioni articolate secondo i principi di concretezza e sostenibilità.

Il patrimonio più importante della Conferenza e del Piano sono tutte le persone e le organizzazioni, pubbliche e private, storiche e nuove, formali e informali, impegnate quotidianamente nel lavoro e nelle attività legate alle Dipendenze; da loro nasce l'azione, la tenuta e la possibile evoluzione dei servizi, delle politiche e della cultura che ci permetterà di affrontare il futuro. A tutti va il mio personale ringraziamento per il contributo comune profuso in questi mesi, nella speranza di consegnare uno strumento utile per proseguire un così impegnativo cammino.

Introduzione

Dott. Flavio **SINISCALCHI**

Capo Dipartimento Politiche Antidroga

Il Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025 (PAND), a distanza di 12 anni dall'ultima versione, costituisce l'esito naturale della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze – Oltre le fragilità nonché il risultato di una sfida ambiziosa, di ampia condivisione e collaborazione fattiva e multilivello, tra Istituzioni ed esperti del settore.

Il PAND rappresenta infatti la confluenza, in un'ottica pragmatica, dell'eccezionale ricchezza di proposte emerse in seno ad un articolato processo partecipativo al quale hanno preso parte tutti gli *stakeholders* di riferimento e costituisce uno strumento fondamentale per programmare le politiche dell'immediato futuro nel campo delle dipendenze, in maniera connessa e integrata con le risultanze dei tavoli di lavoro che, all'interno dei Ministeri competenti, si stanno occupando di approfondire il tema delle dipendenze nelle sue molteplici sfaccettature, dal contrasto, all'organizzazione dei servizi, all'inclusione sociale.

I lavori preparatori del PAND sono iniziati nel mese di marzo 2022 e hanno visto il coinvolgimento, secondo un modello partecipativo al quale l'Europa sta guardando con attenzione come buona pratica da diffondere tra i Paesi membri, di 271 Esperti, che si sono liberamente candidati e che rappresentano la multidimensionalità dell'articolato mondo delle dipendenze.

Ai partecipanti è stata inizialmente presentata una prima bozza di Piano d'Azione, basata sugli esiti della Conferenza di Genova e costruita tra-

endo ispirazione dal Piano di Azione europeo. È stata quindi sviluppata e resa disponibile una piattaforma dedicata per consentire a tutti i partecipanti di lavorare anche da remoto sullo sviluppo dei contenuti, in maniera trasparente e garantendo la più ampia condivisione in tutte le fasi. Gli Esperti hanno avuto la possibilità di intervenire, inserendo commenti e proponendo nuove azioni, sia sulla piattaforma *web*, sia in occasione dei Tavoli di Lavoro online che si sono svolti nei mesi di maggio e giugno. Tutti i risultati del lavoro partecipativo, visibili sulla piattaforma *web*, sono stati infatti registrati nell'ottica di assicurare la massima condivisione e trasparenza.

Il successivo lavoro di convergenza e armonizzazione restituisce la struttura del presente Piano che, anche nella sua articolazione, ha affrontato e superato la sfida di rendere conto della multidimensionalità di questo ambito e della complessità delle questioni da fronteggiare per rispondere alle esigenze attuali e future di questo settore.

Per come è stata concepita, tale struttura consente infatti una lettura tridimensionale del fenomeno, intersecando Linee Strategiche, Settori Trasversali e relativi Obiettivi in una matrice programmatica tanto inclusiva della complessità affrontata in ciascun ambito, quanto di immediata fruizione, grazie alle dettagliate Schede Azione e alle Schede Tecniche, ulteriore elemento di innovazione del PAND, che integrano più azioni all'interno di progettualità strutturate individuando



do tematiche di rilievo e indicando gli elementi necessari all'implementazione, al monitoraggio e alla valutazione di tali progettualità.

Il presente documento contiene una descrizione particolareggiata del processo che ha portato alla costruzione delle 143 Schede Azione, oltre a una generale panoramica sull'attuale stato dell'arte in merito alle Dipendenze.

Sono poi elencate le Schede Azione, che si distribuiscono in 3 Linee Strategiche, suddivise in 11 Obiettivi Strategici che rappresentano i temi cardine del Piano. La Linea Strategica 1 – Riduzione della domanda: prevenzione, trattamento e assistenza – raccoglie 4 Obiettivi Strategici che coprono gli ambiti di prevenzione e sensibilizzazione (6 Priorità e 18 Schede Azione), potenziamento dei Servizi di trattamento e assistenza (5 Priorità e 10 Schede Azione), percorsi di inclusione sociale e lavorativa (4 Priorità e 8 Schede Azione) e sostanze controllate a uso medico (6 Priorità e 11 Schede Azione). La Linea Strategica 2 – Riduzione dell'offerta: garantire la sicurezza sociale – si articola in 2 Obiettivi Strategici, i cui contenuti sono stati definiti internamente con l'intervento della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) per ragioni di sicurezza e specificità dei contenuti trattati, che mirano al contrasto ai gruppi della criminalità organizzata (10 Priorità e 28 Schede Azione), e all'individuazione di risposte efficaci alle nuove tendenze del mercato (2 Priorità e 6 Schede Azione). Segue la Linea Strategica 3 – Affrontare i danni connessi alle dipendenze – che contiene 5 Obiettivi Strategici relativi a interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi sugli utilizzatori di sostanze (5 Priorità e 14 Schede Azione), e per le dipendenze comportamentali (3 Priorità e 8 Schede Azione), interventi in ambito carcerario (7 Priorità e 26 Schede Azione), riduzione dell'incidentalità stradale (3 Priorità e 8 Schede Azione), nonché il coinvolgimento delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti nella programmazione (2 Priorità e 6 Schede Azione).

Una lettura ortogonale delle Azioni del Piano è resa possibile nell'ambito degli Obiettivi Trasversali, che individuano macro-declinazioni specifiche nei 5 Settori Trasversali relativi a Governance e cooperazione internazionale, Formazione e ricerca, *Target* specifici, Monitoraggio e valutazione, Informazione e comunicazione.

A seguire sono consultabili le 34 Schede Tecniche incentrate su 10 grandi temi attrattori, dalla *governance* multilivello alla programmazione integrata degli interventi, dal rinnovamento del sistema dei Servizi ai processi e progetti assistenziali integrati e centrati sulla persona, passando attraverso gli strumenti del Budget di Salute, la co-programmazione e co-progettazione e la valutazione di *policy* e interventi fino ad arrivare al *setting* carcerario. Tali schede Tecniche rappresentano uno strumento innovativo del Piano in quanto capaci di indicare nel dettaglio le modalità operative, le risorse individuate, i *target* di riferimento e gli *stakeholders* coinvolti e da coinvolgere per l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione di progettualità ampie e strutturate, che mettono a sistema più Schede Azione in maniera collettiva e anche trasversale agli Obiettivi Strategici.

Infine sono riportate le proposte di riforma normativa individuate durante la costruzione del PAND, che consentirebbero, qualora fossero adottate, una applicabilità del Piano a più ampio respiro, senza tuttavia inficiare l'attuabilità immediata delle Azioni del PAND.

In chiusura il documento elenca doverosamente tutti i protagonisti di questa sfida unica, i quali hanno dedicato tempo, passione e competenza alla costruzione di questo importante documento e hanno finalmente consentito di mettere davvero a sistema, in maniera proficua, la straordinaria complessità di vedute e conoscenze raccolte in un percorso che, per come strutturato, ha comunque cercato di valorizzare al meglio posizioni e punti di vista, anche diversificati, di ciascuno.



Piano di Azione Nazionale Dipendenze | 2022-2025



SVILUPPO E STRUTTURA

1. Il Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025: sviluppo e struttura

1.1. Dall'agenda europea al contesto italiano passando per le risultanze della VI Conferenza Nazionale Dipendenze – Oltre le fragilità

Il nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025 (PAND), si pone l'obiettivo di rispondere ai bisogni emergenti a livello nazionale nell'ambito delle dipendenze, dalla prevenzione al trattamento e all'assistenza, dalla riduzione dell'offerta alla necessità di affrontare i danni correlati all'uso di droghe, traendo ispirazione dai principi che guidano la Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2025 e incorporando una prospettiva ispirata al rispetto dei diritti umani, al sostegno delle marginalità, all'equità sanitaria nonché alla partecipazione e al coinvolgimento della società civile, sulla base di un approccio *evidence-based*, integrato e multidisciplinare.

L'elaborazione dei contenuti del PAND muove direttamente dalle esigenze individuate dalla VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze- Oltre le fragilità, tenutasi a Genova il 27- 28 novembre 2021 su iniziativa del Ministro per le Politiche Giovanili On. Fabiana Dadone, di cui integra le priorità emerse¹, sviluppandole in azioni concrete necessarie al raggiungimento degli obiettivi di *policy* individuati. Tali obiettivi sono qui organizzati in Linee Strategiche e Settori Trasversali, in allineamento con i settori di intervento e i temi trasversali individuati dal Piano di Azione UE secondo lo schema di corrispondenza descritto in Fig.1. Il PAND tiene inoltre in considerazione le indicazioni contenute nei principali documenti strategici approvati nel contesto italiano per la governance dei settori sociosanitari, come il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023.

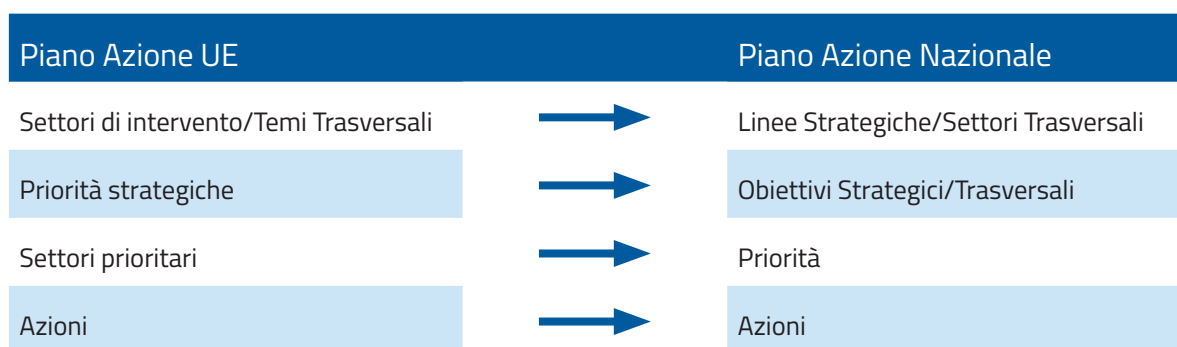


FIG. 1 - Schema di corrispondenza tra il Piano di Azione UE 2021-2025 e il Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025

1. Atti della Conferenza consultabili al link <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3292/atti-vi-conferenza-dipendenze.pdf>



Le priorità emerse dalla VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze- Oltre le fragilità, che sono state oggetto di elaborazione nel processo partecipativo da cui scaturisce il presente Piano, restituiscono la multidimensionalità del fenomeno coprendo settori e tematiche che spaziano dalla necessità di integrazione delle competenze mediante la costituzione di reti capaci di attuare co-programmazione e co-progettazione, al coinvolgimento attivo di tutte le persone significative nella definizione e implementazione degli interventi, dal superamento dello stigma alla necessità di sviluppare un linguaggio e un'ontologia condivisi per affrontare le sfide riguardanti le varie dimensioni del fenomeno in maniera congiunta ed efficace a partire dalla prevenzione fino alla cura, dalla necessità di innovazione dei servizi all'integrazione formativa delle competenze specifiche degli operatori in tutti i contesti, dai *setting* di prevenzione a quelli diagnostici, assistenziali e di cura, sul territorio e in carcere, nonché dalla necessità di revisione degli approcci sanzionatori penali e amministrativi a carico di persone che usano droghe per una ristrutturazione e un efficientamento della gestione del fenomeno in ambito carcerario, fino all'esigenza di mettere a sistema risorse strutturali dedicate e continue, passando per la valorizzazione e l'interoperabilità dei flussi informativi e l'attivazione di percorsi sistematici di misurazione degli esiti e valutazione dell'efficacia degli interventi.

Nella sua peculiare ottica di costruzione partecipativa e con l'obiettivo di calare nel contesto italiano le priorità attuative dell'agenda europea, il PAND è frutto di un lavoro fortemente partecipato, che ha messo in connessione la più ampia rete possibile di Esperti rappresentanti del settore, traendo un enorme valore aggiunto dalla coesistenza di opinioni e punti di vista diversificati e multidisciplinari, che hanno potuto trovare sintesi in un'ottica propositiva e inclusiva di risoluzione delle molteplici problematiche affrontate.

Il PAND tiene inoltre in considerazione che le politiche in materia di dipendenze devono affrontare continuamente nuove sfide, riguardanti non solo i cambiamenti nelle tendenze di consumo ma anche dei comportamenti. A tal fine per la prima volta il Piano amplia la sua portata, occupandosi anche di Dipendenze comportamentali, che rappresentano una sfida molto seria per il settore della sanità pubblica e per le quali spesso non si dispone ancora di dati completi e affidabili.

È necessario inoltre specificare che il PAND opera nel contesto della normativa vigente e per sua stessa natura non può indicare interventi normativi. Tuttavia, nel percorso di sviluppo della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze- Oltre le fragilità, e conseguentemente nell'elaborazione del Piano, molti elementi di riforma normativa sono stati individuati come necessari per affrontare le nuove sfide che riguardano il fenomeno delle dipendenze, e al fine di metterle a valore sono state dettagliate nel capitolo 6 del presente documento.

1.2. La struttura del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025

La struttura del PAND, dettagliata in Linee Strategiche, Settori Trasversali e relativi Obiettivi, trae diretta ispirazione dal Piano UE, mentre le proposte identificate della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze "Oltre le Fragilità" hanno costituito la base per delineare le Priorità e le Azioni contenute nel Piano.

Il Piano si basa su tre Linee Strategiche, rappresentanti le principali aree di *policy* che forniscono il quadro concettuale entro il quale si sviluppano gli undici Obiettivi Strategici da perseguire attraverso le Azioni del Piano:

- Riduzione della domanda: prevenzione, trattamento e assistenza
- Riduzione dell'offerta: garantire la sicurezza sociale
- Affrontare i danni connessi alle droghe

Il Piano individua altresì, cinque Settori Trasversali e relativi Obiettivi, a sostegno delle Linee Strategiche:

- Livelli di attuazione della *governance* e cooperazione internazionale
- Formazione e ricerca
- Popolazioni specifiche
- Monitoraggio e valutazione
- Informazione e comunicazione

Ciascun Obiettivo Strategico è a sua volta declinato in specifiche Priorità, la maggior parte delle quali rappresentano il frutto dell'intensa attività di confronto ed elaborazione tra tutti gli Esperti, rappresentanti il settore delle dipendenze, che hanno preso parte al processo partecipativo. Le Priorità emerse dai sette Tavoli di Lavoro della VI Conferenza Nazionale si collocano all'interno di ciascun Obiettivo Strategico secondo uno schema di riorganizzazione trasversale. Molte delle Priorità trovano corrispondenza nel Piano d'azione dell'UE, altre sono invece specifiche del contesto italiano.

Le Azioni individuate rappresentano l'articolazione operativa delle attività da implementare per raggiungere le priorità identificate. Come auspicato dal Piano UE, le azioni sono basate su dati probanti, scientificamente solide e mirate a risultati realistici e quantificabili. Vengono presentate nel dettaglio attraverso le Schede Azioni che contengono al loro interno una descrizione dello stato dell'arte e degli obiettivi; i risultati attesi; gli indicatori per la valutazione degli stessi e i portatori di interesse.

Nella Matrice di programmazione costitutiva del PAND, descritta in Fig.2, le Azioni afferiscono ad una Linea strategica di riferimento e contemporaneamente a uno o più Settori di Intervento trasversali al cui ambito pertengono modalità di attuazione e ambiti di applicazione, rendendo così agile una lettura ortogonale del PAND.

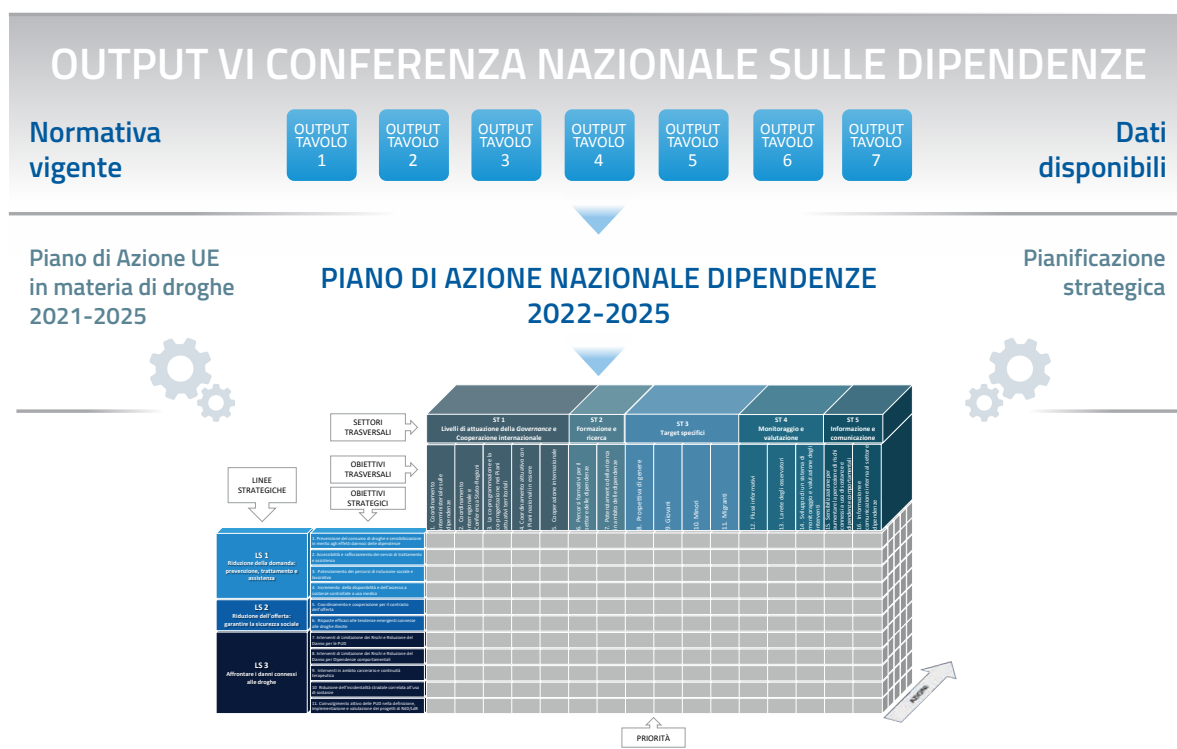


FIG. 2 - Elementi costitutivi e matrice di programmazione del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025



Diversamente da quanto fatto nel passato, la struttura del PAND, proprio per la concretezza data alle azioni grazie al contributo degli Esperti che hanno partecipato attivamente ai diversi momenti, ha connotato il Piano come frutto di un lavoro collegiale e soprattutto di un lavoro che, partendo dalle esigenze concrete poste dalle Regioni, dagli Enti Locali e dai Servizi territoriali, ha assunto le caratteristiche di una pianificazione strategica che può tenere insieme le esigenze non solo di sviluppo e di consolidamento ma anche di innovazione.

La ricchezza e la complessità dei contributi e la stessa natura tridimensionale della matrice, hanno reso necessaria una ulteriore attività di approfondimento e sviluppo che ha portato alla stesura delle Schede Tecniche. Queste rappresentano la parte più innovativa del PAND e integrano più Azioni all'interno di progettualità strutturate, individuando gli elementi essenziali necessari alla loro implementazione, al monitoraggio e alla valutazione dei risultati raggiunti.

Ciascuna Scheda Tecnica contiene al suo interno i propri obiettivi specifici, chiari, misurabili e realizzabili per tutti coloro che contribuiranno al suo raggiungimento, identifica il gruppo di destinatari finali al quale il progetto intende rivolgere la propria strategia di intervento (*target*), descrive funzioni, interventi e servizi da erogare, i risultati attesi delle azioni messe in campo e i relativi indicatori di misurazione, i soggetti attuatori responsabili, tutti gli individui o le organizzazioni che possono essere coinvolte attivamente nel progetto (*stakeholder*), nonché le risorse (in termini di personale, capitali, mezzi e materiali) che possono essere convogliate ai fini dell'implementazione e le tempistiche di realizzazione delle attività progettuali.

Le Schede Tecniche si sviluppano attraverso un livello di approfondimento centrato su alcuni argomenti di immediato rilievo. Esaminandole nel loro complesso è possibile individuare alcune tematiche che ne percorrono contenuti, approcci e obiettivi. Si tratta di grandi *temi attrattori* delle complessità affrontate in vario modo dalle 34 Schede Tecniche. Fanno eccezione, per motivi di specificità e sicurezza delle azioni previste, gli ambiti legati alla riduzione dell'offerta affrontati negli Obiettivi della Linea Strategica 2.

I principali *temi attrattori* che legano gli elementi dettagliati all'interno delle Schede Tecniche sono:

La governance istituzionale multilivello

Dal campo clinico delle dipendenze patologiche emerge con sempre maggiore forza il richiamo a un approccio non legato esclusivamente agli stretti aspetti di cura. Si continua infatti a chiedere di allargare il campo alla prevenzione, all'assistenza integrata e al rapporto con altre politiche che possono rafforzare e seguire la riabilitazione con interventi per il lavoro, l'istruzione, l'abitazione, solo per richiamare gli ambiti principali. Tradotto in termini istituzionali, si tratta di attivare efficaci e permanenti sinergie tra funzioni pubbliche che interessano diversi livelli di governo (Stato, Regioni, Comuni), sulla base delle competenze costituzionalmente assegnate. Strutturare sistemi di governance istituzionale multilivello, per quanto implichi azioni intrinsecamente segnate da alti livelli di complessità, nell'attuale quadro costituzionale resta l'unica strada percorribile per perseguire in modo ragionevole un grado di ricomposizione sufficiente alla realizzazione di politiche condivise.

La programmazione integrata

Se si assume il quadro della 'governance istituzionale multilivello' come l'ambiente necessario per perseguire risposte evolute a bisogni di salute complessi, allora occorre anche trovare gli strumenti per riuscire a mettere insieme le singole azioni svolte dai diversi Enti Pubblici coinvolti. Inoltre occorrerebbe fare anche un passo ulteriore adottando le modalità di programmazione partecipata disciplinate dal Codice del Terzo Settore. Mira proprio in questa direzione la ricerca di connessioni ordinate e crescenti tra i diversi strumenti di programmazione settoriale di livello statale, regionale, aziendale e locale, presente in tante elaborazioni del percorso partecipativo di costruzione del Piano.

Il sistema dei servizi

Analogo approccio ricompositivo ed evolutivo è emerso per l'organizzazione dei Servizi Pubblici e dei Servizi Privati. Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche è il luogo dove, in maniera multiprofessionale, l'autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale che si basa sull'articolazione per modelli di consumo, può assicurare al meglio tale approccio. La pluralità dei servizi specifici viene organizzata in modo corrispondente ai contesti e ai modelli di consumo di riferimento e dotata di professionalità multidisciplinari che comprendono anche gli *operatori pari*. In questa logica di sistema, la relazione con gli Enti e le strutture accreditate si riconfigura come un'area di ampliamento del circuito di cura sociosanitario e socioriabilitativo, e prevede accordi di collaborazione per la definizione comune dei percorsi e delle modalità di accesso ai programmi. Difatti, lo scopo generale del sistema di Accreditamento Istituzionale (autorizzazione- accreditamento- atti convenzionali) è di disciplinare in modo dinamico i contenuti, i requisiti e le procedure indispensabili per erogare prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, qualsiasi sia la natura pubblica o privata delle strutture o dei servizi interessati.

I processi assistenziali integrati

La stessa esigenza di rispondere in modo evoluto a bisogni assistenziali complessi, dal punto di vista clinico-organizzativo porta alla costruzione di nuovi processi di cura basati sullo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDDA) rafforzati con decisi elementi di integrazione sociosanitaria e sociale, che si spingono come è noto fino alle materie del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. La grande meta è di individuare strumenti complessi di gestione clinica per la definizione del migliore e più appropriato processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili sull'argomento adattate al contesto locale, e tenendo presenti le risorse disponibili, e di farlo collegando tra loro i percorsi di accesso e di presa in carico, le attività di valutazione, gli interventi di cura, i servizi di assistenza.

I progetti assistenziali personalizzati

L'altro aspetto fondamentale, che è unito in modo indissolubile ai processi assistenziali integrati, è la personalizzazione del progetto di cura, assistenza e autonomia. Mentre nell'ambito delle Dipendenze Patologiche lo strumento è chiamato Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), in ambito sociale è chiamato Piano assistenziale personalizzato. Il Decreto Ministeriale 77/2022 introduce inoltre lo strumento del Budget di Salute. In tutti i casi si parla comunque del complesso degli interventi che rispondono, nel modo più appropriato ed efficace, ai bisogni specifici della persona presa in carico e valutata secondo metodologie multidimensionali da parte di professionalità ben definite. L'evoluzione organizzativa dei processi assistenziali integrati e l'evoluzione operativa dei PTRI, vanno di pari passo. Più è estesa e integrata l'evoluzione organizzativa, maggiori sono le competenze e le risposte che è possibile mettere in campo per rispondere ai bisogni di salute, benessere e autonomia delle singole persone e delle loro famiglie.

Il Budget di Salute

L'attuazione pratica di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e di un Piano assistenziale personalizzato, dovrebbe comportare l'erogazione programmata di un insieme piuttosto significativo e variegato di interventi, servizi e prestazioni. Questo è particolarmente vero se si considerano i bisogni di salute, assistenza e autonomia nel loro complesso, e se si cercano di organizzare non solo valutazioni multidimensionali, ma anche risposte altrettanto multidimensionali. Con lo strumento del Budget di Salute si vuole perseguire appunto la costruzione di ampi campi di risposte, non limitate ad un solo segmento assistenziale prevalente, ma capaci di attuare progetti che uniscono



elementi di cura e riabilitazione, elementi di assistenza e tutela, ed elementi di promozione e autonomia delle singole persone prese in carico e delle loro famiglie. Rappresenta di fatto un dispositivo che ricompone misure e sostegni su progetti personalizzati che: perseguono la *recovery* della persona e il migliore funzionamento psicosociale possibile; formalizzano la partecipazione attiva (della persona e della famiglia in primo luogo, ma non solo); prevengono l'isolamento sociale e si basano sulla multidimensionalità dell'intervento in tutte le sue fasi.

La co-progettazione e gli istituti dell'amministrazione condivisa

Il Codice del Terzo Settore ha introdotto alcuni istituti di amministrazione condivisa che legano in modo diretto la Pubblica Amministrazione con gli Enti del Terzo Settore iscritti in appositi albi. Tra gli istituti più significativi emergono quelli della co-programmazione e della co-progettazione, il primo legato a strumenti più generali e il secondo legato alla realizzazione di risposte che soddisfino i bisogni definiti. La co-progettazione, in particolare, costituisce uno strumento molto interessante per promuovere l'innovazione dei servizi connettendo in modo diretto e stabile Pubbliche Amministrazioni, Enti del Terzo Settore e Comunità Locali attraverso procedure amministrative solide e pienamente legittimate. È una strada che deve ancora trovare il suo completo sviluppo, ma che probabilmente permetterà di mantenere strettamente legati tra loro il lavoro verso i Determinanti di Salute e il lavoro verso il *Welfare* di Comunità, potenziando in modo rilevante la capacità di partecipazione organizzata del Terzo Settore alla costruzione dei sistemi sociosanitari integrati.

Le Linee Guida per la convergenza degli approcci regionali

Una delle questioni che hanno caratterizzato in modo continuo e generale l'elaborazione dei contenuti del Piano è riferita all'altissimo grado di differenziazione che presentano i singoli assetti regionali su molti temi di rilievo. È il caso degli assetti di *governance* come degli assetti organizzativi aziendali, degli strumenti di programmazione come degli strumenti di partecipazione, dei processi assistenziali come dei progetti individualizzati, per arrivare agli stessi assetti organizzativi e all'accreditamento istituzionale, alle tipologie dei servizi, al sistema tariffario, alla mobilità. Tutti elementi indispensabili per l'evoluzione dei Servizi Pubblici e Privati accreditati e per il potenziamento dell'offerta e dell'integrazione. In questi casi le Schede Tecniche propongono sempre la costruzione di luoghi riconosciuti per elaborare i possibili obiettivi di coordinamento e convergenza tra le diverse normative, con successivi passaggi istituzionali nella Conferenza Unificata.

Giustizia penale e carcere

Un altro tema attrattore rilevante è individuato nell'esigenza di costruire percorsi assistenziali integrati anche in ambito carcerario, che siano paritetici e garantiscano alla persona detenuta il diritto all'equivalenza delle cure tra carcere e territorio. In tal senso si rende necessario ripensare e potenziare alcuni degli strumenti già in essere, dalle Misure Alternative agli Istituti a Custodia Attenuata (ICATT), aggiornando procedure e protocolli in considerazione del carattere di multidimensionalità dei bisogni di salute, della centralità della persona e delle necessità di prevedere specifiche declinazioni in termini di prospettiva di genere e di popolazioni specifiche, come minori e migranti. Il potenziamento dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), all'interno di processi assistenziali integrati in ambito carcerario, non può prescindere dagli stessi istituti di co-programmazione e co-progettazione già individuati come temi attrattori, e dal potenziamento della rete di amministrazioni, Enti e attori che garantiscano una solida continuità tra carcere e territorio, sia in ingresso sia in uscita dal carcere.

La valutazione delle *policy* e dei percorsi assistenziali

La necessità di costruire percorsi assistenziali e terapeutici e politiche sociosanitarie sostenute da studi che ne valutino l'efficacia rappresenta un tema richiamato in modo corale e ricorrente durante tutto il processo partecipativo. A tal fine, è stata più volte discussa e affrontata la necessità di strutturare basi informative standardizzate e collegate che rendano possibile l'utilizzo dei dati esistenti e li integrino. Un esempio tangibile è rappresentato dal Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze (SIND), che da anni raccoglie preziose informazioni sociosanitarie sui percorsi assistenziali, ma che risulta di difficile fruizione e non prevede l'interoperabilità con altre fonti informative, rendendo di fatto scarsamente utilizzabile un prezioso capitale informativo. È evidente che l'esistenza di flussi informativi non fruibili rappresenta un elemento di danno per tutto il sistema dei servizi per le dipendenze, dal momento che viene inficiata la possibilità di ottimizzare l'erogazione di prestazioni che siano appropriate e uniformi, e dunque più efficienti.

Dal punto di vista squisitamente tecnico, le 34 schede e grandi *temi attrattori* descritti costituiscono la terza dimensione della matrice di programmazione adottata dal PAND, dimensione che attribuisce profondità all'incrocio tra Linee Strategiche e Settori di Intervento Trasversali.

Il progressivo sviluppo delle modalità operative previste dalle singole Schede Tecniche rappresenta il primo campo privilegiato di attuazione immediata del PAND, proprio perché cominciano ad affrontare in modo concreto i grandi *temi attrattori* delle complessità senza rinunciare a confrontarsi con la pluralità dei soggetti da coinvolgere, delle dimensioni da connettere, delle aree da integrare, delle innovazioni da promuovere.

1.3. Il processo partecipativo di sviluppo del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025

L'elemento strategico di innovazione del PAND risiede nella natura partecipativa e nella metodologia scientifica con le quali è stato sviluppato. Il processo di sviluppo del documento ha avuto una durata totale di sette mesi e ha visto la partecipazione di 271 Esperti, molti dei quali già coinvolti, in un'ottica di continuità, nel percorso di costruzione della VI Conferenza Nazionale Dipendenze- Oltre le fragilità, che hanno rappresentato in maniera multidimensionale e bilanciata le diverse aree dell'ambito dipendenze e i principali *stakeholder*: Amministrazioni Centrali, Regioni ed Enti Locali, Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati, Società Scientifiche e Società Civile, Università ed Enti di Ricerca, Ordini Professionali ed Enti del Terzo Settore.

Nel rispetto della volontà di integrare i contenuti del PAND in una prospettiva ispirata al rispetto dei diritti umani, alla parità di genere, all'equità sanitaria, nonché al coinvolgimento attivo della società civile, le Persone che Usano Droghe, perno di qualsiasi politica inclusiva in materia di dipendenze, sono state per la prima volta coinvolte in tutto il processo di sviluppo del Piano attraverso le loro rappresentanze. Inoltre, *input* specifici sui contenuti del piano da parte delle rappresentanze giovanili sono raccolti attraverso *focus group* dedicati.

I lavori preparatori del nuovo Piano di Azione Nazionale Dipendenze sono iniziati nel mese di marzo 2022 con l'ideazione e l'organizzazione del processo, un primo sviluppo delle tematiche derivate dalla VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze- Oltre le fragilità e mutuata dal Piano di Azione EU in materia di droghe 2021-2025 e lo sviluppo di una piattaforma *web* dedicata. La prima presentazione della struttura del Piano ha avuto luogo il 15 marzo in occasione della riunione di insediamento del Tavolo



2022

APRILE

MAGGIO-LUGLIO

AGOSTO-SETT.

PERCORSO PARTECIPATIVO



FIG. 3 - Schema a 6 FASI

interministeriale di coordinamento in materia di prevenzione e contrasto alle dipendenze, voluto dal Ministro per le Politiche Giovanili On. Fabiana Dadone e composto da rappresentanti del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, del Ministero dell'Interno, del Ministero della Giustizia, del Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero dell'Istruzione, del Ministero dell'Università e della Ricerca, del Ministero della Salute, del Ministero per gli Affari Regionali e del Ministero per le Pari Opportunità e Famiglia.

Il percorso partecipativo di sviluppo del PAND è stato articolato in sei fasi secondo il seguente schema e la descrizione dettagliata di seguito.

FASE 1

RIUNIONI CON AMMINISTRAZIONI CENTRALI, REGIONI, PROVINCE AUTONOME ED ENTI LOCALI

La prima fase del percorso ha previsto la realizzazione di due Tavoli di confronto: il primo con i componenti del Tavolo interministeriale di coordinamento in materia di prevenzione e contrasto alle dipendenze e il secondo con i componenti del Gruppo tecnico interregionale dipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni le con i rappresentanti dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) con la finalità di presentare e condividere la struttura logica e l'articolazione del PAND.

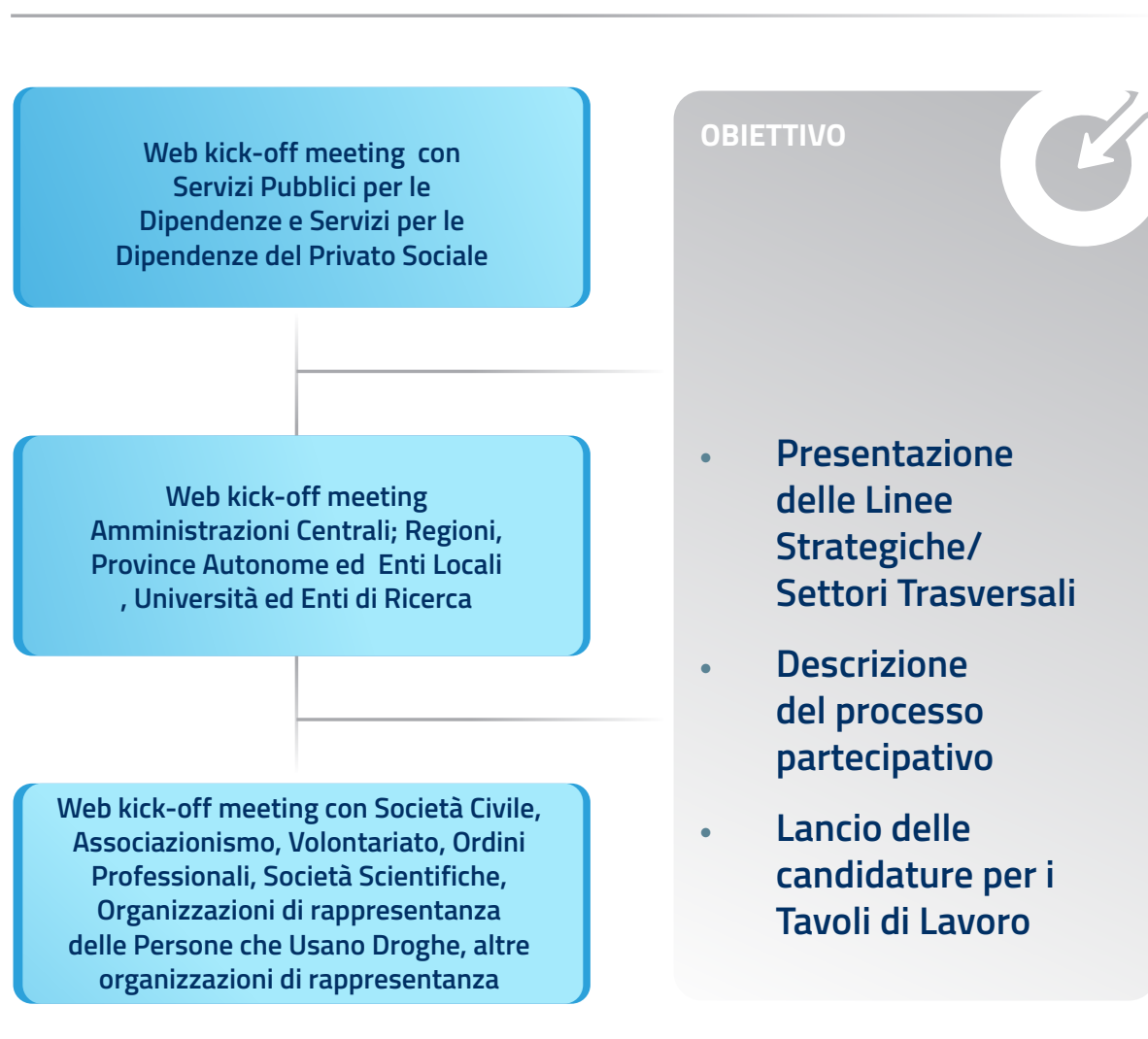




FASE 2

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO PARTECIPATIVO

A seguire, nella seconda fase del percorso sono stati realizzati tre *web kick-off meeting* di presentazione dei lavori, al fine di informare gli *stakeholder* di tutti i gruppi di interesse rilevanti (Servizi Pubblici per le Dipendenze; Servizi per le Dipendenze del Privato Sociale; Associazionismo e Volontariato; Altri soggetti del Terzo Settore; Amministrazioni Centrali; Regioni, Province Autonome ed Enti Locali; Ordini professionali; Società Scientifiche; Università ed Enti di Ricerca; Società Civile; Organizzazioni di rappresentanza delle Persone che Usano Droghe; altre organizzazioni di rappresentanza). Tali riunioni sono state aperte a tutti gli Esperti interessati a contribuire alla stesura del Piano e hanno avuto l'obiettivo di condividere gli elementi di continuità con i risultati della VI Conferenza Nazionale Dipendenze- Oltre le fragilità, la struttura logica e la proposta di articolazione del PAND, descrivere il processo di partecipazione e favorire la definizione dei Gruppi di Lavoro operativi.



FASE 3

CANDIDATURE E ORGANIZZAZIONE DEGLI ESPERTI

A seguito degli incontri di presentazione del processo, gli Esperti hanno potuto inviare la propria candidatura nella seconda metà di aprile 2022, selezionando la Linea Strategica di proprio interesse, un Obiettivo Strategico prioritario e altri due possibili Obiettivi di interesse in caso si fosse resa necessaria una redistribuzione bilanciata dei partecipanti per garantire la rappresentatività di tutti i gruppi di interesse nei diversi Gruppi di Lavoro.

Le candidature, che sono state valutate secondo criteri di rappresentatività e competenza, hanno portato all'organizzazione di 271 Esperti sugli 11 Obiettivi Strategici che compongono le tre Linee Strategiche del PAND.

Gli Esperti che hanno preso parte al percorso partecipativo, distribuiti in 18 Regioni e per il 48% di genere femminile, appartengono in larga parte al mondo dei Servizi per le Dipendenze Pubblici (25%) e Privati (25%); il 15% è in forza presso i Ministeri; il 6% presso gli uffici delle Regioni e Province Autonome; il 7% proviene da Università ed Enti di Ricerca; il 9% da Società Scientifiche; il 6% appartiene alla Società Civile, in cui sono comprese le organizzazioni di rappresentanza delle Persone che Usano Droghe; il 4% ad altri enti del Terzo Settore e organizzazioni di Volontariato e il restante 3% proviene da altre organizzazioni di rappresentanza e dagli Ordini Professionali.

Dopo due riunioni di consultazione e coordinamento, tenutesi rispettivamente con il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni e con i rappresentanti delle associazioni di categoria nazionali dei Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati, tutti i partecipanti hanno avuto un accesso personale e riservato alla piattaforma *web* attraverso la quale, nel corso della prima metà di maggio, hanno potuto intervenire inserendo commenti e proponendo nuove Azioni in relazione all'Obiettivo Strategico di propria pertinenza.

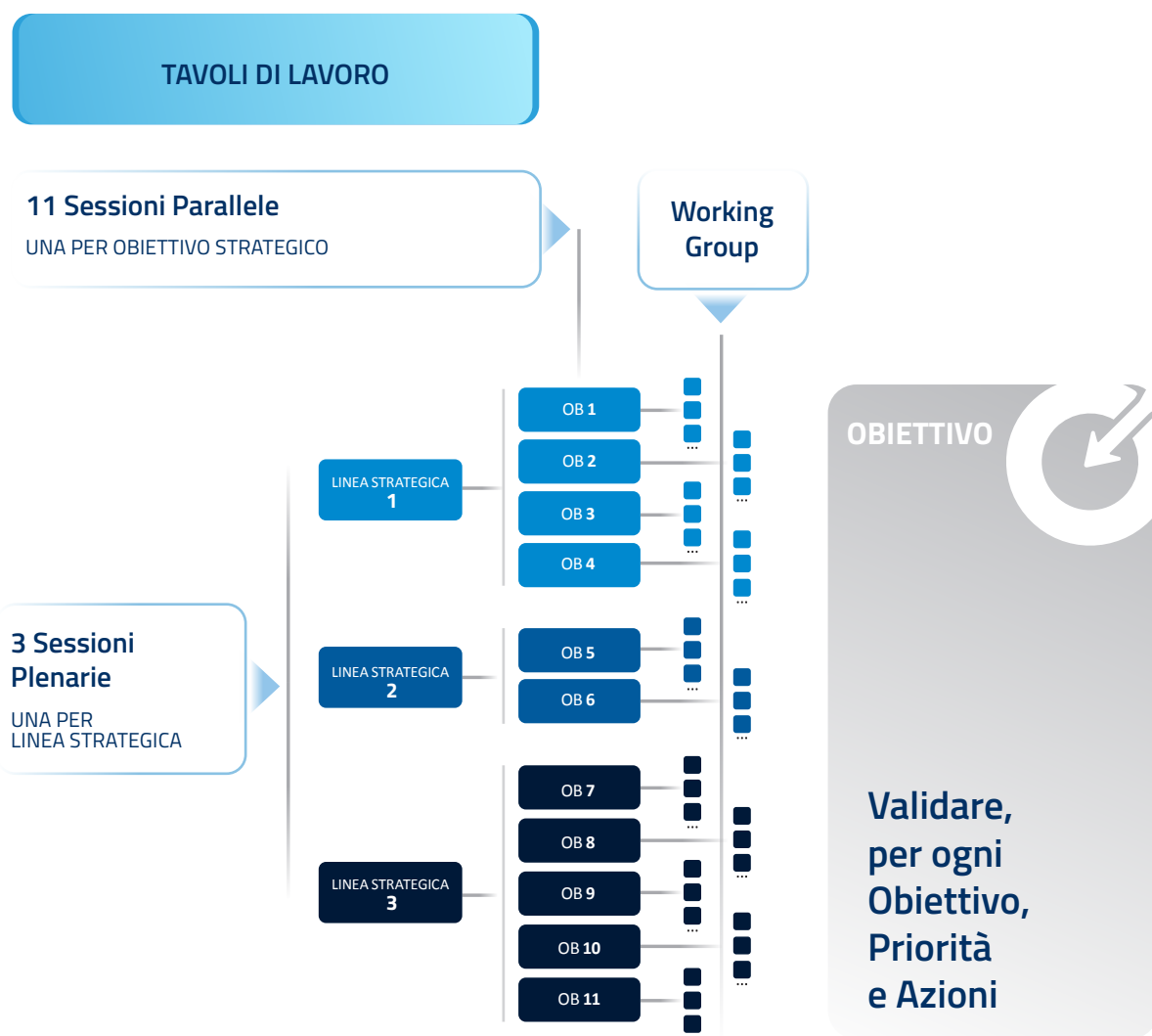




FASE 4

TAVOLI DI LAVORO E AGGIORNAMENTO DELLA PIATTAFORMA WEB

La quarta fase ha previsto, previa analisi delle proposte emerse, l'organizzazione di tre Tavoli di Lavoro online, ognuno dedicato a una delle Linee Strategiche, tenutisi tra la fine di maggio e la metà di giugno, con il supporto operativo dei facilitatori incaricati di focalizzare la discussione. Per alcuni Obiettivi Strategici si è reso necessario organizzare ulteriori incontri di approfondimento online nel medesimo periodo indicato. La metodologia utilizzata è stata quella della *Focus Conversation*. Tale strumento, articolato in quattro livelli (oggettivo, riflessivo, interpretativo e decisionale), ha permesso di individuare i processi operativi e gli indicatori necessari a valutare e dare concretezza alle modalità attuative individuate per l'implementazione delle Azioni proposte.



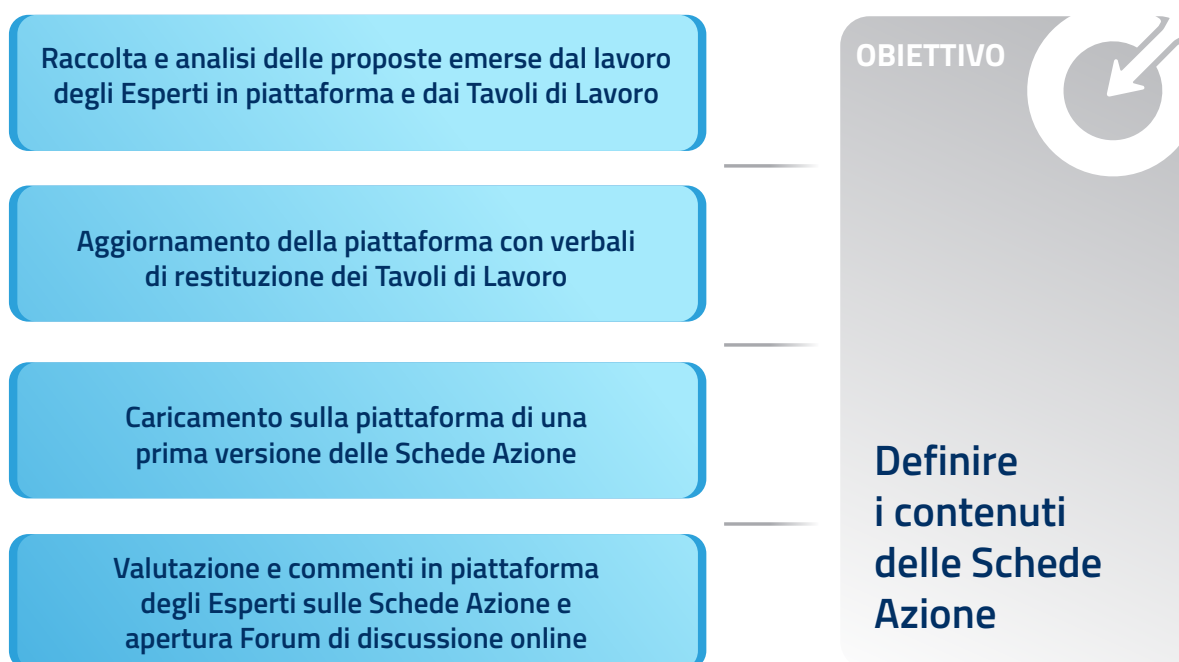
FASE 4/1 - Tavoli di lavoro e aggiornamento piattaforma web

I risultati emersi dai lavori dei Tavoli sono stati aggiornati sulla piattaforma rendendo disponibili i verbali di restituzione e una prima stesura delle Schede Azione successivamente sottoposte a nuova valutazione degli Esperti, i quali hanno potuto inserire ulteriori commenti, proporre modifiche e confrontarsi su questioni specifiche nella sezione della piattaforma dedicata ai Forum di discussione.

Una nota metodologica a parte è necessaria riguardo agli Obiettivi Strategici 5 “Coordinamento e cooperazione per il contrasto dell’offerta” e 6 “Risposte efficaci alle tendenze emergenti connesse alle droghe illecite” della Linea strategica 2- Riduzione dell’offerta: garantire la sicurezza sociale. Per quanto concerne specificamente tali Obiettivi Strategici, ovvie ragioni di sicurezza e specificità delle materie trattate hanno reso necessario un percorso diversificato per la strutturazione dei contenuti.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), organismo interforze istituito nell’ambito del Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell’Interno, ha infatti provveduto internamente alla definizione delle Priorità e delle specifiche Azioni volte a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, di sicurezza e stabilità sociale, nonché a proteggere e migliorare il benessere della società e del singolo. A seguito della iniziale definizione da parte della DCSA, tali elementi sono stati discussi e raffinati attraverso il confronto con gli Esperti partecipanti ai due Obiettivi Strategici.

Le Azioni elaborate nell’ambito degli Obiettivi 5 e 6 mirano principalmente a contrastare i gruppi della criminalità organizzata, favorire lo smantellamento dei modelli commerciali criminali e affrontare i collegamenti con altre minacce alla sicurezza, anche attraverso il potenziamento della cooperazione e il rafforzamento degli scambi di informazione sia a livello nazionale sia internazionale. Con un continuo adeguamento ai canali di traffico emergenti, le azioni di contrasto si estendono anche ai mercati digitalizzati delle droghe illecite, alla produzione illecita di droghe sintetiche, al narcotraffico veicolato tramite i servizi postali e di corriere espresso, nonché al rafforzamento dei metodi di monitoraggio e indagine.





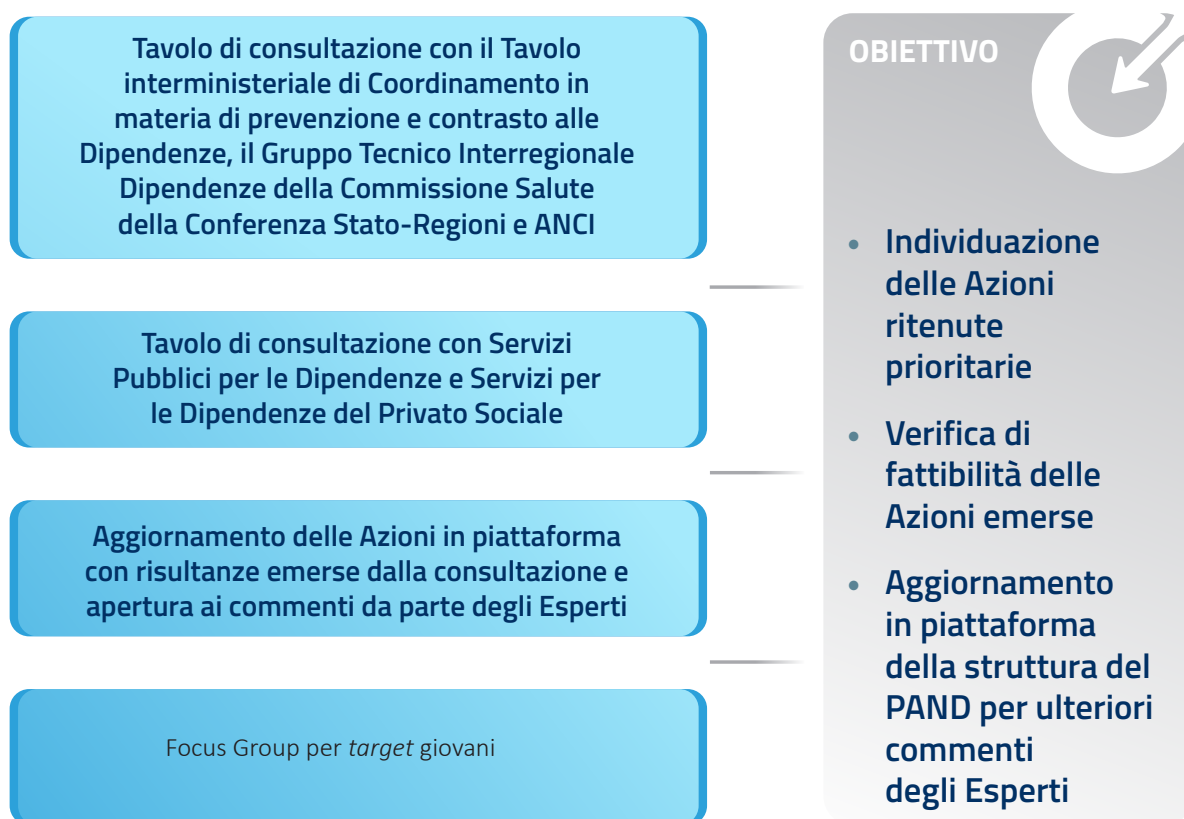
FASE 5

CONDIVISIONE CON I TAVOLI DI CONSULTAZIONE ISTITUZIONALE E FOCUS GROUP

Nel mese di luglio si sono svolti gli incontri di consultazione istituzionali. In particolare si è tenuto un primo incontro di condivisione delle proposte di Azione presentate dagli Esperti sulla piattaforma *web* e si è proceduto all'individuazione di quelle prioritarie con il Tavolo interministeriale di Coordinamento in materia di prevenzione e contrasto alle Dipendenze, il Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni e l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI). A conclusione dell'incontro sono stati organizzati alcuni incontri bilaterali con gli Uffici dei Ministeri coinvolti, le cui risultanze sono state integrate all'interno delle Schede Azione.

Una seconda consultazione ha previsto un Tavolo di consultazione con le reti dei Servizi per le Dipendenze, in seguito al quale si è proceduto a un ulteriore aggiornamento della piattaforma *web*, dove è stata caricata la struttura aggiornata del PAND che gli Esperti hanno avuto nuovamente la possibilità di commentare.

Nei mesi di luglio e settembre, sono stati inoltre organizzati due *Focus Group* per raccogliere il punto di vista delle giovani generazioni grazie alla collaborazione del Dipartimento per le Politiche della Famiglia, dell'Istituto degli Innocenti e del Consiglio Nazionale Giovani.



FASE 6

STESURA DEL PAND

I risultati dell'articolato lavoro partecipativo sopra descritto sono stati ulteriormente sviluppati e organizzati all'interno della struttura del PAND dal Coordinamento tecnico-scientifico e nuovamente condivisi sulla piattaforma *web* con tutti gli Esperti partecipanti al percorso. Attraverso una serie di incontri bilaterali che hanno visto il coinvolgimento di tutti gli attori sono state strutturate in questa fase le Schede Tecniche, inviate poi a i tavoli di consultazione per una verifica tecnica di correttezza e fattibilità e propedeutica alla redazione del documento finale da sottoporre all'iter formale di approvazione.

Inoltre, a corredo del lavoro svolto, i contributi prodotti dai rappresentanti dei Tavoli Istituzionali di consultazione sono stati resi disponibili sulla piattaforma *web* dedicata al seguente *link*: <https://www.pand-dpa.it/contributi-dai-tavoli-di-consultazione/>





METODOLOGIA DEI TAVOLI DI LAVORO ONLINE

Questa parte dei lavori è stata organizzata per Tavoli di Lavoro sugli 11 obiettivi strategici individuati nel PAND.

Il numero dei partecipanti è variato tra 10 e 30 Esperti ed è stato legato essenzialmente al numero di obiettivi generali individuati per ciascuna Linea Strategica. I lavori svolti sui diversi obiettivi sono stati tutti strutturati in maniera omogenea, come segue:

- Apertura dei lavori: accoglienza dei partecipanti e saluti del DPA
- Sessione plenaria. È la fase in cui è stato chiarito l'obiettivo del *workshop*, la metodologia di lavoro e la strutturazione della giornata di lavoro, con la suddivisione in sottogruppi (uno per ciascun obiettivo generale);
- Introduzione e focalizzazione dei lavori dei sottogruppi sulle priorità (o obiettivi specifici) emerse dalla Conferenza Nazionale sulle Dipendenze;
- Fase del *brainstorming*. Offrendo la visualizzazione delle priorità, si è proceduto con la fase del *brainstorming*. Suddividendo il percorso in sessioni consecutive (dipendenti dal numero delle priorità) e rispondendo alla domanda "quali azioni (o attività) sono necessarie alla loro realizzazione", sono state raccolte le idee che ogni esperto ha individuato come funzionali al raggiungimento degli obiettivi.
- La fase di valutazione. Con questa fase ogni singolo partecipante ha cercato di stimare la rilevanza di ciascuna azione per il conseguimento della priorità/obiettivo. Sulla base di due scale (quella sull'appropriatezza e quella sulla fattibilità) e utilizzando una scala da 1 a 5 (1 valore minimo, 5 valore massimo) ciascun esperto ha espresso il proprio punto di vista. La piattaforma, restituendo la media dei punteggi conseguiti da ciascuna azione, ha rappresentato una valutazione di gruppo pesando le diverse azioni in termini di preminenza. Ciò non significa che le azioni con punteggio basso non abbiano importanza ai fini del conseguimento degli obiettivi. Tale valutazione ha consentito di proporre una sintesi delle posizioni del gruppo di Esperti e di gerarchizzare le diverse attività ed azioni presentate, facilitando di fatto la definizione successiva degli elementi contenutistici delle schede tecniche che saranno a corredo del Piano d'Azione.
- Spazio di discussione e *feedback*. La apparente freddezza dello strumento che di fatto ha ridotto al minimo la possibilità di interazione tra i partecipanti, orientando il lavoro quasi esclusivamente al compito, nell'ultima parte è stata stemperata da uno spazio lasciato alla discussione ed ai *feedback*, consentendo a ciascun partecipante di esprimersi favorendo, anche se in un tempo limitato, di argomentare le proprie posizioni in un contesto di scambio e di collaborazione.
- Fase di restituzione e di sintesi. Dopo aver lasciato "le stanze dei sottogruppi", i facilitatori hanno effettuato la restituzione, in plenaria, del lavoro svolto in ciascun gruppo. Per ogni obiettivo sono stati prodotti dei *Report* di sintesi del lavoro svolto durante i Tavoli, i quali sono stati condivisi con gli Esperti.

Il metodo

L'approccio utilizzato è quello dell'*Action Planning*, che ha consentito di organizzare il lavoro in una successione lineare di procedure: condivisione degli elementi principali emersi dalla Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, in termini di Linee Strategiche, Obiettivi generali e Priorità di intervento e individuazione delle azioni necessarie per il conseguimento degli obiettivi con una valutazione delle stesse.

Nello specifico, l'utilizzo del *brainstorming* come tecnica che, come noto, non solo consente la produzione di idee in piena libertà puntando sulla quantità più che sulla qualità, ha anche consentito di riportare verso una sintesi convergente idee frutto anche di posizioni divergenti.

Pertanto, a supporto del processo decisionale che il Piano Nazionale intende offrire ai decisori politici, ha di fatto offerto il punto di vista di coloro i quali vengono definiti “testimoni qualificati”, o “testimoni chiave”, o, ancora, “campione di Esperti”.

In quanto Esperti sono infatti quei soggetti particolarmente competenti in ordine alle problematiche che il Piano intende affrontare.

Tutto ciò assume particolare rilievo nell'ambito di processi di programmazione di tipo partecipativo dove assumono un ruolo fondamentale gli *stakeholder*, di un determinato contesto sociale, nel concorrere a delineare i processi decisionali sulla base di una rappresentazione cognitiva di quel particolare contesto.

Tra le tecniche che utilizzano gli “Esperti” di particolare importanza sono gli strumenti basati sulle interazioni di gruppo, in quanto le modalità e le dinamiche che si producono in quel setting aiutano ad approfondire e a scandagliare in profondità gli argomenti trattati proprio grazie al *feedback* su cui si basa. Il gruppo consente cioè lo sviluppo di processi mentali e processi comunicativi dove si può avere «produzione di conoscenza di tipo cooperativo, ma anche più pragmatico poiché ancorata a finalità programmatiche o decisionali».

La strumentazione e lo staff

I Tavoli di Lavoro sono stati coordinati da uno *staff* composto da tre figure:

- 1 conduttore, con il compito di gestire la discussione, introdurre i temi e i diversi passaggi metodologici, fare sintesi delle evidenze emerse;
- 1 co-conduttore, figura a supporto del moderatore principale per il monitoraggio delle procedure e dei tempi;
- 1 supporto tecnico, per la gestione della piattaforma *Group Maps* e per il supporto tecnico ai partecipanti.



PARTECIPAZIONE AI LAVORI ONLINE

Lo sviluppo della piattaforma *web* dedicata ha reso possibile, nella più totale trasparenza, la strutturazione di un documento condiviso dai 271 Esperti che hanno preso parte al processo di costruzione del PAND. A tutti i partecipanti è stato reso disponibile in piattaforma un documento di partenza strutturato in Obiettivi, Priorità e Azioni raccolte a partire dalle proposte emerse dalla VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze – Oltre le fragilità e integrate sulle indicazioni del Piano d’azione Europeo. In questa prima fase le Azioni erano individuate da un titolo e su di esse è stato chiesto agli Esperti di esprimere una valutazione di accordo/disaccordo; procedere alla definizione dei contenuti (obiettivi; indicatori di risultato; fonti di finanziamento; portatori di interesse) e proporre di nuove. Fin dall’inizio dei lavori si sono connessi alla piattaforma almeno una volta 250 Esperti per leggere i contenuti e proporre modifiche. I commenti nella prima fase sono stati 138, effettuati da 74 Esperti, e sono state proposte 145 nuove azioni da parte di 82 Esperti.

A conclusione della prima fase si sono tenute le giornate di lavoro *online*; la struttura della piattaforma è stata “congelata”, è stato pubblicato in formato consultabile il documento contenente tutte le informazioni raccolte e sono state caricate sulla piattaforma le Schede Azione ristrutturare secondo le indicazioni emerse dai Tavoli di Lavoro. La seconda fase è quella che ha visto una maggiore partecipazione, infatti ci sono state 1503 valutazioni e commenti da parte di 71 Esperti e 372 proposte di modifica sulle Schede Azione, effettuate da 75 Esperti. In questa fase è stato implementato anche lo strumento del Forum di discussione per garantire la possibilità di interazione all’interno di ciascun Obiettivo. Sono stati aperti 21 *topic* di discussione che hanno visto il coinvolgimento attivo di 176 partecipanti. Tutte le indicazioni emerse in piattaforma sono poi state riesaminate e hanno permesso una nuova ristrutturazione delle Schede Azione in cui le Azioni sono state in alcuni casi opportunamente accorpate o spostate nella parte relativa alle riforme normative. La nuova versione del Piano è stata caricata in piattaforma ed è stata nuovamente aperta la possibilità di fornire suggerimenti e proporre modifiche. A questa terza fase, nel mese di agosto, hanno preso parte 14 Esperti con 60 suggerimenti di modifica.

VALUTAZIONE DEL PROCESSO PARTECIPATIVO PAND

Agli Esperti è stato richiesto di valutare il percorso in piattaforma, in particolare in relazione alla produttività delle attività svolte sul proprio Obiettivo durante l’incontro partecipativo, al coinvolgimento nel Tavolo di Lavoro nonché alla soddisfazione per i risultati raggiunti dal proprio gruppo di lavoro, esprimendo un voto da 1 a 5, dove 1 denota insoddisfazione e 5 ampia soddisfazione.

Per tutte le Linee Strategiche le valutazioni sono state positive avvicinandosi al punteggio di 4.

Particolare soddisfazione è stata espressa dagli Esperti della Linea Strategica 3- Affrontare i danni connessi alle dipendenze- in relazione alla produttività dell’incontro partecipativo e al proprio coinvolgimento. Si segnala, infine, che la necessità di anticipare i tempi di consegna del documento a seguito dello scioglimento anticipato di Camera e Senato e della convocazione delle elezioni politiche anticipate ha reso necessario richiedere un ulteriore sforzo collaborativo agli Esperti che hanno dimostrato, anche nel corso dei mesi estivi, la loro disponibilità di partecipazione.

2. Il contesto di riferimento del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025

IL FENOMENO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

Questa sintesi, elaborata sulla base dei dati raccolti all'interno della Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 2022 ² ha l'obiettivo di presentare una lettura integrata degli indicatori diretti e indiretti che descrivono la situazione italiana in materia di dipendenze.

Il quadro che si delinea sembra essere ancora fortemente influenzato dalla pandemia da COVID-19, che ha conseguenze socio sanitarie spesso esacerbate o che hanno impattato su altre aree di disagio in rapido aumento. Da una parte è stata registrata una flessione nella prevalenza di giovani utilizzatori di sostanze psicoattive illegali, nel numero delle segnalazioni e delle denunce penali per reati commessi in violazione del DPR 309/1990, delle persone con disturbo da uso di sostanze in cura presso i Ser.D e all'interno delle comunità terapeutiche, nonché dei ricoveri e dei decessi droga-correlati. Dall'altra è aumentata in maniera sensibile la quantità di sostanze intercettate nel Paese, così come la percentuale di principio attivo rilevata nei campioni di hashish, crack e metamfetamine analizzati a seguito di sequestro.

Caratteristiche del mercato e riduzione dell'offerta

A fronte di un sostanziale aumento dei chilogrammi di sostanze sequestrate (+54% rispetto al 2020) sono diminuite le operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia (-6,5% rispetto al 2020).

Il 74% delle oltre 91 tonnellate di sostanze sequestrate ha riguardato i prodotti della cannabis, in espansione il mercato della cocaina che rappresenta il 22%, mentre poco meno dell'1% è rappresentato da eroina e altri oppiacei; le sostanze sintetiche hanno costituito meno dello 0,2% del totale e le altre sostanze quasi il 2,9%.

Nel 2021 sono state identificate 62 NPS, di cui 8 mai rilevate prima sul territorio nazionale.

È stata inoltre osservata una crescita delle percentuali di principio attivo rilevate nei campioni sequestrati di hashish, crack e metamfetamine, mentre restano stabili quelle di marijuana, cocaina, eroina e MDMA.

Sono aumentati anche i prezzi al dettaglio di marijuana e hashish così come quelli di cocaina, metamfetamine ed ecstasy, mentre si è rilevata una diminuzione del prezzo medio di eroina bianca e amfetamine.

2. Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2022 consultabile al link: <https://www.politiche-antidroga.gov.it/it/attivita/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2022-dati-2021/>



Le stime più recenti riguardanti il mercato delle sostanze hanno quantificato la spesa per il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale nel 2020 in 14,8 miliardi di euro, di cui circa il 44% è attribuibile al consumo dei derivati della cannabis e quasi il 30% all'utilizzo della cocaina.

Le persone segnalate per possesso ad uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art.75 del DPR 309/1990) nel 2021 sono state 30.166: il 9% è minorenni, dato in diminuzione, il 30% ha tra i 18 e i 24 anni. La quasi totalità è di genere maschile (93%). Il 72,8% delle sostanze riportate nelle segnalazioni riguarda cannabis, per il 20%, si tratta di cocaina.

Inoltre, nel 2021 sono state segnalate all'Autorità Giudiziaria 30.083 persone per reati penali commessi in violazione del DPR 309/1990, con un decremento del 5% circa rispetto al 2020. Il 90% delle denunce si riferisce al reato di produzione, traffico e detenzione illecita e il 10% a quello di associazione finalizzata al traffico, quote stabili dal 2017. Il 45% delle denunce ha riguardato la detenzione di cocaina/crack, il 41% cannabis e derivati, l'8% eroina/altri oppiacei e l'1,3% le sostanze sintetiche.

Sono stati denunciati per reati penali droga-correlati 967 minorenni (il 3% del totale nazionale), il 4% dei quali aveva 14 anni (età minima). Rispetto al 2020 è stato registrato un aumento del 4,7% del numero dei minorenni denunciati (n.924).

Rispetto al 2020 sono diminuiti i procedimenti penali pendenti per il reato di produzione, traffico e detenzione (Art.73 DPR 309/1990), che nel 2021 sono stati 91.943 e hanno coinvolto 186.517 persone. Il 38% delle persone coinvolte si trova nella fase delle indagini preliminari, il 47% al primo grado di giudizio, il 14% al secondo grado di giudizio e l'1% al terzo. I minorenni costituiscono il 4% di tutte le persone coinvolte.

Continua il *trend* in diminuzione delle condanne per reati legati al DPR 309/1990: nel 2021 sono state condannate 12.594 persone, quasi tutte di genere maschile (92%), e in maggioranza con un'età compresa fra i 18 e i 34 anni (quasi il 60%). In diminuzione la percentuale di stranieri condannati (38%).

Alla fine del 2021 le persone detenute per reati legati al DPR 309/1990 erano 18.884 e rappresentavano il 35% della popolazione carceraria, dato stabile rispetto agli anni precedenti; un terzo era di nazionalità straniera, dato in diminuzione.

Nello stesso anno, le persone in carico ai Servizi Sociali Minorili per reati droga-correlati sono state 3.856, circa il 19% del totale, dato stabile nell'ultimo quinquennio. Quasi tutte erano di genere maschile (96%) e il 28% risultava in carico per la prima volta.

Cannabis a Uso Medico

Negli ultimi anni è stato introdotto anche in Italia, limitatamente ad alcune specifiche patologie, l'utilizzo della Cannabis ad Uso Medico e la normativa di riferimento che ne regola l'uso e la somministrazione è rappresentata dal Decreto Ministeriale del 9 novembre 2015 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.279 del 30-11-2015. Con questo Decreto il Ministero della Salute ha autorizzato la coltivazione delle piante di cannabis da utilizzare per la produzione di medicinali di origine vegetale a base di cannabis, individuando le aree da destinare alla coltivazione di piante di cannabis e la superficie dei terreni su cui la coltivazione è consentita. In conformità a quanto previsto dall'accordo di collaborazione tra il Ministro della Salute e il Ministro della Difesa sottoscritto in data 18 settembre 2014, il Ministero della Salute ha individuato quale sito di produzione l'Agenzia Industrie Difesa- Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (AID-SCFM), che pertanto al momento coltiva e produce la "sostanza attiva in conformità all'*Active Substance Master File* (ASMF) depositato all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)".

Nel corso degli anni i consumi totali di cannabis a uso medico nel nostro Paese hanno subito un notevole incremento. Si è passati infatti da 58,6 kg di sostanze attive di origine vegetale a base di cannabis venduti alle farmacie nel 2014 a 1.271,5 kg venduti nel 2021.

In considerazione del fatto che la produzione nazionale di medicinali di origine vegetale a base di cannabis non è ancora sufficiente, per quantità e varietà vegetali, a coprire il fabbisogno nazionale e che per consentire la continuità terapeutica è ancora necessario ricorrere all'importazione, il 17 dicembre 2021 è stato sottoscritto l'Accordo di collaborazione tra Ministro della Salute e il Ministro della Difesa per l'ampliamento della produzione nazionale di medicinali di origine vegetale a base di cannabis.

Diffusione e tendenze dei consumi

La cannabis continua ad essere la sostanza psicoattiva più utilizzata sul territorio nazionale, con una crescente disponibilità di nuove forme e un costante aumento della potenza dei prodotti sequestrati. La diffusione dell'uso di questa sostanza riguarda soprattutto i giovani: circa un quarto degli studenti ha consumato cannabis almeno una volta nella vita e 458mila 15-19enni (quasi 18%) l'hanno usata nel corso dell'ultimo anno (dati ESPAD®Italia 2021). Anche i risultati delle acque reflue puntano in questa direzione, con una stima di consumo giornaliero di circa 59 dosi ogni 1000 abitanti e un aumento del 28% rispetto al 2020, che si rileva anche nell'utenza in trattamento presso i servizi per utilizzo primario di cannabis.

Le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) sono la seconda tipologia di sostanze più utilizzate. Nel 2021 sono stati 77mila (3%) gli studenti che le hanno assunte. Seppur in sostanziale diminuzione, le NPS più diffuse sono quelle riconducibili alla categoria dei cannabinoidi sintetici, provati almeno una volta nell'anno dal 2,5% degli studenti.

Sono 44mila gli studenti "poliutilizzatori" che hanno riferito il consumo di più sostanze: due terzi consumano frequentemente almeno una delle sostanze utilizzate e presentano un profilo di rischio elevato anche per altri comportamenti (ESPAD®Italia).

Per quanto riguarda la diffusione della cocaina l'analisi delle acque reflue descrive una concentrazione della sostanza media di 12 dosi ogni 1.000 abitanti/giorno, in crescita dagli anni precedenti. In controtendenza il dato osservato fra i giovani studenti italiani: la percentuale di utilizzatori, infatti, risulta più bassa di quella registrata nel periodo pre-pandemia, confermando un andamento decrescente dal 2007. Il dato dei consumi giovanili potrebbe essere tuttavia condizionato dal prezzo elevato della sostanza che la rende meno fruibile per chi non ha reddito e, per questa ragione, risulta evidente la necessità assoluta di mantenere alta l'attenzione.

Si modifica velocemente lo scenario legato alle sostanze sintetiche: sebbene in generale gli indicatori della disponibilità di queste sostanze nel nostro Paese descrivano un mercato in contrazione ci sono segnali di adeguamenti che potrebbero portare a una nuova risalita degli utilizzatori. Nel 2021 diminuiscono i consumi fra gli studenti di sostanze come ecstasy, amfetamina, metamfetamina, LSD e GHB.

Pur essendo una delle sostanze meno diffuse sul territorio, l'eroina mantiene il primato per quanto riguarda l'impatto sociale. Tuttavia l'analisi delle acque reflue stima per il 2021 un incremento di dosi giornaliere pari al 33%.

Prevenzione e riduzione del rischio e del danno (RRD)

Nel panorama delle dipendenze gli approcci di prevenzione hanno spaziato da *target* generici ad interventi mirati verso persone a rischio con l'obiettivo di creare una corrispondenza tra le diverse strategie preventive e i contesti specifici, orientati sia dalla necessità di sperimentazione di nuove



strategie, sia dalla garanzia di *standard* di efficacia basati su dati concreti. La popolazione scolastica resta il *target* principale affiancato in molti casi dalle famiglie.

Oltre alla prevenzione, laddove il consumo sia già in atto, gli interventi di Limitazione dei Rischi (LdR) e Riduzione del Danno (RdD) si sono configurati come uno dei pilastri degli interventi in ambito di dipendenze. Seppure con un quadro geografico disomogeneo, le attività di RdD e LdR si stanno evolvendo e alcune Regioni propongono non solo interventi di RdD in ambito sanitario (come *test* e vaccini) e distribuzione di materiali sterili, ma anche servizi innovativi (es. *kit* sniffo sicuro, *take home Naloxone*).

Sono attive nel nostro Paese 137 unità mobili per il 35% gestite dai Servizi Pubblici e per il 65% da quelli del Privato Sociale. Sono inoltre presenti 9 *drop-in* pubblici, 38 gestiti dal Privato Sociale e 18 Servizi a bassa soglia o di prima accoglienza, gestiti prevalentemente dalle organizzazioni del Privato Sociale (14 su 18).

Il *target* principale degli interventi erogati da unità mobili, *drop-in* e servizi di pronta accoglienza sono persone con procedimenti penali droga-correlati e oltre 40 anni di età, persone senza fissa dimora e/o con doppia diagnosi.

Il sistema dei Servizi per le Dipendenze

La fotografia 2021 sull'organizzazione dei servizi a livello territoriale evidenzia una situazione eterogenea, articolata fra Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale nella maggior parte delle Regioni e delle Province Autonome, con sistemi organizzativi anche molto differenziati.

Sul territorio nazionale sono presenti 574 Ser.D, con 614 sedi di erogazione delle prestazioni.

Nel 2021 sono stati rilevati 1.001 servizi ambulatoriali attivi, numero comprensivo di servizi specifici per alcolologia e gioco d'azzardo.

Nel corso del 2021 i Ser.D hanno assistito 123.871 persone con Disturbo da Uso di Sostanze: l'86% è di genere maschile, il 68% ha tra i 30 e i 54 anni e il 15% ha meno di 30 anni.

Sono 932 le strutture riabilitative in Italia che dispongono complessivamente di 13.819 posti, dei quali l'87% in strutture residenziali e il rimanente 13% in regime semiresidenziale. Il 95% sono appartenenti al Privato Sociale. Vi si rivolgono principalmente persone con reati droga-correlati non in carcere, ultraquarantenni, utenti in doppia diagnosi e persone senza fissa dimora.

Nel 2021 il 28% della popolazione carceraria aveva un Disturbo da Uso di Sostanze, percentuale in crescita nell'ultimo quadriennio. Stabile (33%) la percentuale di persone detenute tossicodipendenti di nazionalità straniera sul totale della popolazione carceraria tossicodipendente. Circa il 36% sono persone tossicodipendenti entrate dalla libertà. La componente femminile si attesta al 3,3%. La nuova utenza e i cittadini stranieri in carcere sono in media più giovani del totale delle persone detenute tossicodipendenti.

Oltre la metà dell'utenza ristretta in carcere è assistita per uso primario di cocaina o crack. Gli oppioidi sono al secondo posto, più frequenti nell'utenza femminile. L'uso primario di cannabis è riferito dal 14% della nuova utenza e dal 10% delle persone detenute di genere maschile e da quelle di nazionalità straniera.

Dimezzate in 10 anni le concessioni di Lavori di Pubblica Utilità per le persone con Disturbo da Uso di Sostanze, mentre aumentano quelle concesse nei casi di violazione del Codice della Strada. L'11% di tutte le misure alternative concesse (+4,4% rispetto al 2020) ha riguardato l'affidamento in prova al servizio sociale specifico per persone tossico/alcolodipendenti, in progressivo decremento nell'ultimo decennio.

I danni correlati al consumo di sostanze stupefacenti

A seguito di una riduzione di circa sei volte dei casi di infezioni sessualmente trasmissibili rilevata fra i consumatori di sostanze psicoattive per via iniettiva dal 1991-1995 al 2006-2010, nel periodo 2011-2020 è stata osservata una costante lenta ripresa della diffusione delle stesse.

Si sono riscontrate, nel 2021, una diminuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV, portando l'Italia al di sotto della media dei Paesi dell'Unione Europea e una diminuzione delle nuove diagnosi di AIDS (352 nel 2020), il 7,7% delle quali riferite a soggetti con utilizzo iniettivo di sostanze.

A fronte di una generale contrazione del numero di incidenti stradali, legata alle restrizioni alla mobilità dovute all'emergenza pandemica, è stato rilevato l'incremento degli incidenti legati allo stato psicofisico alterato dei conducenti e sono diminuite in numeri assoluti di circa un terzo le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica e quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, anche se in termini percentuali sul totale delle sanzioni queste si mantengono pressoché invariate.

Sono diminuiti rispetto all'anno precedente i ricoveri droga-correlati, per quasi il 50% attribuibili al consumo di sostanze miste o non specificate, che nel 2020 sono stati 5.406 (8 ogni 10.000 ricoveri): per il 69% hanno riguardato pazienti di genere maschile e per l'8,7% persone di nazionalità straniera: l'età media dei ricoverati è di quasi 39 anni.

Continua la flessione dei decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti che nel 2021 sono stati 293, con un decremento del 5,2% rispetto al 2020.

All'intossicazione acuta da oppiacei è stata attribuita oltre la metà dei decessi direttamente droga-correlati; l'overdose da cocaina/crack, invece, è stata rilevata in oltre un quinto dei decessi, e per quasi un decesso ogni quattro non è stata specificata la sostanza responsabile del decesso.

Nel 2019, ultima annualità disponibile, si sono verificati 318 decessi con causa iniziale droga-correlata, con un leggero incremento (+3,9%) rispetto all'anno precedente. I decessi droga-correlati per cause multiple dovuti all'uso e/o misuse di più sostanze psicoattive o di origine incerta o sconosciuta hanno inciso per il 77% del totale. Il 16% dei decessi è stato attribuito all'uso di oppiacei (con o senza altre sostanze) e il 7,3% all'uso di altre sostanze.

LA NECESSITÀ DI UN'ONTOLOGIA CONDIVISA IN AMBITO DI DIPENDENZE

Il tema delle patologie da dipendenza da sostanze stupefacenti e/o alcol è un tema multidisciplinare che sollecita e coinvolge molti settori di studio, in primis quello sanitario/socio assistenziale e quello giuridico. Allo stato attuale si riscontrano forti criticità e spesso una estrema variabilità lessicale e semantica, tra terminologie afferenti ai diversi ambiti disciplinari.

Una criticità primaria si individua nell'utilizzo terminologico rilevabile nel testo del DPR 309/90- Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Le definizioni, terminologie e locuzioni riferite al tema delle patologie da dipendenza rilevabili all'interno del testo della Legge, non trovano spesso un riferimento univoco in ambito sanitario, creando un divario tra i due domini. Come conseguenza dell'assenza di riferimenti univoci, nel testo della Legge si trovano utilizzati in modo asistematico i termini "tossicodipendenza", le locuzioni "uso" e "uso abituale", "dipendenza", "abuso" e "tossicofilia".



Conseguenza diretta di questo variabile utilizzo delle definizioni a livello legislativo è il riverberarsi di tale criticità anche a tanti altri livelli, quali quello giurisprudenziale.

La necessità di un'ontologia condivisa ai diversi ambiti disciplinari non è dunque una questione meramente teorica. L'ordinamento giuridico è infatti composto non soltanto da norme poste in essere dal potere legislativo o esecutivo, ma anche delle norme enunciate espressamente, o implicitamente ricavabili, dai procedimenti giudiziari, che sono utilizzate come criteri di decisione in casi successivi.

Dall'incertezza terminologica si creano spazi per possibili inefficienze e ambiti di discrezionalità che nuocciono a un'efficiente gestione del fenomeno delle dipendenze. Sembra dunque essenziale, al fine di una corretta identificazione e implementazione delle azioni del PAND, la creazione di una ontologia condivisa, un linguaggio scientifico universale che non lasci margine a interpretazioni discrezionali, al fine di garantire un'inefficiente allocazione delle risorse pubbliche. La standardizzazione terminologica è inoltre fondamentale per valutare l'impatto delle politiche e degli interventi posti in essere.

Lo sviluppo dello stesso Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025 è stato improntato al riconoscimento della necessità di un linguaggio comune e condiviso, nella speranza che questo costituisca un primo passo verso la creazione di una ontologia condivisa nell'ambito dell'intero panorama delle Dipendenze.

LINEA STRATEGICA 1

Riduzione della domanda:
prevenzione, trattamento e
assistenza

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Prevenzione del consumo di droghe e sensibilizzazione in merito agli effetti dannosi delle dipendenze

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Accessibilità e rafforzamento dei servizi di trattamento e assistenza

OBIETTIVO STRATEGICO 3

Potenziamento dei percorsi di inclusione sociale e lavorativa

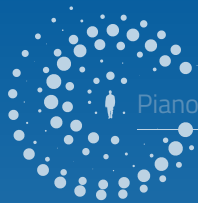
OBIETTIVO STRATEGICO 4

Incremento della disponibilità e dell'accesso a sostanze controllate a uso medico

OBIETTIVO STRATEGICO 1

Prevenzione del consumo di droghe e sensibilizzazione in merito agli effetti dannosi delle dipendenze

-
- P1** Assicurare il coordinamento interistituzionale e tecnico scientifico per l'area della prevenzione
-
- P2** Incentivare la prevenzione delle dipendenze nel setting scolastico
-
- P3** Sviluppo della prevenzione e della presa in carico precoce
-
- P4** Potenziare le reti di comunità per la costruzione di coalizioni locali (*Communities that care*)
-
- P5** Promuovere campagne sulle dipendenze adeguate in termini di *target* obiettivi e messaggi
-
- P6** Incentivare la prevenzione delle Dipendenze comportamentali



P1

ASSICURARE
IL COORDINAMENTO
INTERISTITUZIONALE E TECNICO
SCIENTIFICO PER L'AREA DELLA
PREVENZIONE

LS1 - OB1 – P1

A1

Definire Linee di Indirizzo per la distribuzione omogenea e strutturata di finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla presa in carico precoce

Descrizione

Il rilancio e l'innovazione delle attività di prevenzione e presa in carico precoce richiedono l'individuazione di fondi a sistema dedicati alle dipendenze e alle loro evoluzioni, al fine di evitare discontinuità e distribuzione "a pioggia", anche per scongiurare una mancata equità geografica di distribuzione e la qualità degli interventi.

Il Terzo Settore deve essere dotato di strumenti e necessita di fondi per garantire la strutturazione di progetti dedicati all'educazione e alla formazione, al fine di stimolare consapevolezza e solidarietà tra la giovane popolazione dei consumatori, con specifiche figure socio-sanitarie per affiancare il mondo scolastico nelle azioni di prevenzione e di informazione sul tema.

Occorre inoltre garantire la previsione di fondi per la sperimentazione e la valutazione di programmi attuati in altri Paesi e di nuovi programmi elaborati in Italia. È necessaria un'attenzione specifica al *target* adolescenziale che richiede personale, tempi, spazi dedicati, non assimilabili con la prevenzione e il trattamento di tipologie di utenza anagraficamente più avanti.

Risultati attesi

Istituzione di un Tavolo di Lavoro congiunto tra Ministeri, Regioni e Province Autonome, Enti Locali e Terzo Settore; Linee di Indirizzo per la distribuzione omogenea e strutturata di finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla presa in carico precoce.

Indicatori di risultato

Numero di Enti che recepiscono le Linee di Indirizzo.

Tempistiche

24 mesi

Target

Decisori politici regionali e locali; Dirigenti scolastici; Docenti; Professionisti delle Dipendenze; Operatori Sociali; Istituti scolastici; Terzo Settore.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Decisori politici regionali e locali; Dirigenti scolastici; Docenti; Forze dell'Ordine; Professionisti delle Dipendenze; Operatori Sociali; Scuole; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.



LS1 - OB1 – P1

A2

Promuovere l'attivazione del sistema di monitoraggio delle azioni di prevenzione in ambito dipendenze previsto dal Piano Nazionale Prevenzione

Descrizione

Secondo la Strategia EU 2021-2025, la prevenzione deve mirare a “predisporre, attuare e rendere, ove necessario, più disponibili interventi e strategie di prevenzione ambientale e universale basati su dati probanti per i gruppi e gli ambienti destinatari al fine di accrescere la resilienza e rafforzare le competenze per la vita e scelte di vita sane”. Un ufficio regionale permanente che raccolga le esperienze del pubblico e del privato nell'ambito della prevenzione è importante per l'implementazione di iniziative di maggior efficacia.

Come previsto dal Piano Nazionale Prevenzione (PNP) - Ob1 del pp4 al fine di individuare degli *standard* di processo degli interventi di prevenzione che siano in linea con gli *European Drug Prevention Quality Standards* (EDPQS) e delle norme internazionali dell'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) sulla prevenzione dell'uso di sostanze, è necessario attivare un sistema di monitoraggio omogeneo sul territorio nazionale.

Risultati attesi

Istituzione di un Ufficio permanente per la prevenzione e la promozione del benessere in ogni Regione e Provincia Autonoma. Individuazione degli *standard* di processo.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome che attivano Uffici permanenti per la prevenzione e la promozione del benessere. Numero di interventi di prevenzione raccolti e analizzati.

Tempistiche

60 mesi

Target

Aziende; Realtà lavorative; Comunità, Cooperative e imprese sociali; Decisori politici regionali e locali; Dirigenti scolastici; Genitori; Giovani; Istruttori scuole guida; Medici; Operatori Sociali; Professionisti dei centri di aggregazione giovanile; Professionisti delle Dipendenze; Strutture ospedaliere – personale sanitario operante nei PS e nei laboratori; Studenti; Terzo Settore.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Decisori politici regionali e locali; Comunità per le dipendenze; Cooperative inserimento lavorativo; Rete Territoriale dei Servizi; Centri per le famiglie; Città riservatarie; Docenti; Forze dell'Ordine; Genitori; Istruttori di scuola guida; Legislatore; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Scuole; Sistema Nazionale Allerta Precoce (SNAP); Studenti; Terzo Settore.

LS1 - OB1 – P1

A3

Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze

Descrizione

Il Programma Predefinito n. 4 del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2020-2025 individua, nella parte relativa alle dipendenze, la collaborazione inter-istituzionale come uno degli elementi essenziali al fine di sviluppare al massimo le sinergie esistenti ed evitare sovrapposizioni.

Pertanto, per favorire il raggiungimento dei risultati di salute, risulta necessario rafforzare il ruolo di coordinamento interistituzionale, proprio del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) in ambito di prevenzione delle dipendenze. Tale rafforzamento dovrebbe avvenire secondo il modello di *stewardship* in base al quale il Ministero della Salute, in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni e alle Province Autonome, grazie anche all'acquisizione di funzioni e competenze specifiche, quali:

- individuazione, traduzione e disseminazione dei materiali e delle banche dati dell'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) utili alla prevenzione delle dipendenze;
- gestione e coordinamento di tutta la filiera di accreditamento dei programmi IPEST (Interventi Preventivi Efficaci, Sostenibili e Trasferibili) di prevenzione delle dipendenze e di presa in carico precoce.

Questa consiste in particolare nelle funzioni di:

- promozione della valutazione di programmi promettenti;
- selezione di interventi validati dalla comunità scientifica internazionale che meritano di essere trasferiti nel contesto italiano;
- coordinamento delle attività di adattamento e traduzione dei programmi così selezionati;
- creazione e mantenimento di un repertorio di interventi efficaci in accordo con il Network Italiano di *Evidence Based Prevention* (<https://www.niebp.com/>) che già opera in questo senso per il PNP;
- monitoraggio specifico delle attività di prevenzione condotte sul territorio;
- coordinamento delle attività di formazione alla prevenzione.

Il coordinamento si realizza anche attraverso strumenti formali (accordi, Linee di Indirizzo, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale ecc.), secondo una strategia che garantisca il principio di uniformità delle prestazioni a livello nazionale, regionale e delle articolazioni territoriali dei Comuni, lasciando spazio alle specificità locali. È necessario che Governo, Regioni, Province Autonome e Organizzazioni dei Comuni sottoscrivano accordi nazionali che definiscano le forme di coordinamento utili a garantire l'integrazione tra risorse e finanziamenti sociosanitari e sociali per le politiche sulle droghe e le dipendenze, atti a promuovere una prospettiva politica di sistema cittadino e territoriale di interventi, servizi e risorse e per rendere funzionali e attive le relazioni tra le ASL, i Comuni gli Enti del Terzo Settore della società civile e degli operatori economici, adeguando tali indirizzi alle esigenze specifiche dei territori.



Risultati attesi

Attivazione presso il DPA della funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione.

Indicatori di risultato

Numero di incontri annuali del gruppo di lavoro coordinamento.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Istituzioni attive in ambito prevenzione.

Stakeholder

Ministeri; Regioni e Province Autonome; Organizzazioni dei Comuni.

P2

INCENTIVARE LA
PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE
NEL *SETTING* SCOLASTICO



LS1 - OB1 – P2

A4

Avviare un percorso di lavoro interministeriale finalizzato a integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Docenti con moduli obbligatori relativi alla Promozione della Salute e Prevenzione educativa

Descrizione

I curricula formativi universitari dei futuri docenti (es. Scienze della Formazione, Corsi di Abilitazione alla docenza ecc.) devono essere integrati con moduli formativi obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa, in modo che i docenti siano adeguatamente competenti per valorizzare il loro stesso ruolo preventivo e preparati anche a costruire relazioni con il territorio e i suoi servizi. Per raggiungere questo obiettivo è necessario avviare un percorso strutturale e istituzionale che prenda avvio mediante un Tavolo di Lavoro interministeriale dedicato.

Risultati attesi

Attivazione di un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri docenti; Attivazione di moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa nel curriculum formativo dei futuri docenti; Formazione, aggiornamento e sensibilizzazione di docenti e dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado sul tema dipendenze.

Indicatori di risultato

Numero di incontri del Tavolo Interministeriale preposto; Numero di percorsi accademici relativi ai corsi di Laurea di area Pedagogica e corsi di formazione post-laurea per l'abilitazione alla docenza nei quali siano inseriti i moduli Promozione della Salute e Prevenzione educativa; Numero di studenti laureati/abilitati che conseguono il curriculum formativo integrato dei moduli Promozione della Salute e Prevenzione educativa nel periodo di riferimento.

Tempistiche

12 mesi per l'avvio formale del percorso; 24 mesi per la formalizzazione degli indirizzi; 36 mesi per l'accordo Stato-Regioni-Consiglio Universitario Nazionale.

Target

Dirigenti scolastici; Docenti; Studenti dei corsi di laurea abilitanti all'Insegnamento e alla didattica

Stakeholder

Ministeri; Decisori politici regionali e locali; Docenti; Genitori; Studenti; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Università; Uffici Scolastici Regionali.

LS1 - OB1 – P2

A5

Sviluppare indicazioni operative per l'intercettazione precoce del disagio aspecifico in ambito scolastico e familiare

Descrizione

Diversi autori suggeriscono la necessità di intercettare, ancor prima che una dipendenza si instauri, la presenza nella famiglia di comportamenti e dinamiche disfunzionali (prevenzione precoce). Quando si instaurano e permangono in seno al contesto familiare condizioni che determinano l'emergere di dinamiche disfunzionali, interventi basati sull'apprendimento di regole, precetti, modelli virtuosi, non sono in grado di imporsi, stanti i rigidi schemi disfunzionali in atto. In simili casi è prioritario operare per il ripristino o la promozione ex novo di schemi evolutivi consolidati in seno alla famiglia, realizzati i quali, i contenuti educativi e le strategie per il benessere, potranno finalmente avere un ruolo.

A tale proposito è possibile ipotizzare nella scuola la costituzione di Unità di contatto e intervento precoce, anche mediante lo sviluppo di percorsi specifici indirizzati a:

- insegnanti, con l'obiettivo di fornire loro una griglia che consenta, in collegamento con lo psicologo scolastico, i docenti *counselor* o, dove assenti queste figure, con i servizi di neuropsichiatria o i Ser.D territoriali, di intercettare e orientare, verso contesti d'intervento di secondo livello, famiglie con evidenze disfunzionali;
- famiglie, con l'obiettivo di sensibilizzarle al riconoscimento di elementi disfunzionali che rappresentino antecedenti di percorsi di devianza e/o dipendenza.

Risultati attesi

Creazione di un gruppo di esperti formatori per l'intercettazione del disagio aspecifico; Sviluppo di percorsi specifici indirizzati agli insegnanti con l'obiettivo di formare conoscenze adeguate all'intercettazione precoce del disagio aspecifico; Sviluppo di percorsi specifici indirizzati agli insegnanti con l'obiettivo di sensibilizzare al riconoscimento delle disfunzionalità; Definizione di un percorso territoriale di presa in carico delle famiglie con l'individuazione dei contesti di intervento di secondo livello pronti ad accoglierle.

Indicatori di risultato

Numero di corsi di formazione attivati per docenti sul disagio aspecifico per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

24 mesi

Target

Adolescenti; Dirigenti scolastici; Docenti; Genitori; Pre-adolescenti.

Stakeholder

Ministero della Salute; Regioni e Province Autonome; ASL; Comuni; Centri per le famiglie; Scuole; Educatori di strada; Tavolo multiservizi (Dipartimento delle dipendenze, consultori, NPI, Servizi sociali del comune); Dirigenti scolastici.



LS1 - OB1 – P2

A6

Implementare Linee Guida nazionali per l'attivazione nelle scuole di *team* multiprofessionali che integrino e supportino l'insegnante referente per l'educazione alla salute

Descrizione

L'elemento strategico di innovazione del Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio intersettoriale e multidisciplinare di Promozione della Salute.

In quest'ottica si rende necessario attivare anche nelle scuole *team* multiprofessionali di educatori e psicologi, definirne ruolo, mandato, modalità di intervento, modalità di relazione con il territorio, nonché le modalità operative per l'identificazione precoce del disagio. È inoltre essenziale che in tutte le scuole sia individuato un insegnante referente per l'educazione alla salute formato in modo specifico, da integrare al *team* multiprofessionale, con il compito di coordinamento delle varie azioni e di raccolta delle esigenze dei colleghi, degli alunni e delle famiglie, che rappresenti il collettore del gruppo di contatto precoce e la figura di raccordo con lo psicologo interno.

Questo richiede la stesura di Linee Guida basate su evidenze scientifiche da promuovere in tempi rapidi, anche in accordo con l'apposita commissione attivata per il Piano Nazionale Prevenzione (PNP), che prevedano percorsi formativi al *counseling* e *coaching* scolastico per docenti, personale ata e *peer educator* che vogliano partecipare alla gestione dei *team* di intervento precoce.

Occorre inoltre inserire una supervisione obbligatoria mensile, in tutti i collegi dei docenti, per ridurre i meccanismi di espulsività dell'*équipe* docenti.

I Centri di Informazione e Consulenza (CIC), istituiti dall'Art. 106 del T.U. 309/90 nell'ottica di prevenire e identificare precocemente comportamenti a rischio di dipendenza potrebbero rappresentare un esempio. Si potrebbe quindi potenziare e aggiornare la funzione dei CIC, con un'azione integrata con quanto previsto dal PNP Prevenzione – Programma Predefinito 1 "Scuole che Promuovono la Salute" e con i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del gennaio 2019 per la definizione di "*policy* integrate per la salute" e anche introducendo un coinvolgimento del personale che opera nei CIC nei consigli di classe, qualora opportuno. Il ruolo del CIC potrebbe anche includere attività di *empowerment* e di acquisizione di *soft skill* (vedi Azione A242-P1-Ob1), considerando il loro inserimento in un ambito più allargato e neutrale di attività extracurricolari, di interazione tra scuola e territorio – come teatro, attività artistiche in genere, fotografia, sport- che potrebbero essere di grande aiuto anche dal punto di vista psicologico per gli adolescenti, contribuendo in questo modo anche al rinnovamento della scuola.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee Guida evidence-based e in accordo con l'apposita Commissione attivata per il PNP, per l'attivazione di *team* multiprofessionali di educatori e psicologi e insegnanti referenti per l'educazione alla salute; Attivazione nelle scuole di *team* multiprofessionali di educatori e psicologi che integrino anche l'insegnante referente per l'educazione alla salute; Sviluppo di Linee Guida nazionali per il rilancio dei CIC, che comprendano *standard* di qualità e criteri di valutazione d'esito dell'intervento; Aggiornamento dei CIC ai nuovi bisogni relativi alla prevenzione e all'identificazione precoce di comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

Indicatori di risultato

Numero di Istituti scolastici che adottano le Linee Guida per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero di *team* multiprofessionali attivati per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero di Istituti scolastici che recepiscono le Linee Guida per il rilancio dei CIC per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero di CIC attivati a livello regionale.

Tempistiche

24 mesi

Target

Istituti Scolastici; Adolescenti; Docenti; Genitori; Studenti; Professionisti della tutela della salute (educatori e psicologi).

Stakeholder

Ministero dell'Istruzione; Ministero della Salute; Supervisore nel Collegio dei Docenti, Scuole; Terzo Settore; Adolescenti; Docenti; Genitori; Studenti; Professionisti della tutela della salute (educatori e psicologi).



LS1 - OB1 – P2

A7

Attivare corsi di formazione e di aggiornamento per docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado d'istruzione

Descrizione

Avviare corsi di formazione per docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado del territorio nazionale, per sensibilizzare e trasmettere loro le conoscenze di base sul fenomeno delle dipendenze, la diffusione dell'uso di sostanze e la loro ricaduta sulla salute dei giovani in età scolare, nonché fornire gli strumenti per avviare azioni di prevenzione e di promozione del benessere psicosociale, anche costruendo percorsi condivisi pubblico-privato, con un approccio collaborativo e bidirezionale, e attraverso progettualità congiunte tra scuola, famiglia, istituzioni sanitarie ed Enti Locali .

I corsi di formazione devono prevedere programmi di formazione al *counseling* e *coaching* scolastico per i docenti disponibili a occuparsi della relazione d'aiuto in ambito scolastico e, per il personale già formato, un continuo aggiornamento sui temi della prevenzione delle dipendenze in età scolare.

Risultati attesi

Avviamento di corsi di formazione e aggiornamento per docenti già formati e Dirigenti sulle dipendenze; Attivazione di moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa nel curriculum formativo dei futuri docenti; Formazione, aggiornamento e sensibilizzazione sul tema delle dipendenze di docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Indicatori di risultato

Numero di corsi di formazione e aggiornamento sulle dipendenze avviati per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero di docenti già formati e Dirigenti che aderiscono ai corsi di formazione e aggiornamento; Numero di percorsi accademici relativi ai corsi di Laurea di area Pedagogica e corsi di formazione post-laurea per l'abilitazione alla docenza nei quali siano inseriti i moduli Promozione della Salute e Prevenzione educativa; Numero di studenti laureati/abilitati che conseguono il curriculum formativo integrato dei moduli Promozione della Salute e Prevenzione educativa nel periodo di riferimento.

Tempistiche

12 mesi per l'avvio formale del percorso; 24 mesi per la formalizzazione degli indirizzi; 36 mesi per l'accordo Stato-Regioni-Consiglio Universitario Nazionale.

Target

Dirigenti scolastici; Docenti; Studenti dei corsi di laurea abilitanti all'Insegnamento e alla didattica.

Stakeholder

Ministeri; Decisori politici regionali e locali; Docenti; Genitori; Studenti; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Università; Uffici Scolastici Regionali.

LS1 - OB1 – P2

A8

Sviluppare programmi specifici per ciclo di vita che adottino un approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill*

Descrizione

La letteratura scientifica è concorde nel riconoscere l'importanza di rafforzare le competenze emotive, relazionali e sociali per aiutare gli adolescenti ad affrontare i compiti di sviluppo dell'adolescenza, ma anche per promuovere benessere e comportamenti positivi, agendo sui fattori protettivi rispetto a comportamenti rischiosi. Con questo obiettivo vanno individuati e sviluppati programmi specifici per ciclo di vita che si articolino durante tutto il percorso scolastico: ad esempio, interventi di promozione della salute basati sull'acquisizione delle *life skill* (competenze indispensabili per favorire un miglior adattamento sociale e un maggior benessere psicosociale) per le scuole primarie; interventi condotti con metodi partecipati e focalizzati su *empowerment*, competenze personali e influenza sociale per le scuole secondarie di 1° grado; interventi che trattino più esplicitamente il tema delle sostanze e dei comportamenti additivi per le secondarie II° (inclusa la *peer education*). Un'attenzione particolare meritano anche i *target* post diploma, dei giovani universitari e di quelli usciti dal percorso scolastico.

Risultati attesi

Sono sviluppati programmi specifici per ciclo di vita con approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill*.

Indicatori di risultato

Numero di programmi specifici attivati per ciclo di vita.

Tempistiche

24 mesi

Target

Adolescenti; Dirigenti scolastici; Docenti; Genitori; Giovani; Operatori Sociali; Pre-adolescenti; Studenti; Terzo Settore.

Stakeholder

Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Scuole; Terzo Settore; Uffici Scolastici Regionali; Comuni; Università ed Enti di Ricerca.



LS1 - OB1 - P2

A9

Promuovere la *peer education* nelle scuole secondarie di secondo grado

Descrizione

La *peer education* nell'ambito della promozione della salute e di comportamenti sani è riconosciuta come uno degli strumenti più efficaci. Pertanto risulta necessario fornire un'adeguata formazione alla *peer education*, con crediti, da includere nei percorsi di PCTO (Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento) al fine di costituire *team di peer educator* all'interno di ogni scuola superiore.

In tal senso occorre promuovere approcci e progetti che coinvolgano direttamente gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado nella costruzione e distribuzione di campagne di prevenzione efficaci sui temi delle dipendenze, fornendo loro competenze operative e abilità progettuali per utilizzare i media visuali, audiovisivi e i *social network*. In tali progettualità gli studenti non sono solo semplici *target* da raggiungere, ma effettivi protagonisti del processo comunicativo, dall'ideazione alla produzione, alla distribuzione dei messaggi realizzati secondo logiche *peer oriented*.

Risultati attesi

Attivazione di progettualità di comunicazione della prevenzione delle dipendenze che coinvolgano gli studenti in un'ottica *peer oriented*; Coinvolgimento degli studenti nell'ideazione e nella produzione di campagne di prevenzione delle dipendenze; Aumento delle conoscenze di base sull'azzardo e sulle patologie ad esso correlate; Aumento delle competenze chiave per creare e disseminare comunicazione efficace; Aumento della consapevolezza sulla prevenzione dei rischi e sui servizi che si occupano del tema.

Indicatori di risultato

Numero di iniziative per promuovere la *peer education* nelle scuole attivate per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

24 mesi per l'attivazione delle progettualità; 36 mesi per la valutazione dell'efficacia degli interventi.

Target

Adolescenti; Scuole; Terzo Settore; Consulta nazionale permanente delle ragazze e dei ragazzi.

Stakeholder

Centri per le famiglie; Città riservatarie; Docenti; Genitori; Scuole; Società Scientifiche; Studenti; Università ed Enti di Ricerca; Uffici Scolastici Regionali; Consulte dei giovani.

P3

SVILUPPO DELLA
PREVENZIONE E DELLA PRESA IN
CARICO PRECOCE



LS1 - OB1 – P3

A10

Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze

Descrizione

Si evidenzia la necessità di adottare le indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione (PNP) – OB strategico 4 (Ob2- Dipendenze) nello specifico Diffondere Modelli di Intervento (intersettoriali e interdisciplinari) centrati su metodologie evidence based (*life skills education e peer education*) e Azioni Raccomandate e Sostenibili con approccio *life course* differenziato per genere e per *setting*, al fine di favorire e garantire una maggiore sostenibilità ed equità degli interventi in ambito nazionale e con l'obiettivo di promuovere l'istituzione di un programma simil Erasmus nell'ambito Prevenzione.

Al fine di favorire la conoscenza comune e gli scambi tecnici fra i professionisti e i *policy maker* impegnati nel campo della prevenzione e della promozione della Salute, occorre dare struttura e finanziamenti dedicati a supportare questa azione di conoscenza, scambio, valorizzazione e integrazione a livello interregionale, internazionale e intercontinentale.

Per questo si propone di promuovere lo scambio di buone pratiche fra cui la costruzione di un programma simil-Erasmus per la prevenzione e la promozione della Salute aperto a studenti dei Corsi di Laurea di settore, Professionisti dei Servizi preventivi, Insegnanti e dirigenti scolastici, *policy maker* in campo sociosanitario sociale ed educativo.

Risultati attesi

Adozione e implementazione delle indicazioni operative promosse dal PNP; Sviluppo e implementazione di un programma di scambio e conoscenza sui temi della prevenzione; Sviluppo di un programma di scambio e conoscenza sui temi della prevenzione tra professionisti e *policy maker* del settore Dipendenze.

Indicatori di risultato

Progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi; Numero di programmi di scambio attivati; Numero di eventi di scambio di buone pratiche per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

24 mesi

Target

Scuole; ASL; Regioni e Province Autonome; Terzo Settore; Studenti dei Corsi di Laurea per futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. (Scienze della Formazione oppure Corsi di Abilitazione alle Professioni), Studenti dei Corsi di Laurea abilitanti all'Insegnamento e alla Didattica; Professionisti dei Servizi preventivi; Docenti; Dirigenti scolastici; *policy maker* in campo sociosanitario sociale ed educativo; Decisori politici e amministrativi regionali e locali; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Professionisti dei centri di aggregazione giovanile; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Decisori politici regionali e locali; Dirigenti scolastici; Docenti; Forze dell'Ordine; Genitori; Professionisti delle Dipendenze; Operatori Sociali; Scuole; Studenti; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.

LS1 - OB1 - P3

A11

Implementare lo sviluppo di competenze specifiche, sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D

Descrizione

I servizi per l'individuazione e presa in carico precoce dei minori, da estendere omogeneamente su tutto il territorio nazionale al fine di garantire equità di accesso in tutte le Regioni e Province Autonome, devono essere composti da staff adeguatamente formato sulle specifiche necessità e difficoltà dei minori a rischio di sviluppare problematiche di dipendenza. Costituiscono presupposto fondamentale l'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline per definire i percorsi più appropriati e una maggiore accessibilità ai giovani e ai loro familiari, garantire un aggancio precoce e tempestivo per assicurare un'evoluzione più favorevole delle situazioni, evitare fenomeni di cronicizzazione e avere come obiettivo costante il recupero globale della persona. Questi servizi dovrebbero lavorare in stretta sinergia con i servizi di cura dedicati ai minori, con i relativi accreditamenti richiesti nell'obiettivo 2 – Priorità 9, in modo che sia facilitato l'eventuale passaggio da un approccio di prevenzione ad un'attività di cura in caso di necessità.

Secondo l'Art. 113 della L. 309/1990, i Servizi per le Dipendenze (Ser.D) svolgono "attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze". Ad oggi però sono soprattutto le attività di cura e riabilitazione a essere svolte dai Ser.D, in particolare per il profilo principalmente clinico degli operatori che vi operano. Al fine di instaurare una sinergia tra i servizi di prevenzione e presa in carico precoce e i servizi di cura, si rende necessario integrare il curriculum degli operatori di Ser.D con competenze specifiche sulle materie di confine tra prevenzione e clinica.

Risultati attesi

Attivazione di servizi per l'individuazione e presa in carico precoce dei minori in difficoltà su tutto il territorio nazionale; Sviluppo di competenze specifiche sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D.

Indicatori di risultato

Numero di servizi attivi per l'individuazione e presa in carico precoce dei minori per Regione e Provincia Autonoma; Numero di Ser.D per ogni Regione e Provincia Autonoma che implementano iniziative per sviluppare competenze specifiche sulle materie di confine tra prevenzione e clinica.

Tempistiche

36 mesi

Target

Minori; Familiari dei minori; Studenti; Ser.D; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; ASL; Decisori politici regionali e locali; Dirigenti scolastici; Docenti; Genitori; Professionisti delle Dipendenze; Operatori Sociali; Scuole; Studenti; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.



LS1 - OB1 - P3

A12

Avviare un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa

Descrizione

I curricula formativi universitari dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. (Scienze della Formazione oppure Corsi di Abilitazione alle Professioni) devono essere integrati con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa, in modo che tutti gli Operatori che si occupano di Salute siano adeguatamente competenti per valorizzare il loro stesso ruolo preventivo e preparati anche a costruire relazioni con il territorio e i le diverse tipologie di servizi.

Per raggiungere questo obiettivo, è necessario avviare un percorso di lavoro interministeriale con il coinvolgimento di Università, Ordini Professionali ecc.

Risultati attesi

Attivazione di un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri operatori; Attivazione di moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa nel curriculum formativo dei futuri operatori; I futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ricevono formazione universitaria su Promozione della salute e Prevenzione Educativa

Indicatori di risultato

Numero di incontri del Tavolo Interministeriale preposto; Numero di percorsi accademici relativi ai corsi di Laurea di area Pedagogica e corsi di formazione post-laurea per l'abilitazione alla docenza nei quali siano inseriti i moduli Promozione della Salute e Prevenzione educativa.

Tempistiche

12 mesi per l'avvio formale del Tavolo Interministeriale; 24 mesi per la formalizzazione degli indirizzi; 36 mesi per l'accordo Stato-Regioni-CUN.

Target

Dirigenti scolastici; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Professionisti dei centri di aggregazione giovanile; Studenti dei Corsi di Laurea per futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. (Scienze della Formazione oppure Corsi di Abilitazione alle Professioni).

Stakeholder

Ministeri; Decisori politici regionali e locali; Docenti; Genitori; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Università.

P4

POTENZIARE LE RETI DI
COMUNITÀ PER LA COSTRUZIONE DI
COALIZIONI LOCALI (*COMMUNITIES
THAT CARE*)



LS1 - OB1 - P4

A13

Predisporre piani di formazione e aggiornamento professionale rivolti a *policy maker* e riconosciuti contrattualmente su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione

Descrizione

Programmare, strutturare e realizzare in modo capillare percorsi di formazione, ricerca, intervento e aggiornamento rivolti ai *policy maker* (es. coordinatori degli Uffici di Piano, dirigenti Reti Ambito scolastiche, Direttori Distretti sociosanitari/sociali, Coordinatori Case della Salute/Comunità ecc.), in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) obiettivo Trasversale Formazione basandosi sull'*European Prevention Curriculum* (EUCP) con l'obiettivo di migliorare la qualità dei progetti di prevenzione delle dipendenze anche a valere su bandi pubblici finanziati e implementati, nonché creare un *network* professionale tra i partecipanti alla formazione. Individuare forme di incentivazione, riconoscimento e valorizzazione della formazione.

Risultati attesi

Strutturazione di percorsi di formazione e aggiornamento rivolti ai *policy maker* su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione delle dipendenze; Programmazione di percorsi di formazione e aggiornamento rivolti ai *policy maker* su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione delle dipendenze; Realizzazione di percorsi di formazione e aggiornamento rivolti ai *policy maker* su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione delle dipendenze e i progetti di prevenzione delle dipendenze finanziati.

Indicatori di risultato

Numero di percorsi attivati; Numero di partecipanti coinvolti.

Tempistiche

12 mesi per l'attivazione dei corsi di formazione; 36 mesi per la valutazione di impatto della formazione.

Target

Decisori politici e amministrativi regionali e locali; Dirigenti scolastici; Ministeri; Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Operatori e *policy maker* in ambito sociosanitario e penitenziario; Funzionari dei Ministeri delle Regioni.

Stakeholder

Consulta nazionale permanente delle ragazze e dei ragazzi; Scuole; Forze dell'Ordine; Regioni e Province Autonome; ASL; Terzo Settore.

LS1 - OB1 – P4

A14**Strutturare, programmare e realizzare interventi di comunità multicomponenti****Descrizione**

Gli interventi di comunità multicomponenti prevedono la realizzazione di programmi di prevenzione in *setting* diversi (scuola, tempo libero, lavoro), il coinvolgimento di diversi *stakeholder* e il rafforzamento e l'implementazione delle norme, così come indicato nel Piano Nazionale Prevenzione (PNP), obiettivo trasversale Intersettorialità.

Risultati attesi

Strutturazione di interventi di comunità multicomponenti; Programmazione di interventi di comunità multicomponenti; Realizzazione di interventi di comunità multicomponenti; Riduzione del consumo di sostanze psicoattive e di comportamenti additivi; *Empowerment* della comunità locale.

Indicatori di risultato

Accordo intersettoriale con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Programma (Scuola, Associazione Nazionale Comuni Italiani, Prefetture, Forze dell'Ordine, Associazioni ecc.) – ogni anno; Numero di interventi di comunità multicomponenti attivati per ogni Regione e Provincia Autonoma

Tempistiche

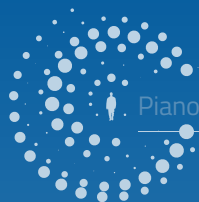
12 mesi per l'attivazione degli interventi di comunità multicomponenti; 36 mesi per il monitoraggio dei consumi.

Target

Adolescenti; Aziende; Realtà lavorative; Comunità; Cooperative e imprese sociali; Centri per le famiglie; Cittadini che devono prendere la patente o fare la revisione della stessa; Cittadini che hanno violato gli Artt. 186 e 187 del Codice della Strada; Decisori politici ed amministrativi regionali e locali; Dirigenti scolastici; Genitori; Giovani; Medici; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe (PUD); Pre-adolescenti; Professionisti dei centri di aggregazione giovanile; Professionisti delle Dipendenze; Studenti; Terzo Settore.

Stakeholder

Centri per le famiglie; Decisori politici regionali e locali; Docenti; Forze dell'Ordine; Genitori; Istruttori di scuola guida; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe (PUD); Scuole; Studenti; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.



P5

PROMUOVERE CAMPAGNE
SULLE DIPENDENZE ADEGUATE IN
TERMINI DI *TARGET* OBIETTIVI E
MESSAGGI

LS1 - OB1 – P5

A15

Promuovere Linee di Indirizzo per la normalizzazione dell'attività preventiva nell'ambito delle dipendenze

Descrizione

Molte riflessioni recenti in ambito scientifico sull'efficacia dell'azione preventiva, parlano della necessità di un'azione di "normalizzazione" della prevenzione nell'ambito delle dipendenze, affinché perda l'accezione di straordinarietà e diventi parte della quotidianità, da ricomprendere in un più generale approccio di tipo culturale di cui una società si fa portavoce. Questo al fine di favorire la permeazione di valori che prevedano uno sviluppo sano e armonioso della persona e della società. Più a lungo termine, la prevenzione delle dipendenze diventa parte della cultura e ne informa ogni aspetto, tendendo a divenire l'approccio normale alla socializzazione e allo sviluppo dell'individuo. Le Linee di Indirizzo si ispirano al PIANO PREDEFINITO 4 sulle Dipendenze (PP4).

Risultati attesi

Sviluppo di Linee di Indirizzo per il processo di normalizzazione della prevenzione nell'ambito delle dipendenze; Strutturazione di attività di prevenzione nell'ambito delle dipendenze.

Indicatori di risultato

Numero di attività di prevenzione strutturate realizzate.

Tempistiche

24 mesi

Target

Organizzazioni ed Enti deputati all'attività preventiva

Stakeholder

Decisori politici nazionali, regionali e locali; Regioni e Province Autonome; Conferenza Stato-Regioni; ASL.



LS1 - OB1 - P5

A16**Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne social sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale**

Descrizione

Le campagne informative sulle dipendenze hanno un importante potenziale sia informativo che normativo, in quanto intendono incidere su percezioni e credenze della popolazione, e rinforzare i fattori di protezione rispetto all'uso problematico di sostanze legali e illegali e a comportamenti additivi. Un altro obiettivo rilevante è quello del contrasto allo stigma. Inoltre, l'ampliamento delle modalità di comunicazione al mondo *social* ha allargato le possibilità sia in termini di raggiungimento di *target* specifici, sia in termini di penetrabilità, rendendo necessario il coinvolgimento di figure specifiche, come il *Social Media Manager*, per l'ideazione e la realizzazione di campagne informative.

Si tratta però di strumenti che richiedono un approccio scientifico e rigoroso nella loro progettazione al fine di evitare effetti iatrogeni evidenziati da alcuni studi. Perciò, anche in linea con le raccomandazioni dell'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (2013). In linea con il Piano Nazionale Prevenzione (PNP), obiettivo trasversale Comunicazione del PP4 è necessario che tali campagne siano condotte solo in un contesto di studi di valutazione rigorosi, ben progettati e adeguatamente dimensionati.

A questo fine, tenendo conto del Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale, si rende necessario lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne informative che comprendano obiettivi e *target* ben definiti, messaggi attentamente studiati e una valutazione di impatto e di efficacia.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne informative adeguate sui temi delle dipendenze; Realizzazione di campagne sulla base delle Linee Guida.

Indicatori di risultato

Effettiva elaborazione delle Linee Guida per la realizzazione di campagne informative; Numero di presentazioni pubbliche che promuovono le Linee Guida per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

12 mesi per lo sviluppo delle Linee Guida nazionali; 24 mesi per la realizzazione delle campagne informative; 36 mesi per la valutazione dell'efficacia delle campagne informative realizzate.

Target

Adolescenti; Genitori; Giovani; Giovani utilizzatori dipendenti; Giovani utilizzatori dipendenti con problematiche psichiatriche.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Legislatore; Società Scientifiche; Università ed Enti di Ricerca.

LS1 - OB1 - P5

A17

Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano testimonial famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture

Descrizione

Testimonial quali attori, cantanti, *influencer*, modelli ecc. possono veicolare messaggi adeguati in merito a comportamenti a rischio, attraverso strumenti pubblicitari, piattaforme *web* e *social network*, riuscendo a catturare in modo decisivo l'attenzione dei destinatari appartenenti a diverse fasce di età e differenti subculture. A tal fine occorre predisporre campagne di prevenzione e sensibilizzazione in merito alle dipendenze che coinvolgono testimonial famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture. Le campagne dovranno essere sviluppate tenendo conto dei suggerimenti che emergono dalla letteratura scientifica sul tema ed elaborate con il coinvolgimento del *target* di riferimento.

Risultati attesi

Sviluppo e realizzazione di campagne di prevenzione e sensibilizzazione in merito alle dipendenze che coinvolgono testimonial famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture.

Indicatori di risultato

Numero di campagne di prevenzione e sensibilizzazione realizzate.

Tempistiche

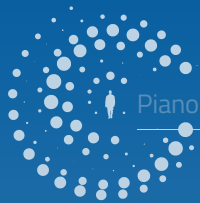
24 mesi

Target

Adolescenti; Pre-adolescenti; Giovani; Studenti; Giovani utilizzatori dipendenti; Genitori; Docenti; Utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze; Utilizzatori; Utilizzatori di Nuove Sostanze Psicoattive (NPS); Persone detenute; Persone detenute tossicodipendenti.

Stakeholder

Ministeri; Professionisti della comunicazione; Professionisti delle Dipendenze, Persone che Usano Droghe (PUD); Consulta nazionale permanente delle ragazze e dei ragazzi.



P6

INCENTIVARE LA
PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE
COMPORTAMENTALI

LS1 - OB1 - P6

A18

Promuovere la realizzazione di progetti di prevenzione del gioco d'azzardo patologico

Descrizione

Il gioco d'azzardo è un comportamento additivo che può determinare, in soggetti vulnerabili o in determinati momenti della vita, una progressione verso comportamenti problematici e verso la dipendenza. La prevenzione di questa progressione si basa su due cardini riconosciuti dalla letteratura internazionale e da esperienze, anche italiane:

- interventi volti a irrobustire le conoscenze matematiche di giovani e adulti utili a sfatare falsi miti, concezioni erronee, superstizioni, pensieri errati riguardo all'azzardo e alle probabilità di vincita;
- la riduzione della densità e dell'accessibilità agli apparecchi elettronici (vedi azione A180-LS3-OB8-P86). Le modalità di gioco si evolvono rapidamente, e ne sono testimonianza le recenti forme di convergenza tra *gaming* (videogiochi) e *gambling*, e questo richiede un'attenzione continua al problema e una regolamentazione specifica capace di adattarsi a tali evoluzioni.

In tal senso occorre promuovere la realizzazione di interventi di prevenzione:

- universale sui giovanissimi (a partire dai 10 anni), i cui contenuti dovrebbero focalizzarsi sulla necessità di irrobustire le conoscenze matematiche degli adolescenti e di sfatare falsi miti, concezioni erronee, superstizioni, pensieri errati riguardo all'azzardo;
- direttivi di *feedback* personalizzato sui giovani adulti, focalizzando l'attenzione sulla riflessione che ciascun giocatore è chiamato a fare sul suo comportamento e in confronto agli altri partecipanti al gruppo di lavoro.

Risultati attesi

Attivazione di progetti e interventi specifici di prevenzione universale sui giovanissimi; Attivazione di progetti e interventi specifici direttivi di *feedback* personalizzato sui giovani adulti.

Indicatori di risultato

Numero di progetti e interventi specifici di prevenzione universale attivati sui giovanissimi per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero di progetti e interventi specifici direttivi di *feedback* personalizzato attivati sui giovani adulti per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

24 mesi per l'attivazione delle progettualità; 36 mesi per la valutazione dell'efficacia degli interventi.

Target

Adolescenti; Centri per le famiglie; Dirigenti scolastici; Genitori; Giovani; Operatori Sociali; Pre-adolescenti; Professionisti dei centri di aggregazione giovanile; Professionisti delle Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Centri per le famiglie; Comuni; Docenti; Genitori; Legislatore; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Scuole; Studenti; Terzo Settore; Regioni e Province Autonome; Ministeri; ASL.

OBIETTIVO STRATEGICO 2

Accessibilità e rafforzamento
dei servizi di trattamento e assistenza

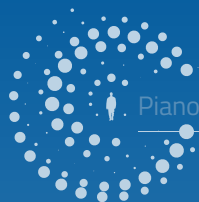
P7 Innovare, ampliare e rendere omogenea
la rete dei Servizi per le Dipendenze

P8 Organizzare un modello di governance
multilivello (nazionale regionale e
territoriale)

P9 Sistema integrato di accesso,
valutazione, progettazione
personalizzata e presa in carico precoce
esteso in modo uniforme in tutte le
Regioni e Province Autonome

P10 Sviluppare Linee di Indirizzo
per omogeneizzare i criteri di
accreditamento istituzionale e i
parametri per la tariffazione

P11 Stanziare risorse vincolate per lo
sviluppo del processo di riforma



P7

INNOVARE, AMPLIARE E
RENDERE OMOGENEA LA RETE DEI
SERVIZI PER LE DIPENDENZE

LS1 - OB2 - P7

A19

Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un Modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze

Descrizione

I cambiamenti intervenuti negli anni all'interno del fenomeno sono molteplici e si esprimono attraverso contesti molto diversi: dai contesti del divertimento legali e illegali cittadini e extracittadini, ai diversi contesti di offerta di giochi d'azzardo, alle nuove Dipendenze comportamentali fino alle marginalità (migranti, senza dimora, prostituzione ecc.). L'intervento in questa nuova pluralità di contesti richiede una più ampia articolazione dei Servizi per rispondere ai bisogni differenziati che esprimono queste diverse realtà, dei modelli di consumi di droghe legali e illegali e di altre dipendenze sine substantia secondo un modello organizzativo tipico dei servizi territoriali che individua e articola gli ambiti specifici di intervento nell'ambito dell'obiettivo più generale di tutela della salute (come previsto per la Salute Mentale, la Salute delle Donne ecc.)

In particolare, tale *mission* si svolge attraverso: la realizzazione programmi di prevenzione e promozione della salute, compresa la prevenzione e l'intercettazione precoce delle patologie correlate, gli interventi rivolti a valutare, contenere e limitare i rischi e gli interventi e servizi rivolti a ridurre i danni e a promuovere il supporto tra pari, programmi trasversali alle diverse tipologie di azioni e servizi per le Persone che Usano Droghe, sostanze alcoliche e per le persone che sviluppano altre dipendenze sine substantia. I Servizi per la presa in carico, trattamento, accompagnamento a più livelli, socioriabilitativi e di inclusione sociale, delle Persone che Usano Droghe che esprimono criticità nel consumo intensivo di droghe verso una dipendenza e/o delle persone che hanno una dipendenza sine substantia. I protocolli di presa in carico e cura per le persone con comorbilità psichiatrica.

A tal fine il Dipartimento deve essere dotato di autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale e di un'articolazione per modelli di consumo articolata attraverso una pluralità di servizi specifici organizzati in modo corrispondente ai contesti e ai modelli di consumo di riferimento, con professionalità multidisciplinari, compresi gli operatori pari. In questa logica di sistema la relazione con gli enti e le strutture accreditate si riconfigura come un'area di ampliamento del circuito di cura e socioriabilitativo e prevede accordi di collaborazione per la definizione comune dei percorsi e delle modalità di accesso ai programmi.

Va anche sottolineato che il modello dipartimentale potrebbe favorire un maggiore coinvolgimento anche di soggetti del territorio, sia Pubblici che del Privato Sociale, che possono poi essere coinvolti attivamente sia nella definizione della programmazione territoriale degli interventi (Piani di Zona) e sia in percorsi di co-progettazione su specifiche azioni.

Risultati attesi

Creazione di Linee di Indirizzo per un Modello operativo di Dipartimento; Atto di Indirizzo della Conferenza Stato-Regione condiviso con il Ministero della Salute.



Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome che adottano l'Atto di Indirizzo; Numero di aziende sanitarie che adottano il Modello operativo.

Tempistiche

36 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Persone a rischio di sviluppare e/o con Dipendenze; Operatori Sociosanitari; Operatori dei Servizi per le Dipendenze; Persone detenute; Familiari.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Dipartimenti di Salute Mentale; Rete territoriale dei Servizi; Terzo Settore; Operatori e dirigenti sanitari.

LS1 - OB2 - P7

A20**Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure****Descrizione**

La comprensione delle barriere che condizionano l'accesso ai Servizi rappresenta una sfida in costante evoluzione, dato ancora più rilevante quando si pensa alle persone giovanissime e/o con una dipendenza sine substantia. Comprenderle a fondo e individuare strategie efficaci per ridurle permetterebbe di ripensare i servizi in modo da facilitare la presa in carico. Le principali barriere sono relative alla mobilità interregionale, alle preclusioni territoriali ed orarie dei servizi e alle preclusioni alla cura per persone con misure restrittive, che possono beneficiare e che rientrano nel DPR n. 309/90.

Risultati attesi

Individuazione delle principali barriere di accesso; Sviluppo di Indicazioni Operative per facilitare l'accesso; Atto di Indirizzo della Conferenza Stato-Regione condiviso con il Ministero della Salute.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome che adottano l'Atto di Indirizzo; Numero di aziende sanitarie che adottano le Indicazioni Operative.

Tempistiche

36 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD) e a rischio di sviluppare e/o con Dipendenze; Operatori Sociosanitari e dei Servizi per le dipendenze; Persone detenute; Familiari.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi; Terzo Settore; Operatori e dirigenti sanitari.



LS1 - OB2 - P7

A21

Sviluppare Linee di Indirizzo per la formazione del personale, il monitoraggio e la valutazione del funzionamento dei Dipartimenti

Descrizione

Con sistema attuale di selezione della classe dirigente, i direttori delle ASL sono scelti in base all'appartenenza politica e a loro volta i direttori di Dipartimento sono scelti e valutati in base alle direttive del direttore generale. Questo a dispetto del raggiungimento degli obiettivi di salute fissati secondo la Legge 502/1992. Occorre definire per legge che ogni Direzione di Dipartimento per le Dipendenze sia valutata da un collegio tecnico scelto in altra ASL o in un paniere nazionale di valutatori tecnici.

Il monitoraggio e la valutazione del funzionamento dei Dipartimenti affidato ad un panel di esperti (Tavolo di Lavoro integrato) dovrà nella sostanza pervenire ad una griglia di valutazione dove i criteri di natura diversa (organizzativi, clinici, economici ecc.) potranno concorrere a definire tanto una struttura quanto una cultura organizzativa centrata su un intervento sociosanitario fortemente coordinato e con un approccio multidisciplinare. Le Linee di Indirizzo dovranno pertanto essere orientate verso la valutazione delle soluzioni operative adottate per l'accesso, la presa in carico ed il trattamento delle persone con dipendenza (es. liste di attesa, tasso di presa in carico ecc.). Sarà altrettanto fondamentale l'elaborazione del set di indicatori, l'adozione di un sistema di valutazione degli esiti, i destinatari delle informazioni ecc.

Il compito è quindi quello di realizzare un impianto che possa essere utilizzato (anche con i relativi adattamenti sul versante territoriale che tenga conto delle diverse realtà regionali) in modo da avere un sistema che anche sul versante nazionale possa consentire di far dialogare e comparare i diversi approcci.

Risultati attesi

Definizione dei criteri di valutazione (clinici, economici, sociosanitari, ...) condivisivi; Elaborazione degli indicatori (numero, tipo e fonti informative di riferimento); Linee di Indirizzo definite e condivise

Indicatori di risultato

Numero Regioni e Province Autonome che adottano le Linee di Indirizzo.

Tempistiche

36 mesi

Target

Regioni e Province Autonome, Servizi Pubblici e Privati per le Dipendenze.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete territoriale dei Servizi; Terzo Settore; Operatori e dirigenti sanitari.

P8

ORGANIZZARE UN MODELLO
DI *GOVERNANCE* MULTILIVELLO
(NAZIONALE REGIONALE E
TERRITORIALE)



LS1 - OB2 - P8

A22

Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto

Descrizione

L'azione è finalizzata a garantire una connessione tra il percorso del Piano di Azione Nazionale Dipendenze (PAND) con altri tavoli e percorsi in atto in modo da favorirne l'attuazione. Fra questi sono inclusi: il Tavolo sul DM 77/2022 (decreto conseguente) in materia di *standard* dei servizi territoriali, i percorsi associati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missioni 5 e 6, il Tavolo nazionale attivato presso la Direzione della Prevenzione sanitaria del Ministero della Salute nell'ambito del PNP 2020-25, Piano d'azione nazionale per la salute mentale, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, Percorsi attivati a seguito della Conferenza Nazionale Alcol svolta a Roma nel 2022, ed altri.

Anche a queste interconnessioni sono riferiti gli Obiettivi di servizio legati al monitoraggio dell'accordo siglato in relazione al PAND dalla Conferenza Unificata.

Si intende assicurare un supporto all'attuazione del Piano che sia in capo a un organismo di coordinamento nel quale viene garantito il collegamento tra il livello centrale e il livello regionale rappresentato dal Gruppo Interregionale Dipendenze che garantisce la rappresentatività e le specificità di tutti e al quale partecipano le organizzazioni degli operatori pubblici e del terzo settore, le organizzazioni della società civile, e le organizzazioni delle Persone che Usano Droghe (PUD) con un supporto tecnico per il monitoraggio. Il coordinamento del PAND dovrà avere un meccanismo di raccordo al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) realizzati dal Ministero della Salute. Secondo le specificità degli obiettivi dovrà essere garantita la connessione con altri ministeri.

Risultati attesi

Agevolazione dell'attuazione del PAND; Istituzione del Tavolo di coordinamento e monitoraggio del PAND; Garanzia della connessione con altri tavoli e percorsi in atto.

Indicatori di risultato

Numero riunioni annuali del Tavolo; Relazioni tecniche annuali prodotte dal Tavolo.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Ministeri; Regioni e Province Autonome; Enti Locali.

Stakeholder

Ministeri; Regioni e Province Autonome; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI); Enti Locali; ASL; Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore; Forze dell'Ordine; Società civile.

LS1 - OB2 – P8

A23

Assicurare una *governance* multilivello che attraverso i diversi piani della programmazione (nazionale, regionale e territoriale) garantisca il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder*

Descrizione

In seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la titolarità delle funzioni amministrative ha subito una stratificazione lungo l'asse verticale dei diversi livelli di governo: statale, regionale, comunale. Per quanto riguarda la funzione dell'assistenza sanitaria le competenze sono così articolate:

- livello statale: determinazione dei livelli di assistenza;
- livello regionale: programmazione, organizzazione e realizzazione dei servizi sanitari;

Per quanto riguarda la funzione dell'assistenza sociale le competenze sono così articolate:

- livello statale: determinazione dei livelli di assistenza;
- livello regionale: programmazione, organizzazione;
- livello territoriale: gestione e erogazione dei servizi.

Con un'adeguata *governance* multilivello avviene la ricomposizione tra i diversi livelli. Nel quadro della *governance* multilivello devono essere stipulati Protocolli d'Intesa, Accordi di Collaborazione, Convenzioni tra ASL e Comuni, coinvolgendo anche le Città Metropolitane, che prevedano l'integrazione tra i servizi dipartimentali delle ASL e i Servizi sociali dei Comuni in una logica di *welfare* di comunità. In particolare è necessario rilanciare la funzione dei Piani di Zona e dei Piani Attuativi Locali come strumenti di *governance* locale che garantiscano la coerenza tra gli indirizzi nazionali e le esigenze territoriali specifiche, e rilancino l'integrazione tra sociosanitario e sociale per le politiche sulle dipendenze.

Inoltre, occorre elaborare degli strumenti di condivisione, anche formali, con il coinvolgimento del livello centrale, delle Regioni e dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (accordi o intese in Conferenza Unificata), per realizzare la *governance* istituzionale anche a livello statale e regionale. Gli accordi e strumenti adottati dovranno avere una prospettiva di programmazione strategica integrata fra piani nazionali e regionali.

È inoltre necessario creare a tutti i livelli (nazionale, regionale, locale) organismi di gestione della *governance* a composizione mista pubblico- privato accreditato

Dovrà essere garantita anche una connessione con l'organismo di coordinamento del Piano di Azione Nazionale Dipendenze (PAND).

Risultati attesi

Garanzia della *governance* attraverso i diversi piani della programmazione; Stipula di Protocolli d'Intesa, Accordi di collaborazione o Convenzioni fra ASL e Comuni; Rilancio della funzione dei Piani di Zona e dei Piani Attuativi Locali come strumenti di *governance* locali; Integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie nell'ambito delle dipendenze.



Indicatori di risultato

Numero di accordi stipulati per Regione e Provincia Autonoma mirati a rafforzare la *governance*; Numero di accordi e strumenti adottati in Conferenza Unificata.

Tempistiche

24 mesi

Target

Servizi per le Dipendenze; Enti Locali; Terzo Settore.

Stakeholder

Ministero della Salute; Regioni e Province Autonome; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI); ASL; Città Metropolitane; Comuni; Conferenza Unificata.

P9

SISTEMA INTEGRATO
DI ACCESSO, VALUTAZIONE,
PROGETTAZIONE PERSONALIZZATA E
PRESA IN CARICO PRECOCE ESTESO
IN MODO UNIFORME IN TUTTE LE
REGIONI E PROVINCE AUTONOME



LS1 - OB2 - P9

A24

Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute.

Descrizione

La necessità di arrivare a definire Linee di Indirizzo nazionali che tengano insieme diversi aspetti, a partire dalla definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'area delle dipendenze, risiede nella necessità di organizzare interventi e progetti personalizzati caratterizzati da elevata complessità e multidisciplinarietà. Pertanto, le Linee Guida dovranno in primo luogo assicurare dei percorsi di presa in carico delle persone con dipendenza basati su criteri di appropriatezza, continuità assistenziale e piena integrazione di risorse ed interventi. Le diverse esigenze e caratteristiche delle persone con dipendenza implicano che vi siano diverse modalità e diversi livelli su cui i servizi si strutturino e si organizzino per affrontare al meglio la presa in carico delle diverse situazioni operative e per organizzare l'assistenza per livelli di intervento.

Ciò presuppone che vi siano *equipe* con personale dedicato, integrate anche con personale dell'area socioassistenziale, capaci di costruire all'interno delle reti assistenziali territoriali, progetti personalizzati che possano prevedere anche l'utilizzo dello strumento del Budget di Salute.

Pertanto, le Linee di Indirizzo rappresentano lo strumento, che dà indicazioni uniformi per sviluppare progetti personalizzati che possono consentire la presa in carico globale della persona con dipendenza, concentrandosi più sulle potenzialità individuali e di sistema che sulle mancanze.

Sulla scorta di tali premesse la costituzione di un Tavolo di Lavoro per la definizione delle Linee di Indirizzo nazionali dovrebbe lavorare su più livelli: la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA); le indicazioni per l'attivazione o il potenziamento delle *equipe* multiprofessionali; lo sviluppo di progetti personalizzati per la presa in carico integrata e multidimensionale attraverso l'utilizzo dello strumento del Budget di Salute.

Risultati attesi

Definizione del PDTA per l'area delle dipendenze; Indicazioni per l'attivazione del potenziamento delle *equipe* multiprofessionali; Estensione del modello del Progetto personalizzato su tutto il territorio nazionale; Applicazione dello strumento del Budget di Salute per la definizione dei progetti personalizzati.

Indicatori di risultato

Adozione delle Linee di Indirizzo da parte delle Regioni e delle Province Autonome; Costituzione formale delle *equipe* multiprofessionali a livello territoriale; Adozione dello strumento del Budget di Salute.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Regioni e Province Autonome; Servizi Pubblici e Privati

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi; Terzo Settore; Operatori e dirigenti sanitari.



LS1 - OB2 - P9

A25

Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce

Descrizione

Gli interventi di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR) agiscono nei contesti di vita del *target* di riferimento e all'interno di luoghi a bassa soglia di accesso implementando azioni di intercettazione precoce e presa in carico precoce. Si pone quindi la necessità di definire *standard* per garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme sul territorio nazionale soprattutto nella definizione di modalità di intervento e strategie operative con il sistema dei Servizi sociali, sanitari ed educativi. Si tratta quindi di creare delle Linee di Indirizzo che favoriscano l'integrazione tra i servizi di RdD e LdR e i Ser.D.

Risultati attesi

Creazione di Accordi e Linee di Indirizzo nazionali che regolamentino i modelli di intervento e le strategie operative per la presa in carico precoce; Presenza in ogni distretto di accordi attuativi per la realizzazione delle Linee di Indirizzo.

Indicatori di risultato

Numero e tipologia di Servizi che hanno adottato le Linee di Indirizzo; Numero di Servizi che agiscono percorsi operativi condivisi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Servizi di RdD e LdR; Servizi per le Dipendenze ; Servizi Sanitari; Terzo Settore e Cooperazione Sociale; Servizi Educativi; Servizi Sociali; Associazioni di Persone che Usano Droghe; Persone che Usano Droghe (PUD).

Stakeholder

Ministero della Salute; Regioni e Province Autonome.

LS1 - OB2 - P9

A26

Favorire l'integrazione dei Ser.D con i Servizi di bassa soglia in un'ottica di diagnosi e intervento precoce attraverso la definizione di Linee Guida nazionali, modelli di intervento, strategie operative

Descrizione

Sempre più spesso emerge la necessità di interventi flessibili e personalizzati in base ai bisogni specifici, funzionali all'aggancio e alla costruzione di un coinvolgimento nel progetto di cura. A tal fine è di fondamentale importanza un forte e sinergico collegamento tra le azioni di prevenzione, di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) a livello territoriale (nelle scuole, nella comunità, con l'associazionismo, con le Unità di Strada ecc.) e la presa in carico presso il Servizio. Le attività di RdD e LdR necessitano di essere strutturate, basate sull'evidenza e consolidate nel tempo per favorire l'intercettazione precoce e l'invio al Servizio delle situazioni che richiedono un approfondimento valutativo/diagnostico o di una presa in carico.

È quindi necessario definire *standard* per garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme sul territorio nazionale soprattutto nella definizione di modalità di intervento e strategie operative con i Servizi per le Dipendenze.

Risultati attesi

Creazione di accordi e Linee Guida nazionali che regolamentino l'integrazione tra Ser.D e servizi di RdD e LdR in merito all'intercettazione precoce, la presa in carico e la diagnosi precoce; Presenza in ogni distretto di accordi attuativi per la realizzazione delle Linee Guida.

Indicatori di risultato

Numero di Servizi che hanno adottato le Linee Guida; Numero di Servizi per le dipendenze e Servizi di RdD e LdR che agiscono percorsi operativi condivisi.

Tempistiche

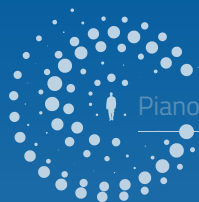
Tempi di vigenza del Piano

Target

Servizi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR); Ser.D

Stakeholder

Operatori Sociali; Legislatore; Persone che Usano Droghe (PUD); Associazioni Persone che Usano Droghe (PUD); Cooperative e imprese sociali; Terzo Settore; Servizi per le Dipendenze; Regioni e Province Autonome.



P10

SVILUPPARE LINEE DI
INDIRIZZO PER OMOGENEIZZARE
I CRITERI DI ACCREDITAMENTO
ISTITUZIONALE E I PARAMETRI PER LA
TARIFFAZIONE

LS1 - OB2 – P10

A27

Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal Pubblico che dal Privato Sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici e parametri per la tariffazione

Descrizione

Il Privato Sociale costituisce una componente importante nei Servizi per le dipendenze (es. comunità terapeutiche, Unità di Strada ecc.). Si registra però una forte differenziazione a livello regionale nei meccanismi di accreditamento istituzionale, nella tipologia dei Servizi accreditabili, nei contenuti richiesti, nei parametri per la tariffazione. In particolare appare necessario applicare l'istituto dell'accertamento istituzionale anche ai Servizi dedicati in modo specifico ai minori. L'esperienza di accreditamento istituzionale dei Servizi ambulatoriali, svolta dalla Regione Lombardia per i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI), può essere considerata un campo di possibile estensione dell'istituto. Emerge quindi l'esigenza di produrre delle Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento istituzionale dei Servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali gestiti indifferentemente dal pubblico o dal Privato Sociale Accreditato che definiscano i parametri, le caratteristiche e le modalità di funzionamento dei servizi e le relative tariffazioni. È auspicabile prevedere diverse tipologie per livelli di intensità corrispondenti alla diversa complessità delle problematiche alle quali dovrebbero corrispondere sia i parametri di struttura e di personale che delle rette. A queste andrebbe aggiunta una nuova tipologia di accreditamento che si riferisce agli enti del Terzo Settore che operano in collaborazione con il sistema pubblico dei Servizi, in particolare con servizi di Riduzione del Danno (RdD), di Limitazione dei Rischi (LdR), Centri diurni, attività di accompagnamento e inclusione sociale. In questo modo si garantirebbe un indirizzo uniforme a livello nazionale sulle modalità di rapporto tra Pubblico e Terzo Settore si renderebbero stabili tali servizi (attualmente regolati da una molteplicità di rapporti). Per aree a forte integrazione con l'area sociale potrebbe essere previsto il coinvolgimento della Conferenza Unificata.

Risultati attesi

Produzione di Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal pubblico che dal Privato Sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici (es. minori e giovani sottoposti a procedimenti penali) e parametri per la tariffazione.

Indicatori di risultato

Pubblicazione delle Linee di Indirizzo nazionali; Numero di presentazioni pubbliche delle Linee di Indirizzo nazionali.

Tempistiche

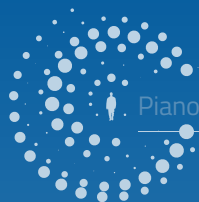
24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; ASL; Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Ministero della Salute; Regioni e Province Autonome; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI); Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS); Conferenza Unificata; Enti Locali; ASL; Terzo Settore; Persone che Usano Droghe (PUD).



P11

STANZIARE RISORSE
VINCOLATE PER LO SVILUPPO DEL
PROCESSO DI RIFORMA

LS1 - OB2 – P11

A28**Definire Linee di Indirizzo per il finanziamento al sistema dei Servizi per le Dipendenze****Descrizione**

L'azione è finalizzata a produrre delle Linee di Indirizzo per il finanziamento del sistema delle dipendenze che razionalizzi l'attuale organizzazione delle risorse a disposizione per i Servizi per le Dipendenze, che appare frammentata e disomogenea. Occorre innanzitutto verificare e ricomporre le difformità tra Regioni delle modalità di assegnazione e gestione delle risorse dei fondi sanitari regionali.

Dovrà essere inoltre analizzata la fattibilità di alcune proposte emerse con l'obiettivo di rendere sostenibili i servizi e gli interventi per le dipendenze. Fra queste:

- istituire un vincolo di bilancio al 3% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per il finanziamento del sistema
- destinare una percentuale dei proventi della lotta al narcotraffico al rafforzamento dei Servizi
- riservare sgravi ed agevolazioni fiscali per le realtà senza scopo di lucro che operano nelle dipendenze
- istituire un fondo dedicato alla sperimentazione e alle innovazioni

A tal fine sarà costituito un gruppo di lavoro multilivello per verificare possibilità di finanziamento che possano contrastare l'impoverimento di risorse economiche e umane dei Servizi per le Dipendenze. Copertura delle debolezze che rendono insostenibile il sistema. Autorità di gestione dei fondi. Azioni che devono essere finanziate direttamente dal piano. Richiamare la difformità.

Risultati attesi

Definizione di Linee di Indirizzo per una distribuzione omogenea dei finanziamenti al sistema dei servizi per le dipendenze; Costituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione delle Linee di Indirizzo; Studio della fattibilità di proposte che diano sostenibilità al sistema dei Servizi per le Dipendenze.

Indicatori di risultato

Numero presentazioni pubbliche delle Linee di Indirizzo; Numero degli incontri di lavoro effettuati dal gruppo di lavoro costituito.

Tempistiche

12 mesi

Target

Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Ministero dell'Interno; Regioni e Province Autonome; Conferenza Unificata; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI); ASL; Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore.

OBIETTIVO STRATEGICO 3

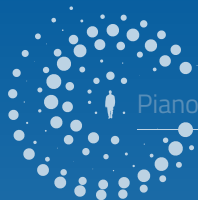
Potenziamento dei percorsi
di inclusione sociale e lavorativa

P12 Strutturare reti regionali e locali al fine di favorire la massima integrazione tra i diversi attori territoriali

P13 Istituire all'interno dei Servizi un'area riabilitativa con competenze e professionalità specifiche

P14 Valorizzare ruolo di funzione pubblica di cooperative e imprese sociali per l'inserimento lavorativo applicando e rafforzando le modalità di sostegno

P15 Prevedere interventi per il diritto alla casa in forma singola o mutualmente associata come condizione determinante per i percorsi di inserimento sociale e di riabilitazione



P12

STRUTTURARE
RETI REGIONALI E LOCALI AL
FINE DI FAVORIRE LA MASSIMA
INTEGRAZIONE TRA I DIVERSI ATTORI
TERRITORIALI

LS1 - OB3 – P12

A29

Promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale

Descrizione

Si riscontra a livello nazionale una non omogenea applicazione dello strumento del Piano Locale Dipendenze che dovrebbe essere costruito a partire da una mappatura particolareggiata dei territori in grado di mettere in luce e in relazione tutte le componenti della rete dei Servizi e tutti i potenziali *stakeholder* e da una conoscenza dei bisogni di salute e delle condizioni socio economiche della popolazione interessata.

Si propone di promuoverne l'elaborazione a Livello Nazionale di concerto con le Regioni e i Comuni nell'ambito della Conferenza unificata e l'attuazione a livello di Aziende USL/Ambiti /Distretti/Zona-Distretto e di monitorarne l'applicazione.

Risultati attesi

Elaborazione di Linee Guida a livello nazionale; Elaborazione dei Piani Regionali; Sviluppo attuativo dei piani a livello territoriale, accordi quadro tra singola regione, Asl e Comuni/Ambiti sociali territoriali/Zone- Distretto.

Indicatori di risultato

Numero di Linee Guida adottate a livello nazionale; Numero di Piani sviluppati dalle regioni attraverso accordi quadro; Numero di Piani sviluppati attuati a livello territoriale.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; ASL; Territori (ambiti territoriali, Distretti sanitari, Zone/Distretto).

Stakeholder

Conferenza Stato Regioni.



LS1 - OB3 – P12

A30

Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta

Descrizione

Nel modello ispirato al Budget di Salute le risorse in campo (economiche, professionali, umane e relazionali) si attivano in maniera coordinata al fine di costruire, con il protagonismo del beneficiario, un progetto di cambiamento finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dello stesso, promuovendo un processo di capacitazione. Questo impatta anche la modalità di gestione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) che dovrebbe adeguarsi alle altre esigenze di vita ed essere finalizzato a promuovere la maggiore autonomia possibile della persona. Le risorse in campo dovrebbero essere disponibili con una elevata flessibilità che permetta di intervenire in maniera puntuale e attualizzata durante lo svolgimento del percorso attivando tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore *no profit*.

Si propone di sviluppare delle Linee di Indirizzo che, armonizzandosi con le indicazioni emerse da tavoli di confronto promossi da altre Istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità) con particolare riferimento all'Area della disabilità, definiscano le possibilità di sperimentazione per le persone in carico ai Servizi per le Dipendenze con particolare riferimento a 4 aree di vita: benessere e salute, abitare, inclusione lavorativa e risorse economiche, inclusione sociale.

Risultati attesi

Sviluppo delle Linee di Indirizzo; Attivazione delle interazioni tra Istituzioni territoriali; Miglioramento delle condizioni di vita del beneficiario; Miglior utilizzo delle risorse; Maggiore scambio e condivisione delle informazioni fra i vari servizi coinvolti. Le Regioni e le Province Autonome potranno adottare indirizzi, strumenti e schemi di atti anche attraverso la previsione di un accordo quadro tra singola regione, Asl e Comuni/Ambiti sociali territoriali/Zone Distretto per l'omogenea e integrata costruzione e attuazione del modello ispirati al Budget di Salute sui territori regionali, coerentemente alla programmazione sanitaria e sociale.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Miglioramento delle condizioni di vita del beneficiario secondo indicatori nelle 4 aree considerate secondo obiettivi condivisi.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome, Aziende USL.

Stakeholder

Comuni; Privato Sociale Accreditato; Enti del Terzo Settore; Cooperative Sociali di tipo B e Imprese Sociali; Agenzie Formative Accreditate; Associazioni di categoria; Commissioni Mediche Locali (CML).

LS1 - OB3 – P12

A31

Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria (rete integrata di accesso)

Descrizione

I Punti Unici di Accesso (PUA) , intesi non solo come luogo fisico ma come modalità organizzativa ispirata a un approccio multiprofessionale e integrato ai problemi del cittadino e come punto di interfaccia con la rete dei servizi non sono abbastanza implementati sui territori.

Si propone, anche attraverso la definizione della struttura della *governance* multilivello nazionale, regionale e territoriale, di svilupparne l'introduzione e potenziarne le funzioni con particolare attenzione a quei servizi potenzialmente rivolti all'inclusione sociale delle persone con problematiche legate all'ambito delle dipendenze in coerenza con il modello PUA previsto dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (Scheda intervento: Punti Unici di Accesso) nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari, assicurando risorse finanziarie adeguate al fabbisogno di personale da potenziare.

Risultati attesi

Rafforzamento dell'integrazione tra il sistema dei servizi sociali, il sistema sociosanitario e il sistema delle politiche del lavoro e della formazione assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale. Integrazione diretta con altri servizi rivolti all'inclusione sociale, quali servizi per il lavoro e la formazione ed altre risorse di comunità.

Indicatori di risultato

Numero di persone con problematiche legate all'ambito delle dipendenze che accedono ai PUA.

Tempistiche

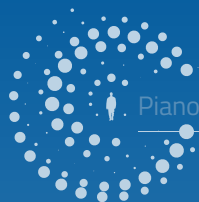
24 mesi

Target

Soggetti Fragili

Stakeholder

Aziende USL; Enti Locali; Enti del Terzo Settore; Centri per l'Impiego; Agenzie Formative Accreditate.



P13

ISTITUIRE
ALL'INTERNO DEI SERVIZI UN'AREA
RIABILITATIVA CON COMPETENZE E
PROFESSIONALITÀ SPECIFICHE

LS1 - OB3 - P13

A32

Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un'ottica di appropriatezza e di continuità

Descrizione

Le azioni di reinserimento socio lavorativo sono caratterizzate, a livello nazionale, da una grande eterogeneità e sono generalmente previste solo dopo il completamento del trattamento farmacologico o integrato.

Si propone quindi di sviluppare delle Linee Guida rivolte alle Regioni, alle Province Autonome e ai Servizi per le Dipendenze per strutturare interventi di formazione e di inserimento lavorativo e sociale appropriate a favore di differenti *target*:

- Persone in fase attiva di consumo di sostanze o con comportamenti attivi di dipendenza, con particolare attenzione anche al fenomeno dell'abbandono scolastico, in un'ottica di Riduzione del Danno (RdD) e utilizzando strumenti di formazione e di inserimento sociale e lavorativo in coordinamento con l'Azione 5 del 5° Piano Nazionale di Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023; persone più difficilmente occupabili (modello dei Laboratori protetti);
- persone che hanno terminato il trattamento farmacologico o integrato;
- persone che hanno concluso il percorso di dipendenza.

Risultati attesi

Strutturazione Linee Guida; Allargamento del *target* delle azioni di reinserimento sociale e lavorativo e di formazione.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni, Province Autonome, Aziende USL, organizzazioni del Privato Sociale Accreditate che recepiscono le Linee Guida; Incremento percentuale dei soggetti che accedono ai percorsi di inserimento socio-lavorativo; Numero di Persone che Usano Droghe (PUD) che riescono a completare un percorso formativo utile all'inserimento lavorativo (rilascio di titoli riconosciuti a livello nazionale o regionale).

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Persone che Usano Droghe (PUD); Giovani in *drop out* scolastico.

Stakeholder

Cooperative e Imprese sociali; Associazioni datoriali; Sindacati; Agenzie formative accreditate; Enti del Terzo Settore; Ministero dell'Istruzione; Ministero del Lavoro; Agenzia Nazionale Politiche Attive Lavoro (ANPAL)(Centri per l'Impiego); Associazioni dei genitori; Ordini Professionali; Università ed Enti di Ricerca.



LS1 - OB3 - P13

A33

Sviluppare Linee di Indirizzo per la costituzione all'interno dei Servizi di *equipe* multiprofessionali appropriate finalizzate alla presa in carico delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario

Descrizione

A livello nazionale si riscontra l'inadeguatezza all'interno dei Servizi, delle competenze necessarie alla presa in carico globale di situazioni complesse sotto il profilo sociosanitario.

Si propone di sviluppare Linee di Indirizzo che definiscano i criteri per la costituzione di *equipe* multiprofessionali appropriate e stabili in tutte le Regioni e Province Autonome, a livello degli ambiti territoriali anche integrando e potenziando all'interno dei Servizi professioni sociali e socio sanitarie con personale della Giustizia e con personale del Privato Sociale Accreditato favorendo anche percorsi professionalizzanti per le persone con esperienza diretta.

Risultati attesi

Definizione Linee di Indirizzo; Creazione di *equipe* multiprofessionali appropriate; Integrazione delle competenze.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni, Province Autonome, Aziende USL che recepiscono le Linee di Indirizzo; Numero di *equipe* multiprofessionali attivate per lo specifico bisogno.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Operatori.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero della Giustizia; Ordini professionali; Università ed Enti di Ricerca; Privato Sociale Accreditato; Enti Locali.

LS1 - OB3 – P13

A34**Sviluppare Linee di Indirizzo per potenziare le funzioni di domiciliarità dei Servizi****Descrizione**

Si riscontra a livello nazionale un'implementazione non sufficiente di attività domiciliari attuate dai Servizi sia per carenza di risorse che per approcci culturali disomogenei.

Si propone di sviluppare delle Linee di Indirizzo che forniscano indicazioni per il potenziamento della domiciliarità come fondamentale strumento sia in fase conoscitiva e di valutazione dei bisogni della persona che durante le diverse fasi del programma terapeutico riabilitativo.

Risultati attesi

Redazione Linee di Indirizzo; Attivazione di attività domiciliari; Conoscenza più approfondita della persona e del suo contesto di vita, sviluppo delle capacità di gestione e di mantenimento dell'alloggio, miglioramento delle relazioni intrafamiliari e con il contesto.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Numero di Regioni, Province Autonome e di Aziende USL che recepiscono le Linee di Indirizzo; Numero di progetti di domiciliarità attivati; Numero di utenti dei servizi seguiti presso il proprio domicilio.

Tempistiche

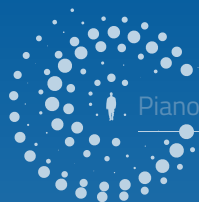
24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Utenti dei Servizi.

Stakeholder

Ministero della Salute; Enti del Terzo Settore; Privato Sociale Accreditato; Ordine degli Assistenti Sociali.



P14

VALORIZZARE IL RUOLO DI
FUNZIONE PUBBLICA DI COOPERATIVE
E IMPRESE SOCIALI PER L'INSERIMENTO
LAVORATIVO APPLICANDO E
RAFFORZANDO LE MODALITÀ DI
SOSTEGNO

LS1 - OB3 – P14

A35

Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/ Imprese sociali

Descrizione

Si riscontra, a livello nazionale, una non sufficiente conoscenza da parte degli Enti Pubblici delle opportunità offerte dalla vigente normativa in merito alla riserva della partecipazione a procedure di gara e all'esecuzione di un contratto a favore di determinate tipologie di operatori economici, tra cui quelli che impiegano soggetti appartenenti a categorie socialmente svantaggiate e le organizzazioni no-profit.

Si propone di strutturare Linee di Indirizzo finalizzate alla promozione di questi strumenti normativi presso le Pubbliche Amministrazioni presenti sul territorio e all'attivazione di convenzioni per la realizzazione di progetti di riabilitazione e reinserimento di persone prese in carico per problemi di abuso di sostanze e/o dipendenza patologica in collaborazione con Imprese sociali ed in particolare cooperative sociali di tipo B.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo; Attivazione di progetti di reinserimento.

Indicatori di risultato

Numero di Uffici della Pubblica Amministrazione che recepiscono le Linee di Indirizzo; Numero di Progetti di reinserimento attivati.

Tempistiche

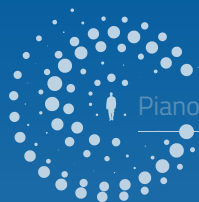
24 mesi

Target

Responsabili Uffici Amministrativi/Uffici Gare degli Enti Pubblici

Stakeholder

Enti Pubblici; Centrali Cooperative; Sindacati, Aziende USL; Regioni e Province Autonome; Enti del Terzo Settore.



P15

PREVEDERE INTERVENTI
PER IL DIRITTO ALLA CASA IN
FORMA SINGOLA O MUTUALMENTE
ASSOCIATA COME CONDIZIONE
DETERMINANTE PER I PERCORSI
DI INSERIMENTO SOCIALE E DI
RIABILITAZIONE

LS1 - OB3 – P15

A36

Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenzialità Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze

Descrizione

L'abitare è una delle aree fondamentali dei percorsi di riabilitazione e di *recovery*, forse quella prioritaria in quanto non è possibile pensare a percorsi di inserimento lavorativo o formativo, al miglioramento della cura di sé e della salute, allo sviluppo di reti relazionali interpersonali e sociali senza la condizione preliminare della dimensione abitativa. Alcune persone necessitano però, nel loro percorso riabilitativo, di periodi in cui questa dimensione abitativa deve essere supportata.

Per raggiungere questo obiettivo si propone di sviluppare delle Linee di Indirizzo finalizzate alla progettazione di Appartamenti Protetti, a maggior intensità di supporto sociosanitario, che dovrebbero essere nel novero degli strumenti disponibili dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, anche attraverso l'integrazione tra Ser.D e Enti Accreditati del Privato Sociale, e attraverso forme di Residenzialità Leggera, in cui l'abitare abitazioni di proprietà pubblica o anche privata (ad esempio dei pazienti stessi in alcuni casi), in modalità individuale o di *cohousing*, viene supportato dall'aiuto di personale specialistico con professionalità e intensità personalizzata in base alla tipologia di bisogno ed al livello di autonomia delle persone (Linee Guida nazionali per la presa in carico della grave marginalità adulta).

Risultati attesi

Linee di Indirizzo; Accordi quadro; Disponibilità di Appartamenti Protetti e di forme di Residenzialità Supportata per i Percorsi Riabilitativi individualizzati; Miglioramento delle competenze nella gestione autonoma dell'abitare da parte dei pazienti nel corso dei percorsi riabilitativi; Maggiore propensione delle Persone che Usano Droghe (PUD) a intraprendere/proseguire percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni, Province Autonome e Aziende USL che recepiscono le Linee di Indirizzo; Numero di Appartamenti Protetti e Dispositivi di Residenzialità Supportata / Numero utenti in carico ai Ser.D (Delta T0- T1). Numero inserimenti / anno / Numero utenti Ser.D.; Numero progressioni step (appartamento protetto- residenzialità supportata - completa autonomia abitativa) / Numero inserimenti; Numero pazienti inseriti che necessitano di (re) ammissione in struttura residenziale / totale pazienti inseriti.

Tempistiche

Prime attivazioni entro un anno a partire dall'approvazione del Piano di Azione Nazionale Dipendenze (PAND) e della disponibilità delle risorse.

Target

Utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze.

Stakeholder

Agenzie Immobiliari; Agenzie Territoriali del Demanio; Associazioni Alberghiere; Comunità per le dipendenze; Cooperative inserimento lavorativo; Rete territoriale dei Servizi; Decisori politici regionali e locali; Istituto Autonomo Case Popolari (IACP).; Operatori Sociali; Terzo Settore; Enti Locali.

OBIETTIVO STRATEGICO 4

Incremento della disponibilità e dell'accesso a sostanze controllate a uso medico

P16 Rafforzare la cooperazione tra le istituzioni coinvolte nei processi autorizzativi relativi alla Cannabis a Uso Medico

P17 Sviluppare prodotti standardizzati di grado farmaceutico a base di Cannabis a Uso Medico

P18 Costruire un percorso che superi le differenze nell'applicazione delle disposizioni vigenti a livello regionale anche in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive

P19 Coinvolgere Enti pubblici in collaborazione con soggetti privati per ampliare la coltivazione necessaria ai fabbisogni e per abbattere il costo della materia prima

P20 Garantire la continuità di trattamento nei pazienti le cui patologie risultino trattabili con Cannabis a Uso Medico

P21 Promuovere una campagna di informazione pubblica in merito all'accesso e all'uso di Cannabis a Uso Medico



P16

RAFFORZARE LA
COOPERAZIONE TRA LE ISTITUZIONI
COINVOLTE NEI PROCESSI
AUTORIZZATIVI RELATIVI ALLA
CANNABIS A USO MEDICO

LS1 - OB4 – P16

A37

Supportare le attività del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione e attivare studi e ricerche

Descrizione

Il Ministero della Salute, Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico – Ufficio centrale stupefacenti svolge, in qualità di organismo statale per la cannabis le seguenti funzioni:

- a. autorizza la coltivazione delle piante di cannabis da utilizzare per la produzione di medicinali di origine vegetale a base di cannabis, sostanze e preparazioni vegetali;
- b. individua le aree da destinare alla coltivazione di piante di cannabis per la produzione delle relative sostanze e preparazioni di origine vegetale e la superficie dei terreni su cui la coltivazione è consentita;
- c. importa, esporta e distribuisce sul territorio nazionale, ovvero autorizza l'importazione, l'esportazione, la distribuzione all'ingrosso e il mantenimento di scorte delle piante e materiale vegetale a base di cannabis, ad eccezione delle giacenze in possesso dei fabbricanti di medicinali autorizzati;
- d. provvede alla determinazione delle quote di fabbricazione di sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis sulla base delle richieste delle Regioni e delle Province Autonome e ne informa l'*International Narcotics Control Boards* (INCB) presso le Nazioni Unite.

È inoltre stato istituito, presso il Ministero della Salute, un Tavolo Tecnico con il compito di analizzare e approfondire i bisogni di salute dei pazienti che utilizzano farmaci a base di cannabis, al fine di individuare percorsi condivisi e praticabili per la risoluzione delle criticità riscontrate.

Tutto ciò premesso si prevede di supportare le attività del Tavolo Tecnico incentivando il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e rafforzando le attività di verifica della qualità di produzione e l'attivazione di studi e ricerche.

Risultati attesi

Sviluppo delle Linee di Indirizzo; Potenziamento delle funzioni del Tavolo Tecnico; Maggior coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e di altri *stakeholder*.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Numero di *Stakeholder* coinvolti nel Tavolo Tecnico; Numero di riunioni/anno del Tavolo Tecnico.

Tempistiche

24 mesi

Target

Ministero della Salute.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero della Difesa; Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali; Agenzia Industrie Difesa (AID); Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM); Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Regioni e Province Autonome; Associazioni dei pazienti; Produttori di cannabis; Ordine Farmacisti; Ordine Medici di Medicina Generale; Istituto Superiore di Sanità (ISS); Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA)



LS1 - OB4 - P16

A38

Sviluppare Linee di Indirizzo per la creazione di un registro e di flussi informativi nazionali per la programmazione e pianificazione dei fabbisogni regionali di Cannabis a Uso Medico

Descrizione

Il Decreto del Ministero della Salute del 9 novembre 2015, nell'Allegato tecnico per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis definisce che i quantitativi di Cannabis a Uso Medico (CUM) da produrre ogni anno sono determinati sulla base delle richieste predisposte dalle Regioni e dalle Province Autonome e trasmesse all'Ufficio centrale stupefacenti del Ministero della Salute entro il 31 maggio di ciascun anno.

Si prevede quindi di sviluppare Linee di Indirizzo per la creazione di un registro e di flussi informativi nazionali finalizzati a valutare l'effettivo fabbisogno a livello territoriale di CUM, nell'ottica di una programmazione della produzione in un periodo stimato in 4-5 anni e che è ritenuta necessaria anche in previsione di un'apertura ai privati di questo mercato.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee di Indirizzo; Programmazione della produzione

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Decisori politici ed amministrativi regionali e locali.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero della Difesa; Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali; Istituto Superiore di Sanità (ISS).

P17

SVILUPPARE PRODOTTI
STANDARDIZZATI DI GRADO
FARMACEUTICO A BASE DI CANNABIS
A USO MEDICO



LS1 - OB4 - P17

A39

Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi clinici controllati, anche in collaborazione con le società medico-scientifiche, su sicurezza ed efficacia di prodotti medicinali a base di Cannabis ad Uso Medico

Descrizione

L'uso medico della cannabis dovrebbe essere rivisto alla luce di studi clinici controllati che ne evidenzino la reale efficacia su un numero significativo di soggetti trattati e che concorrano a creare una cultura seria, chiara e definita della Cannabis a Uso Medico (CUM) unicamente correlata a dati scientifici.

Si ritiene quindi opportuno sviluppare Linee di Indirizzo per la definizione di studi clinici, che coinvolgano anche le società medico-scientifiche, che dimostrino l'efficacia di questo prodotto e che permettano di superarne la prescrizione come farmaco *off-label* da parte dei medici.

Risultati attesi

Sviluppare Linee di Indirizzo; Coinvolgere società medico-scientifiche; Valutare su base scientifica l'efficacia della Cannabis a Uso Medico.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Numero di studi avviati in recepimento delle Linee di Indirizzo; Numero di accordi e protocolli di collaborazione con società medico-scientifiche.

Tempistiche

24 mesi

Target

Università; Enti di Ricerca; Società medico-scientifiche.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero della Difesa; Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali; Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA) di Rovigo e di Bologna; Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM); Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Produttori di cannabis; Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici; Associazioni dei pazienti; Istituto Superiore di Sanità (ISS).

LS1 - OB4 - P17

A40

Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi finalizzati all'uniformazione del valore di THC finale del prodotto e alla standardizzazione dello stesso a prescindere dalla pianta da cui viene estratto

Descrizione

Si riscontra come l'uniformazione del valore di THC e la creazione di un prodotto standardizzato siano elementi necessari per facilitare la prescrivibilità da parte dei medici e per rendere più semplice il rilevamento del fabbisogno da parte delle Regioni e delle Province Autonome.

Nonostante l'Italia sia stata tra i primi Paesi a legiferare in materia di cannabis ha successivamente mancato di creare un'effettiva standardizzazione dei prodotti: al fine di recuperare questo *gap* si suggerisce di sviluppare delle Linee di Indirizzo sulla regolamentazione di questo aspetto a partire dalle esperienze internazionali più efficaci già attuate.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee di Indirizzo; Semplificazione della prescrivibilità da parte dei medici; Semplificazione del rilevamento del fabbisogno da parte delle Regioni e delle Province Autonome.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Livello di implementazione delle Linee di Indirizzo

Tempistiche

24 mesi

Target

Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA) di Rovigo; Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM); Università ed Enti di Ricerca.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero della Difesa; Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali; CREA di Rovigo; SCFM; Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Produttori di cannabis; Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici, Associazioni dei pazienti; Istituto Superiore di Sanità (ISS).



P18

COSTRUIRE UN
PERCORSO CHE SUPERI LE
DIFFERENZE NELL'APPLICAZIONE
DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI A
LIVELLO REGIONALE ANCHE IN
MATERIA DI PATOLOGIE AMMESSE
A RIMBORSO E MODALITÀ
PRESCRITTIVE

LS1 - OB4- P18

A41

Sviluppare Linee di Indirizzo per omogeneizzare l'applicazione delle disposizioni vigenti a livello regionale anche in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive

Descrizione

La rimborsabilità e le modalità prescrittive della Cannabis a Uso Medico sono subordinate alle indicazioni emanate da parte delle Regioni o Province Autonome: ne consegue una disomogeneità applicativa sul territorio nazionale con grosse differenze tra diversi territori.

Si propone quindi di sviluppare, partendo dall'analisi e dal confronto tra i sistemi attualmente vigenti, delle Linee di Indirizzo finalizzate ad una regolamentazione il più possibile uniforme ed efficace.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo; Diminuzione della disomogeneità applicativa.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Numero di Regioni e di Province Autonome che adottano le Linee di Indirizzo.

Tempistiche

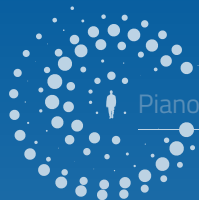
24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL.

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero per gli Affari Regionali e le Autonomie; Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici di Medicina Generale; Associazioni dei pazienti; Istituto Superiore di Sanità (ISS).



P19

COINVOLGERE ENTI
PUBBLICI IN COLLABORAZIONE CON
SOGGETTI PRIVATI PER AMPLIARE
LA COLTIVAZIONE NECESSARIA AI
FABBISOGNI E PER ABBATTERE IL
COSTO DELLA MATERIA PRIMA

LS1 - OB4- P19

A42

Definire Linee di Indirizzo per potenziare la ricerca e lo sviluppo di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico e per assicurare una produzione continua di talee da piante madri

Descrizione

Si riscontra la necessità di potenziare il settore della ricerca e dell'innovazione legati allo sviluppo di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico (CUM) e per assicurare una produzione continua di talee da piante madri. Si propone la realizzazione di Linee di Indirizzo finalizzate all'individuazione delle migliori pratiche per ottenere il risultato prefissato costituendo ex novo *hub* di ricerca o concentrandosi sui centri di competenza già presenti e operanti.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo; Potenziamento delle attività di ricerca e sviluppo di nuove genetiche di CUM.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Livello di applicazione delle Linee di Indirizzo.

Tempistiche

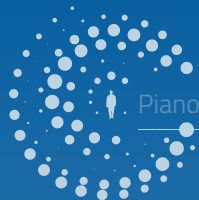
24 mesi

Target

Ministero della Salute; Ministero della Difesa; Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali; Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA) di Rovigo e Bologna; Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM); Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Stakeholder

Ministero della Salute; Ministero della Difesa; Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali; CREA di Rovigo; SCFM; AIF; Università; Enti di Ricerca; Produttori di Cannabis; Istituto Superiore di Sanità (ISS).



P20

GARANTIRE LA
CONTINUITÀ DI TRATTAMENTO
NEI PAZIENTI LE CUI PATOLOGIE
RISULTINO TRATTABILI CON
CANNABIS A USO MEDICO

LS1 - OB4 - P20

A43

Istituire un Tavolo di Lavoro per individuare criticità e possibili strategie volte al potenziamento dell'efficacia della formazione sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza, rivolti a medici e farmacisti

Descrizione

Nonostante la normativa vigente preveda espressamente l'attivazione di corsi di formazione sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis si rileva una forte arretratezza dal punto di vista della conoscenza delle potenzialità della Cannabis a Uso Medico (CUM), frutto anche di un possibile effetto di stigmatizzazione legato alla sostanza. Si ritiene quindi opportuno istituire un Tavolo di Lavoro finalizzato alla progettazione di attività formative efficaci rivolte sia ai medici che ai farmacisti.

Risultati attesi

Istituzione Tavolo di Lavoro; Attivazione corsi di formazione per personale sanitario.

Indicatori di risultato

Tavolo di Lavoro; Numero di riunioni del Tavolo di Lavoro; Numero di corsi attivati seguendo le indicazioni del Tavolo di Lavoro.

Tempistiche

24 mesi

Target

Medici, Farmacisti.

Stakeholder

Ministero della Salute; Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Istituto Superiore di Sanità (ISS); Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici; Associazioni dei pazienti.



LS1 - OB4- P20

A44

Definire Linee di Indirizzo per uniformare la procedura di gestione del consenso informato legato alla prescrizione di Cannabis a Uso Medico

Descrizione

Si riscontra una disomogeneità nelle procedure relative alla gestione del consenso informato che i medici prescrivitori sottopongono ai pazienti ai quali viene prescritta Cannabis a Uso Medico (CUM).
Si propone di sviluppare delle Linee di Indirizzo per uniformare sia le informazioni che il medico deve fornire al paziente sia la procedura di gestione del consenso.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo; Uniformazione delle informazioni e delle procedure di gestione del consenso informato.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Numero di medici che recepiscono le Linee di Indirizzo.

Tempistiche

24 mesi

Target

Medici

Stakeholder

Ministero della Salute; Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Istituto Superiore di Sanità (ISS); Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici; Associazioni dei pazienti.

LS1 - OB4 - P20

A45

Sviluppare un Tavolo di Lavoro per individuare le modalità più idonee di risposta alle problematiche di dipendenza che si dovessero manifestare in pazienti trattati con Cannabis a Uso Medico

Descrizione

Si manifesta la necessità di individuare eventuali risposte del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per rispondere alle problematiche di dipendenza che si dovessero manifestare in pazienti trattati con Cannabis a Uso Medico (CUM).

Si propone di istituire un apposito Tavolo di Lavoro *multistakeholder* per identificare, anche sulla base del confronto con esperienze internazionali, le modalità di gestione e di integrazione tra i servizi maggiormente efficaci.

Risultati attesi

Tavolo di Lavoro; Individuazione delle modalità di risposta più efficaci alla gestione dei soggetti in cura con CUM che dovessero sviluppare problemi di dipendenza.

Indicatori di risultato

Tavolo di Lavoro; Numero di riunioni del Tavolo di Lavoro; Numero di Regioni, Province Autonome e Aziende USL che recepiscono le indicazioni del Tavolo di Lavoro.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL.

Stakeholder

Ministero della Salute; Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Istituto Superiore di Sanità (ISS); Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici; Associazioni dei pazienti.



LS1 - OB4 - P20

A46

Definire Linee di Indirizzo per la formazione del personale medico sui possibili rischi derivanti dal trattamento con *painkiller* e benzodiazepine nelle terapie del dolore

Descrizione

È emerso un forte bisogno di formazione da parte dei medici, anche dei servizi specialistici (Ser.D.), in merito alla gestione del dolore e delle terapie connesse a base di *painkiller* e benzodiazepine. Il livello di conoscenza del personale sanitario in merito a queste terapie è ancora in stato embrionale e la risposta dei servizi a questo tipo di problematica non è efficiente (ad esempio si evidenzia la mancanza di una conoscenza delle conseguenze legate alla sospensione della terapia, la caduta in astinenza, che rischia di avere forti effetti sulla salute del paziente). È essenziale quindi puntare l'attenzione su *painkiller* e benzodiazepine e sui problemi connessi, in particolare per quanto riguarda la popolazione giovanile. Si propone quindi lo sviluppo di Linee di Indirizzo per la formazione del personale medico sui possibili rischi derivanti dal trattamento con *painkiller* e benzodiazepine nelle terapie del dolore.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee di Indirizzo; Attivazione corsi di formazione specifici per personale sanitario.

Indicatori di risultato

Linee di Indirizzo; Numero di corsi attivati seguendo le Linee di Indirizzo.

Tempistiche

24 mesi

Target

Medici

Stakeholder

Ministero della Salute; Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Istituto Superiore di Sanità (ISS); Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici; Associazioni dei pazienti.

P21

PROMUOVERE UNA
CAMPAGNA DI INFORMAZIONE
PUBBLICA IN MERITO ALL'ACCESSO E
ALL'USO DI CANNABIS A USO MEDICO



LS1 - OB4 - P21

A47

Istituire un Tavolo di Lavoro per la definizione degli strumenti maggiormente efficaci per aumentare l'informazione pubblica, informare e promuovere la conoscenza e la diffusione di informazioni sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza

Descrizione

Si riscontra una difficoltà nell'individuazione delle modalità più efficaci per promuovere nei confronti dei medici e degli Operatori Sanitari la conoscenza e la diffusione di informazioni legate all'utilizzo di Cannabis a Uso Medico (CUM). Si propone di istituire un apposito Tavolo di Lavoro *multistakeholder* per identificare, anche sulla base del confronto con esperienze internazionali, le modalità comunicative maggiormente efficaci.

Risultati attesi

Tavolo di Lavoro; Individuazione di strumenti comunicativi efficaci.

Indicatori di risultato

Tavolo di Lavoro; Numero di riunioni del Tavolo di Lavoro; Numero di campagne attivate secondo le indicazioni del Tavolo di Lavoro.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL.

Stakeholder

Ministero della Salute; Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA); Istituto Superiore di Sanità (ISS); Ordini dei Farmacisti; Ordini dei Medici; Associazioni dei pazienti.

LINEA STRATEGICA 2

Riduzione dell'offerta:
garantire la sicurezza sociale

OBIETTIVO STRATEGICO 5

Coordinamento e cooperazione per il contrasto dell'offerta

OBIETTIVO STRATEGICO 6

Risposte efficaci alle tendenze emergenti connesse alle droghe illecite

OBIETTIVO STRATEGICO 5

Coordinamento e cooperazione
per il contrasto dell'offerta

P22 Contrastare il narcotraffico:
smantellare i gruppi della criminalità
organizzata legati al traffico di droga

P23 Rafforzare la capacità di sequestrare le
sostanze stupefacenti e i precursori in
entrata e in uscita sul territorio

P24 Rendere più efficace il monitoraggio
dei canali logistici utilizzati per la
distribuzione di quantitativi medio-
piccoli di droga e aumentare, in stretta
collaborazione con il settore privato, i
sequestri di sostanze illecite introdotte
clandestinamente attraverso tali canali

P25 Smantellare la produzione e la
trasformazione degli stupefacenti,
prevenire il dirottamento e il traffico dei
precursori di droga per la produzione
di droghe illecite e porre fine alla
coltivazione illegale



P26 Contrastare i sistemi di cifratura e altri nuovi metodi tecnologici utilizzati dalle organizzazioni criminali dedite al narcotraffico per occultare le comunicazioni ed evitare di essere intercettati

P27 Anticipare la risposta repressiva in una fase antecedente all'ingresso e alla parcellizzazione dello stupefacente in Italia per una difesa "avanzata" del territorio nazionale e il perseguimento di economie di scala nell'azione investigativa e di contrasto

P28 Promuovere azioni di contrasto nei confronti dello spaccio delle sostanze stupefacenti

P29 Rendere più efficace il monitoraggio dei canali digitali utilizzati per la distribuzione delle sostanze stupefacenti e aumentare, in stretta collaborazione con il settore privato, i sequestri di sostanze illecite introdotte clandestinamente attraverso tali canali

P30 Formazione, specializzazione e aggiornamento degli operatori di polizia nel settore del contrasto del narcotraffico

P31 Rafforzamento della cooperazione delle Forze dell'Ordine a livello nazionale e internazionale per potenziare il contrasto al narcotraffico

P22

CONTRASTARE IL
NARCOTRAFFICO: SMANTELLARE
I GRUPPI DELLA CRIMINALITÀ
ORGANIZZATA LEGATI AL TRAFFICO
DI DROGA



LS2 - OB5- P22

A48

Contrastare i gruppi criminali organizzati italiani e stranieri operanti in Italia e nei mercati della droga transfrontalieri e smantellare i modelli commerciali criminali che favoriscono la collaborazione tra i diversi gruppi della criminalità organizzata

Descrizione

La lotta al narcotraffico deve puntare sull'adozione di strategie di contrasto, che non si limitino al mero sequestro dello stupefacente, ma prevedano lo sviluppo di indagini strutturate, che, partendo dai Paesi di produzione e transito delle sostanze stupefacenti, consentano lo svolgimento di attività investigative nei confronti dei sodalizi criminali implicati nei traffici illeciti.

Risultati attesi

Aumentare il livello di efficienza delle attività di contrasto al narcotraffico ed acquisire evidenze utili per contrastare i fenomeni criminali correlati.

Indicatori di risultato

Numero di sequestri, operazioni antidroga e denunce per il reato di cui all'articolo 74 del T.U. 309/1990, con riferimento all'ipotesi associativa del traffico di stupefacenti.

Risorse

L'azione non necessita di risorse finanziarie aggiuntive rispetto ai fondi ordinari di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia; Autorità Giudiziaria; Agenzie e collaterali stranieri.

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità Giudiziaria; Agenzie e collaterali stranieri

LS2 - OB5 - P22

A49

Promuovere l'avvio di indagini patrimoniali contestuali alle indagini per narcotraffico, al fine di individuare gli asset finanziari delle organizzazioni criminali, nonché i canali di reimpiego dei narcoprofitti.

Descrizione

Promuovere, attraverso lo scambio di informazioni finanziarie/analisi finanziarie con le Autorità competenti degli altri Stati membri, l'avvio di indagini patrimoniali finalizzate ad individuare gli asset economici delle associazioni criminali e i canali di reimpiego dei capitali provenienti dal narcotraffico. Tali indagini contribuiscono a minare la tentacolare azione operativa delle cellule criminali, caratterizzata dalla diversificazione degli scenari di investimento e da sofisticate operazioni di riciclaggio, nonché ad indebolirne la rete sociale ramificata con logiche utilitaristiche.

Risultati attesi

Sottrazione di risorse alla criminalità organizzata e minare la capacità di infiltrarsi nell'economia legale;
Potenziamento dell'efficacia delle indagini transfrontaliere e migliorare la cooperazione reciproca, mediante lo scambio di informazioni finanziarie o analisi finanziarie per prevenire, accertare e contrastare il riciclaggio dei proventi del traffico illecito di stupefacenti e delle sostanze psicotrope;
Incremento del numero di indagini patrimoniali sui gruppi della criminalità organizzata legati alla droga;
Individuazione, tracciamento e reperimento di proventi del narcotraffico e dei reati connessi, al fine di pervenire al loro congelamento e confisca.

Indicatori di risultato

Numero e consistenza delle diverse tipologie di sequestri di valuta, beni mobili e immobili.

Risorse

Ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Autorità nazionali competenti.

Stakeholder

Forze di Polizia e altre Autorità coinvolte nella consultazione e nello scambio di informazioni e analisi finanziarie.



LS2 - OB5- P22

A50

Accrescere la formazione specialistica degli appartenenti alle Forze di Polizia che operano nel contrasto al narcotraffico

Descrizione

Sviluppare le competenze specialistiche degli appartenenti alle Forze di Polizia nazionali impegnati nel contrasto al narcotraffico, in sinergia con gli omologhi degli altri Paesi, consente di ampliarne ed aggiornarne costantemente il *know how* professionale, al fine di aumentare l'efficacia dell'azione preventiva e repressiva attraverso una capacità investigativa condivisa a livello internazionale, imprescindibile laddove ci si confronti con la transnazionalità dei fenomeni criminali e dei relativi flussi finanziari illeciti. Ciò consente di implementare la sinergia tra le Forze di Polizia impiegate nel contrasto al traffico di sostanze stupefacenti, nell'ottica di attivare una strategia antidroga nazionale che tenga conto delle peculiarità dei diversi attori interessati, a garanzia di un approccio comune.

Risultati attesi

Implementazione del dato relativo a operatori di polizia formati e della qualità dei corsi di specializzazione, in linea con i repentini cambiamenti nei mercati illeciti degli stupefacenti.

Indicatori di risultato

Numero di operatori di polizia formati; Analisi dei dati disponibili relativi alla valutazione dell'apprendimento e all'indice di gradimento dei partecipanti in relazione alle esigenze operative; Impiego del personale aderente alla formazione specialistica.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere le spese organizzative e il materiale di supporto.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia.

Stakeholder

Forze di Polizia; Istituti di formazione.

P23

RAFFORZARE LA
CAPACITÀ DI SEQUESTRARE LE
SOSTANZE STUPEFACENTI E I
PRECURSORI IN ENTRATA E IN
USCITA SUL TERRITORIO



LS2 - OB5 - P23

A51

Rendere più efficaci i controlli delle frontiere, al fine di contrastare l'importazione illegale di sostanze stupefacenti e di precursori all'interno del territorio nazionale ed europeo

Descrizione

Le caratteristiche geomorfologiche della penisola italiana e la loro intrinseca potenziale vulnerabilità rendono necessario pianificare controlli dei confini marittimi, terrestri ed aerei, nonché delle aree di importanza strategica, utilizzate come punti di arrivo e di passaggio ovvero di stoccaggio della droga e dei precursori destinati al mercato illecito interno e a quello europeo, al fine di colpire l'operatività dei traffici criminali.

Risultati attesi

Intercettazione delle sostanze stupefacenti e dei precursori prima che vengano importati e/o fabbricati, parcellizzati e distribuiti nelle piazze di spaccio nazionali ed europee.

Indicatori di risultato

Le statistiche e l'analisi dei dati disponibili in merito ai risultati attesi relativi ai quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate e di precursori intercettati sulle frontiere.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia; Autorità doganali.

Stakeholder

Forze di Polizia, Autorità doganali, Autorità Giudiziaria, Agenzie e collaterali stranieri.

P24

RENDERE PIÙ
EFFICACE IL MONITORAGGIO
DEI CANALI LOGISTICI UTILIZZATI
PER LA DISTRIBUZIONE DI
QUANTITATIVI MEDIO-PICCOLI
DI DROGA E AUMENTARE, IN
STRETTA COLLABORAZIONE CON IL
SETTORE PRIVATO, I SEQUESTRI DI
SOSTANZE ILLECITE INTRODOTTE
CLANDESTINAMENTE ATTRAVERSO
TALI CANALI



LS2 - OB5- P24

A52

Contrastare il narcotraffico che avviene attraverso i servizi postali e di corriere espresso, mediante l'impiego di nuove tecnologie di analisi spettrografica

Descrizione

L'azione è volta a rendere più efficaci il monitoraggio e il controllo delle spedizioni postali e delle merci inviate a mezzo corriere, gestite da operatori commerciali pubblici e privati, attraverso strumenti innovativi di individuazione delle sostanze stupefacenti e delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), nonché attraverso il perfezionamento delle relative procedure volte a rafforzare la cooperazione tra le autorità di contrasto.

Risultati attesi

Aumento dell'efficacia nel fronteggiare l'importazione e la commercializzazione delle sostanze stupefacenti che avviene mediante lo sfruttamento dei canali logistici leciti per la distribuzione di quantitativi medio-piccoli di droghe illecite, intercettando le sostanze stupefacenti e le NPS.

Indicatori di risultato

Protocolli di intesa e analisi dei rischi; Numero di spedizioni postali oggetto di controllo; Quantitativi di sostanze stupefacenti e di NPS sequestrate.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi per il monitoraggio e per il controllo delle spedizioni postali e delle merci inviate tramite corriere, compresa l'acquisizione di strumenti di rilevazione spettrografica e nuove tecnologie, queste ultime da destinare altresì all'analisi dei rischi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Operatori commerciali pubblici e privati del settore delle spedizioni postali e di corriere espresso delle merci; Forze di Polizia.

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità Giudiziaria; Agenzie e collaterali stranieri.

P25

SMANTELLARE LA
PRODUZIONE E LA TRASFORMAZIONE
DEGLI STUPEFACENTI, PREVENIRE
IL DIROTTAMENTO E IL TRAFFICO
DEI PRECURSORI DI DROGA PER LA
PRODUZIONE DI DROGHE ILLECITE
E PORRE FINE ALLA COLTIVAZIONE
ILLEGALE



LS2 - OB5– P25

A53

Contrastare la produzione e la commercializzazione illecita delle sostanze stupefacenti di origine sintetica e dei relativi precursori, attraverso applicativi dedicati per la circolazione delle informazioni

Descrizione

L'azione intende potenziare le verifiche relative alla movimentazione commerciale dei precursori che avvengono all'interno del territorio nazionale nonché da e per l'estero, mediante applicativi di archiviazione e di analisi del flusso dei dati, al fine di rilevare anomalie/criticità ed attivare eventuali indagini per il controllo della regolarità delle operazioni commerciali, anche attraverso lo scambio di informazioni con i Paesi che costituiscono rilevanti centri di approvvigionamento, smistamento, transito e destinazione di precursori e relative sostanze stupefacenti di origine sintetica.

Risultati attesi

Prevenzione dello sviamento dei precursori utilizzati nella fabbricazione illecita delle droghe; Contrasto della produzione di sostanze stupefacenti di origine sintetica destinate al mercato interno e internazionale e della loro commercializzazione illecita da parte delle organizzazioni criminali.

Indicatori di risultato

Numero di controlli effettuati sulle movimentazioni legali di precursori e quantitativi di precursori, oggetto di disvio, intercettati.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate alla elaborazione e gestione dell'applicativo informatico per il contrasto del disvio dei precursori.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia; Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Autorità Giudiziaria e collaterali stranieri.

Stakeholder

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA).

LS2 - OB5- P25

A54

Contrastare la coltivazione illecita delle sostanze stupefacenti attraverso lo svolgimento di apposite campagne di sorvoli sulle regioni interessate dal fenomeno

Descrizione

Le rilevazioni statistiche della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) pubblicate nella *Relazione annuale 2022* rivelano che in Italia, accanto allo stupefacente proveniente dai tradizionali luoghi di importazione, ha assunto consistenza una produzione “*outdoor*” nazionale di cannabis e dei suoi derivati, in diverse regioni italiane. L’impiego di aeromobili in dotazione alle FF.PP, anche a Pilotaggio Remoto, a supporto operativo delle Forze di Polizia rappresentano strumenti fondamentali che consentono di sorvolare grandi aree al fine di individuare piantagioni strutturate di sostanze stupefacenti e arginare tale fenomeno illecito emergente.

Risultati attesi

Localizzazione di piantagioni di sostanze stupefacenti difficilmente individuabili con le tradizionali attività preventive e repressive della coltivazione illecita.

Indicatori di risultato

Numero di sorvoli effettuati; Numero di piantagioni illecite localizzate; Quantitativo di sostanza stupefacente sequestrata.

Risorse

L’azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive per sostenere i costi per la gestione operativa degli aeromobili da impiegare nei sorvoli nonché per l’acquisto di Aeromobili a Pilotaggio Remoto e per la formazione specialistica degli operatori delle Forze di Polizia da impiegare nell’attività di sorvolo.

Tempistiche

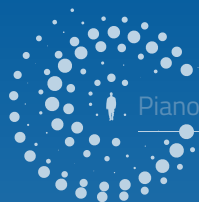
Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia

Stakeholder

Forze di Polizia



P26

CONTRASTARE I SISTEMI
DI CIFRATURA E ALTRI NUOVI METODI
TECNOLOGICI UTILIZZATI DALLE
ORGANIZZAZIONI CRIMINALI DEDITE
AL NARCOTRAFFICO PER OCCULTARE
LE COMUNICAZIONI ED EVITARE DI
ESSERE INTERCETTATI

LS2 - OB5 - P26

A55

Realizzazione presso la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga di un Punto nazionale di convergenza sulle comunicazioni criptate utilizzate in attività di traffico di droga *on line*

Descrizione

Molti applicativi di messaggistica istantanea, permettendo comunicazioni anonime e criptate con eliminazione automatica, sono strumenti molto diffusi nell'attività di spaccio e affiancano, nell'*open web*, le transazioni di stupefacenti e precursori, che si svolgono, grazie all'utilizzo di particolari *software*. L'utilizzo di comunicazioni criptate caratterizza non solo il narcotraffico organizzato di criminali professionisti, ma anche la forma di imprenditoria delinquenziale "fai da te", esplosa con l'inizio ed il progredire della pandemia, che vede persone anche incensurate avviare ed alimentare floride attività di spaccio, sfruttando le potenzialità che la rete offre. La creazione, presso la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), di un Punto nazionale di convergenza sulle comunicazioni criptate utilizzate in attività di traffico di droga *on line*, è volta a realizzare uno strumento a favore delle diverse Forze di Polizia che operano sul territorio. L'iniziativa si pone l'obiettivo di favorire il monitoraggio e il coordinamento operativo dei Reparti e degli Uffici di polizia, che, in misura sempre più ricorrente, riscontrano nelle loro attività di contrasto l'utilizzo di comunicazioni criptate (Encrochat, Sky ECC, Telegram, Wickr, ecc.), di agevolare e incrementare lo scambio tecnico-informativo e le attività di formazione con gli esperti della Polizia Postale e delle Comunicazioni e di coinvolgere il mondo della ricerca e quello accademico nello sviluppo congiunto di iniziative finalizzate ad individuare le vulnerabilità dei *device* e dei *software* già utilizzati o di prossimo impiego per l'estrapolazione e l'analisi dei dati criptati provenienti da tali piattaforme.

Risultati attesi

Potenziamento delle proiezioni investigative, in ambito nazionale e internazionale, in una materia altamente tecnologica e che, per rapidità di sviluppo, rischia di rallentare ed ostacolare qualsivoglia iniziativa di contrasto al fenomeno del traffico illecito di sostanze stupefacenti;
Nel settore della prevenzione, anticipo della comparsa di fenomeni di consumo sconosciuti e particolarmente insidiosi per la salute attraverso analisi dei contesti che alimentano e sostengono la domanda di alcuni particolari tipi di sostanze stupefacenti, soprattutto di derivazione sintetica.

Indicatori di risultato

Numero di sistemi decriptati e di relative indagini di Polizia Giudiziaria sviluppate attraverso l'approfondimento investigativo degli elementi probatori acquisiti.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive, da destinare all'implementazione di infrastrutture *hardware* e *software*, finalizzate a sostenere gli interventi.



Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia

Stakeholder

Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA).

LS2 - OB5- P26

A56

Incoraggiare la creazione di *Cyber* investigatori, anche prevedendo uno studio di fattibilità sul piano giuridico, al fine di monitorare e contrastare il crescente uso della tecnologia crittografica nel narcotraffico

Descrizione

La crescente digitalizzazione dei mercati illeciti di sostanze stupefacenti ha trasformato il volto commerciale del narcotraffico, il quale utilizza largamente la tecnologia crittografata per eludere i controlli.

La consapevolezza di tale fenomeno richiede un'intensa attività di monitoraggio della rete *web* eseguita da personale altamente specializzato ed aggiornato sulle tecniche di analisi e decriptazione dei supporti elettronici (*hardware* e *software*) nonché sulle modalità di acquisizione di informazioni in ordine alle piattaforme virtuali utilizzate per la commercializzazione delle sostanze stupefacenti, dotato di strumenti tecnici informatici e giuridici che garantiscano l'efficacia del risultato investigativo durante le fasi procedurali.

Risultati attesi

Formazione di operatori di polizia che sviluppino capacità e competenze in materia di *Digital Forensics*; Aggiornamento tecnologico e delle risorse informatiche; Studio di fattibilità sul piano giuridico.

Indicatori di risultato

Numero di operatori di polizia formati.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere i risultati attesi.

Tempistiche

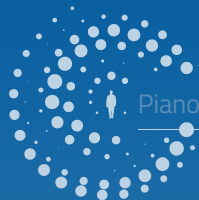
Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia.

Stakeholder

Forze di Polizia; Ministero dell'Interno; Ministero della Giustizia; Istituti di istruzione.



P27

ANTICIPARE LA
RISPOSTA REPRESSIVA IN UNA FASE
ANTECEDENTE ALL'INGRESSO E
ALLA PARCELLIZZAZIONE DELLO
STUPEFACENTE IN ITALIA PER UNA
DIFESA "AVANZATA" DEL TERRITORIO
NAZIONALE E IL PERSEGUIMENTO DI
ECONOMIE DI SCALA NELL'AZIONE
INVESTIGATIVA E DI CONTRASTO

LS2 - OB5 - P27

A57

Rafforzare i metodi di monitoraggio e indagine concernenti le ferrovie, le vie marittime e lo spazio aereo

Descrizione

È importante rafforzare il monitoraggio delle frontiere marittime, terrestri e aeree per prevenire e contrastare più efficacemente il traffico internazionale di sostanze stupefacenti soprattutto in ragione delle loro vulnerabilità intrinseche, della sorveglianza limitata ivi esercitata e dell'importanza strategica che rivestono lo spazio aereo generale e le acque nazionali e internazionali.

I principali porti ed aeroporti nazionali, notoriamente utilizzati come *hub* per il traffico di grandi quantitativi di droga e precursori chimici, dovrebbero essere inseriti in un elenco altamente prioritario ai fini di un'azione mirata preventiva/repressiva. Le misure previste dovrebbero, quindi, includere una migliore analisi dei rischi doganali per *container*, plichi postali e merci, la definizione di profili, la condivisione delle informazioni di *intelligence*, nel rispetto dell'attuale normativa e una cooperazione maggiormente efficace tra le competenti agenzie, nell'ambito dei rispettivi mandati e competenze, e tra queste ultime e le autorità di contrasto, le dogane ed i pertinenti servizi degli Stati preposti ai controlli di frontiera.

È altresì indispensabile condurre una campagna di sensibilizzazione verso tutte le autorità di contrasto al fine di rafforzare il monitoraggio e le indagini basate su analisi di rischio condotte per porti marittimi, aeroporti e stazioni ferroviarie di minor rilevanza, spesso non sufficientemente attenzionati rispetto a quelli di maggiori dimensioni per volume di turismo e commercio.

Risultati attesi

Promozione e rafforzamento nell'individuazione del traffico illecito di grandi quantitativi di droghe e precursori di droga; Promozione e rafforzamento del monitoraggio per il contrasto al traffico di droghe e di precursori di droga che utilizza canali commerciali legittimi e consolidati; Promozione e rafforzamento del monitoraggio dei valichi di frontiera che non fanno parte dei canali commerciali consolidati per prevenire più efficacemente gli attraversamenti illegali o non dichiarati; Promozione e rafforzamento dell'analisi dei rischi doganali riguardo gli spostamenti di merci, la definizione di profili degli operatori economici che intervengono nelle spedizioni e la condivisione delle informazioni di *intelligence* per favorire la cooperazione internazionale tra le diverse autorità e agenzie; Promozione e rafforzamento della cooperazione tra le autorità doganali e di polizia nell'acquisizione da parte di queste ultime di informazioni utili per la lotta al narcotraffico; Promozione e rafforzamento del monitoraggio delle frontiere marittime, terrestri ed aeree per prevenire gli attraversamenti illeciti in relazione al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni con con l'Agenzia europea della guardia di frontiera e costiera (FRONTEX).

Indicatori di risultato

Numero di sequestri, denunce e operazioni antidroga effettuate presso le frontiere marittime, terrestri e aeree.



Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità Giudiziaria; Agenzie internazionali, collaterali/Autorità doganali estere.

LS2 - OB5– P27

A58

Promuovere la costituzione di una piattaforma nazionale, con proiezione regionale, finalizzata alla centralizzazione, al controllo e alla gestione delle informazioni relative al trasporto aereo e marittimo di sostanze stupefacenti che transitano nel Mediterraneo, con il coinvolgimento di ufficiali di collegamento provenienti dai Paesi delle aree maggiormente attinte dalle rotte marittime ed aeree del narcotraffico

Descrizione

L'analisi dei dati relativi ai sequestri operati dalle Forze di Polizia nel bacino del Mediterraneo mostra, negli ultimi anni, un'intensificazione del fenomeno del narcotraffico perpetrato in tale area per via marittima e aerea. Secondo le analisi della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), i carichi di droga, provenienti dai Paesi di produzione e transito situati in Sudamerica e in Africa, attraversano il Mediterraneo lungo la cd. nuova "Rotta del Mediterraneo" per raggiungere le coste nazionali e spesso anche la penisola balcanica e i porti sul Mar Nero. Per fronteggiare questa nuova, emergente minaccia e favorire l'analisi dei rischi nonché la definizione di profili sugli spostamenti di persone e merci verso il nostro Paese è indispensabile la costituzione di una piattaforma nazionale che consenta un accesso alle informazioni sul trasporto aereo e marittimo di sostanze stupefacenti che transitano nel Mediterraneo.

Risultati attesi

Promozione e rafforzamento nell'individuazione del traffico illecito di grandi quantitativi di droghe e precursori di droga all'interno del Mar Mediterraneo; Promozione e rafforzamento del monitoraggio degli aeroporti e dei porti che non fanno parte dei canali commerciali consolidati per prevenire più efficacemente gli ingressi illegali di sostanze stupefacenti e precursori; Promozione e rafforzamento dell'analisi dei rischi doganali riguardo agli spostamenti di persone e merci, alla definizione di profili e alla condivisione delle informazioni di *intelligence* per favorire la cooperazione internazionale tra le autorità e le agenzie internazionali; Promozione e rafforzamento della cooperazione tra le autorità doganali e di polizia interessate dalle rotte aeree e marittime del narcotraffico nel Mar Mediterraneo; Promozione e rafforzamento del monitoraggio delle frontiere aeree e marittime del Mediterraneo, per prevenire sbarchi illeciti in relazione al narcotraffico, favorendo lo scambio di informazioni con con l'Agenzia europea della guardia di frontiera e costiera (FRONTEX).

Indicatori di risultato

Numero di sequestri, denunce e operazioni antidroga lungo le rotte e presso le frontiere marittime e aeree del Mar Mediterraneo.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia.

Stakeholder

Forze di Polizia; DCSA; Agenzie internazionali e collaterali stranieri.



LS2 - OB5 - P27

A59

Rafforzare e promuovere lo svolgimento di analisi di rischio, di metodi di indagine, di controlli e di procedure in ambito portuale e aeroportuale, al fine di incrementare le capacità di screening così da individuare la presenza di droghe e precursori in *container* e camion

Descrizione

Si rende necessario rafforzare lo studio, l'analisi di rischio e la profilazione dei metodi e delle rotte del narcotraffico che sfruttano ogni canale logistico, anche digitale, per la distribuzione di droghe illecite favorendo l'impiego di tecnologie per aumentare la capacità di *screening* di oggetti contenitori, *container* e mezzi di trasporto. Altresì, per aumentare i sequestri di quantitativi medio-piccoli, si ritiene opportuno promuovere la collaborazione con il settore privato, dei gestori delle piattaforme commerciali e della logistica.

Risultati attesi

Promozione e rafforzamento nell'individuazione del traffico illecito di grandi e piccoli quantitativi di droghe e precursori di droga presso i principali *hub* nazionali di smistamento delle merci in ingresso ed uscita; Promozione e rafforzamento dell'analisi dei rischi e profilazione dei metodi e delle rotte dei canali per la importazione e distribuzione di droghe e condivisione delle informazioni di *intelligence* nel rispetto della normativa vigente, per favorire la cooperazione internazionale tra le diverse autorità e agenzie nell'ambito dei rispettivi mandati e competenze; Promozione e rafforzamento della cooperazione tra le autorità doganali e di polizia nell'acquisizione da parte di queste ultime di informazioni utili per la lotta al narcotraffico; Promozione della collaborazione delle autorità di contrasto con il settore privato, dei gestori delle piattaforme commerciali e della logistica.

Indicatori di risultato

Numero di sequestri di droga e precursori effettuati, attraverso analisi di rischio, presso la frontiera marittima e aerea a bordo oggetti contenitori, *container* e mezzi di trasporto.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità Giudiziaria; Agenzie internazionali, collaterali stranieri e Autorità doganali.

LS2 - OB5- P27

A60

Promuovere una iniziativa finalizzata a migliorare la capacità di contrasto del traffico di droga lungo la rotta balcanica attraverso l'attuazione di una cooperazione snella e agile tra le principali nazioni euroasiatiche interessate

Descrizione

Il miglioramento delle capacità di contrasto al narcotraffico passa necessariamente attraverso un più efficace e tempestivo scambio di informazioni tra le agenzie di *law enforcement*; il rafforzamento della cooperazione internazionale, sia di polizia sia giudiziaria, con i Paesi ubicati lungo la rotta balcanica e l'integrazione con le specifiche azioni dei programmi/progetti regionali.

Risultati attesi

Creazione di un rapporto fiduciario con un numero crescente di collaterali/Istituzioni dei Paesi attraversati dalla rotta balcanica in funzione del raggiungimento di obiettivi comuni; Promozione e rafforzamento dell'assistenza tecnica e della cooperazione con gli Stati e con i pertinenti organismi internazionali interessati dalla rotta balcanica del narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni e di *intelligence* sull'attività di contrasto al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di esperienze e buone pratiche in materia di formazione e specializzazione del personale appartenente alle Forze di Polizia deputato alla lotta al narcotraffico nelle aree internazionali di interesse; Promozione e rafforzamento dello scambio di buone pratiche ed esperienze investigative di successo con i Paesi balcanici; Partecipazione a eventi bilaterali/multilaterali e a programmi internazionali per il rafforzamento della cooperazione di polizia nella lotta al narcotraffico; Promozione di squadre investigative congiunte.

Indicatori di risultato

Numero di sequestri e operazioni antidroga, comprese le cd. consegne controllate, lungo la rotta balcanica e nei punti di accesso nel territorio nazionale.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive per lo sviluppo delle attività di controllo e di cooperazione con i Paesi attraversati dalla rotta balcanica e con i pertinenti organismi internazionali.

Tempistiche

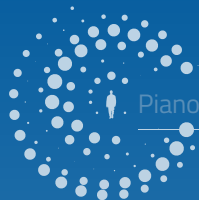
Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità Giudiziaria; Agenzie internazionali e collaterali stranieri.



P28

PROMUOVERE AZIONI
DI CONTRASTO NEI CONFRONTI
DELLO SPACCIO DELLE SOSTANZE
STUPEFACENTI

LS2 - OB5– P28

A61

Promuovere le azioni di contrasto, anche ricorrendo ad innovativi protocolli operativi per lo smantellamento delle cosiddette “piazze di spaccio”, il cui fenomeno, ben radicato in alcune aree urbane periferiche o nei contesti di aggregazione giovanile, desta allarme sociale e riduce la percezione di sicurezza delle persone

Descrizione

Le Forze di Polizia, nella consapevolezza di quanto il fenomeno dello spaccio incida in termini di sicurezza percepita, destinano da tempo importanti risorse al contrasto delle organizzazioni criminali dedite alla cessione al dettaglio di sostanze stupefacenti in forme strutturate (cd. piazze di spaccio), come l'eroina, la cocaina e i derivati della cannabis. In tale contesto, già da alcuni anni, il Servizio Centrale Operativo della Polizia di Stato, unitamente alle Squadre Mobili delle Questure, ha avviato sul territorio nazionale specifiche attività di contrasto mediante l'impiego di protocolli operativi che consentano di acquisire solidi elementi probatori nei confronti della filiera criminale oggetto di indagine, in tempi relativamente brevi. L'azione intende, da un lato, sostenere lo sviluppo e lo studio di innovativi protocolli operativi, sia sotto il profilo giuridico che dell'impiego delle più efficaci tecniche di polizia, e, dall'altro, promuovere ulteriormente le attività di contrasto volte a disarticolare le strutture criminali che gestiscono lo spaccio della droga sul territorio.

Risultati attesi

Riduzione del fenomeno dello spaccio delle sostanze stupefacenti nelle aree urbane e nei contesti giovanili; Accrescimento della percezione di sicurezza percepita nella popolazione e mantenimento dell'ordine pubblico; Contrasto delle cd “baby gang”; Maggiore controllo del territorio.

Indicatori di risultato

Numero delle operazioni antidroga finalizzate alla disarticolazione delle cd “piazze di spaccio”, delle denunce e dei sequestri di droga effettuati nell'ambito dell'Art. 73 del T.U. n. 309/90, con particolare riferimento alla fattispecie di “lieve entità”, nel cui ambito si colloca il fenomeno dello spaccio “al dettaglio” delle sostanze stupefacenti; Incremento percentuale rispetto alla media decennale del numero delle denunce all'Autorità Giudiziaria per l'Art. 73, commi 1, 4 e 5, del T.U. n. 309.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione generale e popolazione giovanile interessate dai fenomeni di spaccio nei contesti descritti.

Stakeholder

Forze di Polizia



LS2 - OB5 - P28

A62

Contrastare l'offerta illegale di farmaci contenenti principi attivi ad azione psicoattiva e la vendita, in particolare, nelle aree o luoghi di svago o di intrattenimento

Descrizione

Una realistica disamina dei dati dei sequestri di medicinali contenenti principi attivi ad azione psicoattiva porta a ritenere che, nel nostro Paese, il fenomeno dell'abuso o del misuso di queste sostanze per finalità ricreative sia ancora, tutto sommato, contenuto. Si avverte, però, l'esigenza di proseguire nello sforzo di tenere alta l'attenzione sul mercato illecito di questi prodotti che attira, soprattutto, la popolazione giovanile. La minaccia non appare ancora ai livelli delle altre sostanze, ma è ipotizzabile che, già nei prossimi anni, il dispositivo di contrasto delle Forze di Polizia debba accrescere la propria capacità di intervento, soprattutto, nel territorio virtuale di "Internet", misurandosi con le sue insidiose modalità di implementazione della domanda. Tenuto conto che l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), già da alcuni anni, ha evidenziato il rischio della diffusione di queste sostanze, in particolare analgesici, stimolanti, tranquillanti, sedativi e anabolizzanti (tabellati), appare necessario monitorare con attenzione gli indicatori di sistema e contrastarne l'offerta illegale per evitare di essere colti di sorpresa da nuovi fenomeni di consumo, che, per alcuni Stati del continente americano, rappresentano ormai una endemica emergenza per la salute pubblica e sono responsabili di decine di migliaia di decessi per *overdose*.

Risultati attesi

Implementazione del flusso di dati sul fenomeno e di elementi investigativi di riscontro nonché un incremento dei sequestri, delle denunce e delle operazioni antidroga finalizzate al contrasto dell'offerta e della cessione di medicinali contenenti principi attivi ad azione psicoattiva.

Indicatori di risultato

Numero dei sequestri, delle denunce e delle operazioni antidroga finalizzate al contrasto della cessione di medicinali contenenti principi attivi ad azione psicoattiva, inclusi nella Tabella dei medicinali allegata al Testo Unico d.P.R. n. 309/90 e dei sequestri di droga effettuati nell'ambito dell'Art. 73 del T.U. n. 309/90.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione giovanile e studentesca.

Stakeholder

Forze di Polizia; Ministero della Salute; Ordini delle professioni sanitarie.

LS2 - OB5- P28

A63

Presidiare i luoghi di aggregazione dei giovani con azioni di prevenzione del reato di spaccio

Descrizione

L'attività di polizia è volta alla prevenzione del reato (prima che possa essere commesso) e di repressione delle condotte criminali (una volta che lo stesso è stato commesso).

In questa azione sono ricomprese le attività e le iniziative di polizia tese ad impedire e dissuadere le attività di spaccio nei luoghi di aggregazione giovanile, secondo la strategia e la declinazione operativa che sarà decisa dagli organi competenti nelle sedi deputate alla gestione dell'ordine e della sicurezza pubblica.

Sulla base delle indicazioni provenienti dagli esperti, gli interventi potranno essere sostenuti e integrati attraverso la collaborazione con gli operatori della prevenzione in modo da valorizzare eventuali sinergie.

Risultati attesi

Riduzione delle attività di spaccio e di consumo delle sostanze stupefacenti nei luoghi di aggregazione giovanile.

Indicatori di risultato

Decremento percentuale rispetto alla media decennale del numero dei reati e delle denunce all'Autorità Giudiziaria per l'Art. 73 del T.U. n. 309/90 con particolare riferimento alla fattispecie di "lieve entità", nel cui ambito si colloca il fenomeno dello spaccio "al minuto" delle sostanze stupefacenti.

Risorse

L'azione necessita di risorse aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione giovanile nei contesti di aggregazione, quali ad esempio, la scuola, gli impianti sportivi, i luoghi del divertimento.

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità responsabili della gestione e del mantenimento dell'ordine pubblico; Istituzioni scolastiche; Amministrazioni locali; Operatori della prevenzione sia del Servizio Pubblico che del Privato Sociale.



LS2 - OB5- P28

A64

Creare una rete di laboratori pubblici, accreditati, capillarmente presente sul territorio, per effettuare, in concorso con i laboratori centrali e territoriali della Polizia Scientifica della Polizia di Stato e i laboratori dei Reparti Investigazioni Scientifiche dell'Arma dei Carabinieri, gli esami tossicologici sui reperti sequestrati ex Art. 75 del T.U. 309/90

Descrizione

Con tale azione si intende risolvere l'annoso problema dello svolgimento delle analisi di secondo livello sui reperti sequestrati nell'ambito del procedimento amministrativo ex Art. 75 del DPR n. 309/90 e ridurre i tempi di svolgimento di tali accertamenti. I laboratori interessati potranno aderire alla rete sulla base di stringenti criteri di accreditamento (da individuare con il concorso del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)), al fine di standardizzare le procedure analitiche (utilizzo di particolari strumentazioni diagnostiche, prescrizioni nella catena di custodia dei reperti, tempi di svolgimento, reperibilità ecc.). Gli esiti delle analisi tossicologiche potrebbero essere valorizzati nell'ambito del Sistema di Allerta, tenuto conto che gli accertamenti sono svolti sui campioni di droga circolanti nel mercato clandestino nella composizione destinata al consumo.

Risultati attesi

Deflazionamento del carico di lavoro e dei costi che gravano, oggi, pressoché esclusivamente, sui laboratori delle Forze di Polizia; Riduzione dei tempi di svolgimento degli esami e, conseguentemente, dei tempi per la convocazione e lo svolgimento del colloquio davanti all'autorità prefettizia, evitando, in tal modo, che la dilatazione delle fasi del procedimento incida negativamente sulla sua efficacia, sia in termini sanzionatori che di prevenzione delle recidive nell'uso degli stupefacenti; Valorizzazione degli esiti delle analisi tossicologiche, la peculiarità delle quali è quella di essere svolte su campioni di droga circolanti sul mercato clandestino nella composizione destinata al consumo. Uno stretto raccordo operativo tra la rete dei laboratori pubblici aderenti all'iniziativa e il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), sortirebbe l'effetto di alimentare un costante flusso informativo e di accrescere le possibilità di individuare precocemente nuovi fenomeni di consumo ovvero sostanze stupefacenti nuove e potenzialmente ancor più nocive per la salute pubblica.

Indicatori di risultato

Incremento del numero di analisi di secondo livello su campioni di droga sequestrati ex Art. 75 del DPR n. 309/90, riduzione dei tempi di svolgimento delle analisi e dei colloqui innanzi all'Autorità prefettizia nell'ambito del procedimento amministrativo, presenza capillare sul territorio delle strutture abilitate agli accertamenti; Numero di informative dirette verso lo SNAP in relazione all'individuazione di nuovi fenomeni di consumo ovvero sostanze stupefacenti nuove e potenzialmente pericolose per la salute pubblica.

Risorse

L'azione necessita di risorse aggiuntive finalizzate a sostenere la costituzione della rete e il costo degli accertamenti analitici.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia incaricate dello svolgimento degli esami; Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP); Nuclei Operativi Tossicodipendenze e, più in generale, consumatori/assuntori nei cui confronti è attivata la procedura amministrativa di cui all'Art. 75 del T.U. n. 309/90.

Stakeholder

Forze di Polizia; Dipartimento per le Politiche Antidroga; Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP); Laboratori pubblici per l'analisi delle sostanze stupefacenti; Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT).



LS2 - OB5 - P28

A65

Promuovere e sostenere iniziative di prevenzione e contrasto allo spaccio di stupefacenti in prossimità dei plessi scolastici

Descrizione

La misura è volta a promuovere e sostenere iniziative di prevenzione e di contrasto del reato di spaccio di sostanze stupefacenti all'interno e in prossimità degli Istituti scolastici di ogni ordine e grado.

Risultati attesi

Riduzione delle attività di spaccio e di consumo delle sostanze stupefacenti all'interno e in prossimità degli Istituti scolastici.

Indicatori di risultato

Decremento percentuale rispetto alla media decennale del numero dei reati e delle denunce all'Autorità Giudiziaria per l'Art. 73 del T.U. n. 309/90 con particolare riferimento alla fattispecie di "lieve entità", nei confronti della popolazione studentesca; Riduzione degli indici di consumo riferiti alla popolazione studentesca.

Risorse

L'azione necessita di risorse aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione studentesca frequentatrice degli Istituti scolastici.

Stakeholder

Forze di Polizia; Autorità scolastiche.

P29

RENDERE PIÙ EFFICACE
IL MONITORAGGIO DEI CANALI
DIGITALI UTILIZZATI PER LA
DISTRIBUZIONE DELLE SOSTANZE
STUPEFACENTI E AUMENTARE, IN
STRETTA COLLABORAZIONE CON IL
SETTORE PRIVATO, I SEQUESTRI DI
SOSTANZE ILLECITE INTRODOTTE
CLANDESTINAMENTE ATTRAVERSO
TALI CANALI



LS2 - OB5– P29

A66

Contrastare i canali digitali utilizzati per la diffusione delle droghe illecite attraverso il potenziamento delle attività di contrasto nella rete e sulle piattaforme informatiche, sia nell'*open web* sia nel *dark web*

Descrizione

Ormai da qualche anno, a fianco delle tradizionali rotte d'importazione degli stupefacenti nel territorio nazionale (terrestri, aeree e marittime), si assiste ad una crescente offerta di sostanze stupefacenti e di nuovi preparati sintetici ad azione psicoattiva (le cosiddette "Nuove Sostanze Psicoattive" – NPS) sulle reti *internet*. Questo fiorente mercato "parallelo", che va costantemente incrementando i propri volumi di scambi e l'entità dei profitti assicurati ai responsabili delle illecite transazioni, utilizza sistemi di ordini on line, strumenti di pagamento elettronico e siti telematici allocati in territorio estero. La commercializzazione illegale delle droghe nelle reti elettroniche, per le sue intrinseche caratteristiche, rappresenta una modalità di diffusione delle sostanze stupefacenti particolarmente insidiosa e difficile da contrastare, soprattutto quando trova collocazione nelle reti *darknet* e *deepnet*, le c.d. "aree oscure" del *web*, in grado di celare inaccessibilmente l'identità degli utenti e di rendere assai complessa l'attività di intercettazione e ricostruzione delle connessioni. La possibilità di acquistare droga e altre sostanze psicoattive nel territorio "virtuale" riverbera i suoi effetti sulla disponibilità dello stupefacente nelle piazze di consumo, soprattutto dei grandi centri urbani, dove tali sostanze sono utilizzate o ulteriormente cedute in un progressivo fenomeno di parcellizzazione che interessa principalmente scuole, palestre, sale giochi, discoteche e altri luoghi di aggregazione giovanile.

Risultati attesi

Implementazione del flusso di dati sul fenomeno e di elementi investigativi di riscontro nonché un incremento dei sequestri, delle denunce e delle operazioni antidroga finalizzate al contrasto dell'offerta e della cessione di sostanze stupefacenti nella rete e sulle piattaforme informatiche.

Indicatori di risultato

Incremento percentuale rispetto alla media decennale del numero dei reati, delle denunce all'Autorità Giudiziaria e delle operazioni antidroga effettuate nel cd "territorio virtuale" per contrastare l'offerta e la vendita di stupefacenti attraverso le piattaforme informatiche; Numero di siti *web*, su cui si commercializzano le sostanze stupefacenti, sottoposti alle procedure di oscuramento.

Risorse

L'azione necessita di risorse aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione generale; Popolazione giovanile.

Stakeholder

Forze di Polizia; Fornitori di connettività alla rete *Internet*.

LS2 - OB5– P29

A67

Monitorare *web* e *darkweb* per il contrasto di fenomeni di diffusione e commercializzazione delle Nuove Sostanze Psicoattive al fine di prevenire situazioni potenzialmente di rischio per la salute e la sicurezza pubblica

Descrizione

Con la locuzione Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) ci si riferisce a taluni gruppi molto ampi di molecole, principalmente di natura sintetica, caratterizzate da proprietà farmacologiche e tossicologiche estremamente insidiose per la salute dei consumatori. Questi prodotti, secondo le indicazioni della tossicologia forense, appartengono a particolari gruppi strutturali (cosiddetti cannabinoidi sintetici, catinoni sintetici, derivati della piperazina e, soprattutto, della fenetilamina), nel cui ambito si differenziano per accorte modifiche molecolari in grado di conferire a questi analoghi di struttura una connotazione di completa autonomia, sia sotto il profilo chimico-tossicologico che legale. Attraverso un'insidiosa manipolazione delle strutture chimiche di base di psicotropi già sottoposti a vigilanza, vengono prodotte nuove molecole con l'obiettivo di immettere sul mercato clandestino sostanze sottratte ai controlli, perché non ricomprese nelle Tabelle internazionali. La loro proliferazione e le modalità di commercializzazione hanno tratti molto simili a quelli delle droghe sintetiche: le transazioni avvengono sia nell'*open web*, la rete cioè accessibile attraverso le connessioni in chiaro, dove sono attivi numerosi siti *web* dediti a tali illecite attività, sia nella c.d. "*darknet*", cioè nella parte "oscura" della rete, alla quale si accede attraverso più complessi sistemi di connessione anonima e criptata in uso a soggetti con profili criminali che richiedono capacità e conoscenze più approfondite. Le transazioni si concludono previo pagamento con carta di credito o attraverso la moneta elettronica denominata *bitcoin* (quest'ultima è utilizzata soprattutto nelle transazioni più complesse effettuate nella *darknet*).

Risultati attesi

Implementazione del flusso di dati sul fenomeno e di elementi investigativi di riscontro; Incremento dei sequestri, delle denunce e delle operazioni antidroga finalizzate al contrasto dell'offerta e della cessione di sostanze stupefacenti nella rete e sulle piattaforme informatiche.

Indicatori di risultato

Numero di siti *web*, su cui si commercializzano le NPS, individuati e sottoposti alle procedure di oscuramento; Numero di segnalazioni dirette al Sistema di Allerta Precoce relativamente all'individuazione di nuove molecole ad azione psicoattiva in circolazione sul mercato clandestino; Numero di Nuove Sostanze Psicoattive sottoposte a tabellazione nell'ordinamento nazionale.

Risorse

L'azione necessita di risorse aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione generale; Popolazione giovanile.

Stakeholder

Forze di Polizia; Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA); Ministero della Salute; Fornitori di connettività alla rete *Internet*; Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP).



LS2 - OB5– P29

A68

Intensificare la cooperazione tra le unità specializzate nazionali e dei collaterali dei Paesi UE e terzi, favorendo lo scambio di *best practices*

Descrizione

La minaccia globale della droga rappresenta una sfida comune che deve essere affrontata in modo condiviso e in un contesto multilaterale, attraverso un approccio globale, multidisciplinare, bilanciato e basato sull'evidenza scientifica, con il fine ultimo di promuovere la tutela delle comunità, delle famiglie, dei giovani e della società nel suo complesso. Il narcotraffico costituisce un crimine transnazionale, di rilevanza globale, rispetto al quale nessun Paese può considerarsi preservato; per contrastare sempre con maggiore efficacia tale minaccia è indispensabile unire le forze, sostenere lo sviluppo di indagini internazionali, scambiare e condividere le informazioni, per valorizzare gli sforzi investigativi e informativi di ciascuno Stato e consolidare ulteriormente la qualità delle informazioni disponibili. Inoltre, è necessario incrementare la collaborazione operativa tra le strutture di polizia dei Paesi di produzione, di transito e di consumo degli stupefacenti, onde pervenire all'esercizio di sempre più allargate e proficue sinergie, sia nell'analisi dei fenomeni che *d'intelligence*, idonee a sviluppare strategie preventive e repressive corali e condivise, promuovendo, altresì l'impiego di strumenti come gli accordi bilaterali e multilaterali, i protocolli d'intesa, i memorandum operativi e le procedure informali. Un'adeguata cooperazione tra unità specializzate richiede la realizzazione di procedure operative condivise e partecipate, volte ad aumentare la coordinazione tra le Forze di Polizia, promuovendo, ove possibile, il supporto tecnologico, la realizzazione e l'impiego di buone prassi basate sull'esperienza investigativa e sull'*expertise*, a favore degli Stati maggiormente impegnati nell'azione di contrasto del narcotraffico.

Risultati attesi

L'azione tende a realizzare forme sempre più efficaci di cooperazione di polizia tra le unità specializzate nazionali e dei collaterali dei Paesi UE e terzi, volte a migliorare la quantità e la qualità delle informazioni disponibili, a sostenere ulteriormente le indagini attivate dalle agenzie di *law enforcement* e a promuovere la sottoscrizione di accordi bilaterali e multilaterali, protocolli d'intesa, memorandum operativi, l'adozione di procedure operative condivise e partecipate, che prevedano l'impiego del supporto tecnologico nonché la realizzazione e l'utilizzo di buone prassi basate sull'esperienza investigativa e sull'*expertise*.

Indicatori di risultato

Numero di attività investigative congiunte con Paesi di produzione o transito degli stupefacenti; Numero di operazioni speciali internazionali (consegne controllate e attività sotto copertura); Numero di Squadre Investigative Comuni; Numero di Accordi, Intese tecniche; Memorandum Operativi sottoscritti in ambito bilaterale.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

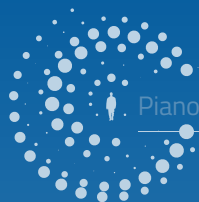
Tempi di vigenza del Piano.

Target

Unità specializzate delle Forze di Polizia impegnate nell'azione di contrasto del traffico internazionale di sostanze stupefacenti.

Stakeholder

Forze di Polizia; Collaterali delle Forze di Polizia estere in Italia; Rete nazionale degli Esperti per la Sicurezza; Agenzie internazionali; Agenzie di *law enforcement*.



P30

FORMAZIONE,
SPECIALIZZAZIONE E
AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI
DI POLIZIA NEL SETTORE DEL
CONTRASTO DEL NARCOTRAFFICO

LS2 - OB5- P30

A69

Prevedere corsi di formazione in materia di criptovalute, *cyber investigation*, laboratori clandestini, antiriciclaggio, operazioni speciali, droghe sintetiche e Nuove Sostanze Psicoattive, individuando la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga come *hub* formativo

Descrizione

È importante adottare un approccio targettizzato e specializzato nella formazione delle Forze di Polizia impiegate nel settore della lotta al narcotraffico: la formazione deve essere non solo aggiornata ma anche specialistica, perché i contesti di traffico e spaccio sono molto diversi tra loro e richiedono un approccio olistico e connotato da un elevato livello di preparazione.

Risultati attesi

Formazione di operatori di polizia specializzati nel settore della lotta al narcotraffico.

Indicatori di risultato

Numero degli operatori di polizia formati.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia.

Stakeholder

Forze di Polizia; Poli di formazione pubblici e privati.



LS2 - OB5- P30

A70

Promuovere la formazione degli operatori di polizia che svolgono attività di informazione e prevenzione in ambiente scolastico nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità attraverso lo svolgimento di corsi centralizzati, che prevedono l'intervento didattico di esperti quali operatori dei Ser.D, psicologi, comunicatori provenienti dal mondo della prevenzione, tossicologi ecc.

Descrizione

Sempre più frequentemente gli operatori di polizia sono chiamati a svolgere attività di informazione e prevenzione dell'uso delle sostanze stupefacenti in contesti scolastici a beneficio della popolazione giovanile, degli insegnanti e dei genitori.

Per svolgere efficacemente tali attività è necessario che gli operatori di polizia siano in possesso di conoscenze adeguate e aggiornate in tema di droghe e degli strumenti comunicativi per raggiungere la più ampia platea di discenti. La misura intende promuovere lo svolgimento, a cura della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), di corsi di formazione diretti al personale delle Forze di Polizia che opera sul territorio nazionale, così da costituire un nucleo di operatori formati da destinare a tale incarico in caso di attivazione da parte delle Autorità scolastiche. Sarà messo a disposizione di tale personale anche materiale didattico e informativo appositamente predisposto per le esigenze di consultazione dei ragazzi, dei loro genitori e degli insegnanti.

Per garantire una formazione multidisciplinare, non solo dal punto di vista delle conseguenze legali connesse all'uso delle droghe ma anche sulle conseguenze e sui danni alla salute e alla società, parteciperanno al processo di formazione degli operatori di polizia oltre ad esperti di comunicazione, anche psicologi, tossicologi e altre figure provenienti dal mondo sanitario e della prevenzione, quali operatori di Ser.D e di comunità nonché esperti di settore.

Risultati attesi

Formazione di operatori di polizia provenienti dal territorio nelle attività di informazione e prevenzione nell'uso di droghe in contesti scolastici.

Indicatori di risultato

Numero degli operatori formati.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere l'organizzazione e lo svolgimento delle attività didattiche e formative degli operatori di polizia.

Tempistiche

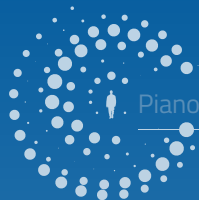
Tempi di vigenza del Piano.

Target

Personale di polizia; Popolazione studentesca; Genitori; Docenti.

Stakeholder

Forze di Polizia; Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA); Esperti di comunicazione; Operatori Sanitari e del Privato Sociale; Tossicologi forensi.



P31

RAFFORZAMENTO
DELLA COOPERAZIONE DELLE FORZE
DELL'ORDINE A LIVELLO NAZIONALE E
INTERNAZIONALE PER POTENZIARE IL
CONTRASTO AL NARCOTRAFFICO

LS2 - OB5- P31

A71

Promuovere la cooperazione internazionale di polizia sul piano bilaterale e multilaterale

Descrizione

L'auspicato consolidamento della cooperazione di polizia deriva dall'esigenza di porre in essere attività congiunte di carattere preventivo e repressivo nella lotta contro le forme più gravi di criminalità legata al traffico transnazionale di sostanze stupefacenti, tenendo conto della facilità con cui nell'epoca attuale avvengono gli spostamenti di persone, merci e capitali nonché della facilità con cui le droghe possono essere reperite anche attraverso la rete.

Si ritiene, quale uno dei fattori essenziali per un'efficace cooperazione, il criterio con cui vengono trattate le informazioni condivise tra gli Stati membri, Paesi terzi e altri *partner*. Infatti, attraverso una gestione integrata dei dati sarebbe possibile rendere più celere l'identificazione di eventuali nessi o collegamenti tra le indagini, le tendenze ed i modelli emergenti delle organizzazioni criminali migliorando così la capacità di sostegno all'attività investigativa internazionale.

Risultati attesi

Promozione e rafforzamento dell'assistenza tecnica e della cooperazione con gli altri Stati membri, con Paesi terzi, nonché con i pertinenti organismi internazionali; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni e di *intelligence* sulla attività di contrasto al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di esperienze e buone pratiche in materia di formazione e specializzazione del personale appartenente alle Forze di Polizia deputato alla lotta al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di buone pratiche ed esperienze investigative di successo con gli altri Stati membri e con i Paesi terzi. Incremento delle cosiddette operazioni speciali (consegne controllate internazionali e attività sotto copertura); Partecipazione a eventi bilaterali/multilaterali e a programmi internazionali per il rafforzamento della cooperazione di polizia nella lotta al narcotraffico; Creazione e sviluppo di Unità specializzate per le attività di *intelligence* transnazionale; Definizione di efficaci forme di cooperazione nella lotta contro il traffico illecito marittimo e aereo con i Paesi produttori, di partenza e di transito delle sostanze stupefacenti e dei precursori.

Indicatori di risultato

Flusso delle informazioni di polizia relative al narcotraffico con gli Stati membri, Paesi terzi e altri *partner*; Numero delle consegne controllate internazionali e delle attività sotto copertura effettuate con gli Stati membri, Paesi terzi e altri *partner*; Numero di operatori di polizia nazionali ed esteri formati.



Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia

Stakeholder

Forze di Polizia; Agenzie internazionali e collaterali stranieri.

LS2 - OB5- P31

A72

Promuovere la stipula di appositi accordi intergovernativi e Memorandum Operativi Antidroga (MOA) tecnici con le competenti Autorità dei Paesi maggiormente interessati dalle "rotte" degli stupefacenti, finalizzati ad accrescere la cooperazione di polizia e lo svolgimento di iniziative investigative congiunte contro il traffico di droga, anche ricorrendo alle cosiddette operazioni speciali (attività *undercover* e consegne controllate internazionali)

Descrizione

Con questo obiettivo, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, per il tramite della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), promuove, ormai da alcuni anni, la stipula di appositi memorandum operativi con le competenti Autorità dei Paesi produttori, transito e stoccaggio della sostanza stupefacente. Tali accordi, previ impegni tra le parti a fornirsi reciproco supporto tecnico-logistico, favoriscono, sulla base di *standard* predefiniti, la cooperazione di polizia con le Polizie estere. Consentono di pianificare operazioni *undercover* e consegne controllate transnazionali, al fine di acquisire elementi di prova utilizzabili nella fase processuale. I negoziati per la sottoscrizione dei cosiddetti Memorandum Operativi Antidroga (MOA) tecnici, incentrati sulla promozione di indagini nel settore antidroga, riguardano anche la materia dei precursori.

Risultati attesi

Promozione e rafforzamento dell'assistenza tecnica e della cooperazione con gli altri Stati; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni e di *intelligence* sull'attività di contrasto al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di esperienze e buone pratiche in materia di formazione e specializzazione del personale appartenente alle FF.PP deputato alla lotta al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di buone pratiche ed esperienze investigative di successo con gli altri Stati membri e con i Paesi terzi; Partecipazione a eventi bilaterali per il rafforzamento della cooperazione di polizia nella lotta al narcotraffico; Creazione di un rapporto fiduciario con un numero crescente di collaterali/Istituzioni estere in funzione del raggiungimento di obiettivi comuni; Promozione di squadre investigative congiunte; Promozione di operazioni speciali su base transnazionale.

Indicatori di risultato

Numero di Memorandum Operativi Antidroga in negoziazione e/o sottoscritti.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia.

Stakeholder

Forze di Polizia.



LS2 - OB5- P31

A73

Potenziare, nel rispetto delle procedure previste e delle competenze delle Amministrazioni interessate, la rete degli Esperti per la Sicurezza di estrazione antidroga, ai sensi dell'Art. 11 del Testo Unico 309/90, prevedendo unità aggiuntive da dislocare nei luoghi emergenti di produzione, transito e stoccaggio della droga

Descrizione

La rete degli Esperti per la Sicurezza in forza alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA)- che rientra nell'ambito del più ampio *network* di Esperti del Dipartimento della Pubblica Sicurezza- rappresenta uno degli elementi che caratterizzano l'azione di contrasto alle grandi organizzazioni criminali operanti su scala transnazionale; garantisce una maggiore capacità di relazione e cooperazione con le Forze di Polizia dei diversi Stati interessati dal fenomeno del narcotraffico quale fondamentale fattore di efficacia dell'azione repressiva nonché di quella preventiva attraverso lo scambio di informazioni di polizia con i Paesi di accredito. Questo *network* di "contatti privilegiati" è un valore aggiunto per la cooperazione internazionale di polizia nel settore antidroga, nella quale la DCSA profonde costantemente le proprie energie, anche al fine individuare "*best practices*" investigative e "linee di azione" più efficaci. La misura intende promuovere, al netto di una necessaria modifica normativa nonché nel rispetto delle procedure previste e sotto l'egida del Comitato di Programmazione Strategica per la Cooperazione Internazionale di Polizia (Co.P.S.C.I.P.), un incremento del numero di Esperti di estrazione antidroga che attualmente, sulla base del dettato normativo, consta di 20 unità.

Risultati attesi

Rafforzamento del *network* degli Esperti per la Sicurezza in termini di *intelligence* antidroga; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni e di *intelligence* sulla attività di contrasto al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di buone pratiche ed esperienze investigative di successo (consegne controllate internazionali ed attività sotto copertura); Definizione di efficaci forme di cooperazione nella lotta contro il traffico illecito marittimo e aereo con i Paesi produttori di partenza e transito delle sostanze stupefacenti e precursori.

Indicatori di risultato

Numero di esperti per la Sicurezza di estrazione antidroga ai sensi dell'Art. 11 del Testo Unico n. 309/1990.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere i costi delle ulteriori posizioni di Esperto per la Sicurezza.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Rete nazionale degli Esperti per la Sicurezza del Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Stakeholder

Forze di Polizia; Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

LS2 - OB5- P31

A74

Implementare i *network* degli *attaché*

Descrizione

Il rafforzamento del *network*, sia in termini quantitativi che qualitativi, appare di estrema importanza per un efficace e sempre più qualificato scambio di informazioni in materia di narcotraffico. In tal senso è necessario attivare le opportune iniziative per favorire un incremento della presenza in Italia di ufficiali di collegamento dei collaterali maggiormente interessati dal fenomeno del narcotraffico.

Risultati attesi

Creazione di un rapporto fiduciario con un numero crescente di collaterali/Istituzioni estere in funzione del raggiungimento di obiettivi comuni; Promozione e rafforzamento dell'assistenza tecnica e della cooperazione con gli altri Stati membri, con Paesi terzi, nonché con i pertinenti organismi internazionali; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni e di *intelligence* sull'attività di contrasto al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di buone pratiche ed esperienze investigative di successo con gli altri Stati membri e con i Paesi terzi; Partecipazione a eventi bilaterali/multilaterali e a programmi internazionali per il rafforzamento della cooperazione di polizia nella lotta al narcotraffico.

Indicatori di risultato

Numero di ufficiali di collegamento esteri con funzioni antidroga presenti sul territorio nazionale.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia; Rete degli Esperti per la sicurezza e Ufficiali di collegamento esteri presenti in Italia.

Stakeholder

Forze di Polizia e Paesi esteri con Ufficiali di collegamento presenti in Italia.



LS2 - OB5 - P31

A75

Promuovere la comunicazione attraverso i canali esistenti (Europol, Interpol, Ufficiali di Collegamento)

Descrizione

Ai fini di una più adeguata lotta al narcotraffico appare necessario rendere efficace e tempestivo lo scambio di informazioni tra le agenzie di *law enforcement*, sia nella fase di azione preventiva che in quella repressiva delle attività antidroga di rilievo transnazionale.

È necessario incentivare il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Piano d'Azione attraverso la promozione di tali relazioni prendendo coscienza dei vantaggi che scaturiscono da un dialogo strategico e costante in materia di droga.

Risultati attesi

Promozione e rafforzamento dell'assistenza tecnica e della cooperazione con gli altri Stati membri, con Paesi terzi, nonché con i pertinenti organismi internazionali; Promozione e rafforzamento dello scambio di informazioni e di *intelligence* sull'attività di contrasto al narcotraffico; Promozione e rafforzamento dello scambio di buone pratiche ed esperienze investigative di successo con gli altri Stati membri e con i Paesi terzi.

Indicatori di risultato

Numero di scambi informativi attraverso i canali di cooperazione di polizia.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Forze di Polizia; Esperti della Sicurezza; Ufficiali di collegamento ed Agenzie internazionali.

Stakeholder

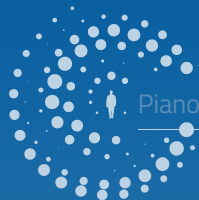
Forze di Polizia; Agenzie internazionali e collaterali stranieri.

OBIETTIVO STRATEGICO 6

Risposte efficaci alle tendenze emergenti
connesse alle droghe illecite

P32 Sviluppare la prevenzione, in particolare tra i giovani, per impedire che siano coinvolti nel consumo e nel traffico di droghe

P33 Identificare precocemente l'uso di nuove sostanze



P32

SVILUPPARE LA
PREVENZIONE, IN PARTICOLARE TRA
I GIOVANI, PER IMPEDIRE CHE SIANO
COINVOLTI NEL CONSUMO E NEL
TRAFFICO DI DROGHE

LS2 - OB6 - P32

A76

Monitorare i luoghi di aggregazione giovanile allo scopo di rilevare situazioni territoriali di maggiore disagio al fine di progettare azioni di prevenzione adeguate

Descrizione

Il monitoraggio dei luoghi di aggregazione giovanile con azioni sinergiche e combinate tra Forze di Polizia è alla base dell'attività di prevenzione del reato di spaccio.

Risultati attesi

Conoscenza di situazioni territoriali nelle quali si renderà necessario attuare forme di prevenzione del reato di spaccio.

Indicatori di risultato

Numero di interventi finalizzati alla prevenzione del reato di spaccio in contesti di aggregazione giovanile.

Risorse

L'azione non necessita di ulteriori risorse finanziarie rispetto agli ordinari stanziamenti di bilancio.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione giovanile nei contesti di aggregazione.

Stakeholder

Forze di Polizia.



LS2 - OB6 - P32

A77

Promuovere l'attivazione e lo svolgimento di nuove campagne di informazione all'interno degli Istituti di istruzione in cui l'azione del personale delle Forze di Polizia avvenga nell'ambito di programmi integrati in sinergia con i Ser.D, le reti territoriali e i Piani dell'Offerta Formativa, secondo metodi di provata efficacia scientifica

Descrizione

Tra i fenomeni sociali che destano particolare allarme, vi è quello connesso al coinvolgimento di minorenni nelle operazioni di cessione e consumo di droghe. Il dato sulla diffusione delle sostanze stupefacenti tra la popolazione giovanile, sia in relazione agli episodi di spaccio che con riferimento al consumo di diversificate sostanze stupefacenti delinea uno scenario operativo di sicuro interesse. Per contrastare il consumo e la diffusione di droghe nella popolazione giovanile l'attività di prevenzione e di informazione in ambiente scolastico rappresenta, quindi, un efficace strumento e presidio. Lo sviluppo della prevenzione deve essere diretto alla sensibilizzazione dei giovani sull'antigiuridicità del proprio comportamento allorquando decidono di operare come spacciatori nei confronti dei coetanei. Analogamente l'informazione circa i danni sociali e alla salute correlati all'uso delle droghe costituisce un ulteriore fattore protettivo e deterrente rispetto alla circolazione delle sostanze stupefacenti.

Risultati attesi

Riduzione del consumo delle sostanze stupefacenti e dei fenomeni di spaccio all'interno dei plessi scolastici attraverso lo svolgimento di campagne di informazione, in collaborazione con i Ser.D, le reti territoriali e in linea con i Piani di Offerta Formativa.

Indicatori di risultato

Numero di interventi informativi e di prevenzione effettuati all'interno degli Istituti scolastici e riduzione del numero delle denunce all'Autorità Giudiziaria riguardanti attività di spaccio perpetrate da minori all'interno dei predetti Istituti.

Risorse

L'azione necessita di risorse finanziarie aggiuntive finalizzate a sostenere gli interventi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Popolazione studentesca.

Stakeholder

Forze di Polizia, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA), Ministero dell'Istruzione, Autorità scolastiche, Ser.D e reti territoriali.

LS2 - OB6 - P32

A78

Potenziare la condivisione e disseminazione delle informazioni prodotte all'interno della rete REITOX attraverso un gruppo di coordinamento interistituzionale presso il Dipartimento Politiche Antidroga

Descrizione

REITOX, la Rete europea di informazione sulle droghe e le tossicodipendenze, comprende gli osservatori nazionali delle droghe o *Focal Point*, presenti nei 27 Stati membri dell'UE, nei Paesi candidati all'adesione all'UE, in Norvegia e presso la Commissione Europea. Questi organismi costituiscono la principale interfaccia informativa tra *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e gli Stati membri. Questi ultimi forniscono all'Osservatorio la base nazionale delle informazioni sulle droghe per un'analisi a livello di Unione Europea.

Il *Focal Point* italiano, che è parte integrante dell'Ufficio tecnico-scientifico del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), svolge le seguenti attività:

realizzazione delle tabelle *standard* europee

- inserimento dei dati nei database europei
- produzione dei *workbook* su tematiche prefissate dall'Osservatorio europeo
- contributo al funzionamento del Sistema di allerta europeo
- risposta alle richieste che arrivano con cadenza quasi settimanale dall'Osservatorio europeo sulle sostanze stupefacenti e su specifici adempimenti
- traduzione di tutte le informazioni in lingua inglese

Riscontrandosi, a livello nazionale, una non sufficiente conoscenza delle informazioni prodotte e gestite dal Dipartimento Politiche Antidroga nel suo ruolo di *Focal Point* si propone di potenziare le attività di disseminazione presso tutti gli *stakeholder* potenzialmente interessati, in un'ottica di coordinamento interistituzionale sulle attività di prevenzione condivise a livello europeo che coinvolga attivamente anche il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), le Regioni e le Province Autonome.

Risultati attesi

Istituzione di un Tavolo di Lavoro interistituzionale permanente presso il DPA; Potenziamento delle attività di disseminazione delle informazioni prodotte all'interno della rete REITOX presso tutti i potenziali *stakeholder*.

Indicatori di risultato

Numero di incontri per anno del Tavolo; Numero di invii del materiale informativo agli enti interessati; Numero di iniziative pubbliche per ogni anno di attività.



Risorse

Isorisorse

Tempistiche

12 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Reti e organizzazioni degli Enti del Terzo Settore; Società Scientifiche; Università ed Enti di Ricerca; Personale scolastico.

Stakeholder

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); Rete REITOX; Istituto Superiore di Sanità (ISS); Ministero della Salute.

P33

IDENTIFICARE
PRECOCEMENTE L'USO DI
NUOVE SOSTANZE



LS2 - OB6 - P33

A79

Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Descrizione

Il ruolo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) nell'intercettare precocemente le nuove sostanze stupefacenti e le nuove modalità di consumo è strategico sia per le azioni di prevenzione che in relazione al contrasto. Sono state altresì riscontrate alcune criticità che necessitano di risposte puntuali.

È necessario aumentare il numero di segnalazioni provenienti dal territorio anche attraverso l'incremento delle attività di analisi dei Pronto Soccorso già descritta in A224 e il potenziamento del rapporto con i Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) delle prefetture descritto in A222.

Occorre individuare delle modalità per ridurre i tempi che intercorrono tra l'individuazione del fenomeno a livello territoriale e la segnalazione al Sistema cercando di semplificare le procedure di segnalazione che avvengono nell'ambito dei procedimenti penali.

Sarebbe auspicabile superare i limiti normativi che, impedendo la cessione delle sostanze, limitano lo sviluppo delle attività di *Drug Checking*.

Risultati attesi

Incremento delle attività di analisi dei Pronto Soccorso; Riduzione dei tempi di segnalazione allo SNAP; Semplificazione delle modalità di segnalazione nel caso di procedimenti penali; Superamento dei limiti normativi imposti al *Drug Checking*.

Indicatori di risultato

Numero su base nazionale delle strutture che aderiscono allo SNAP; Numero su base nazionale delle strutture che aderiscono allo SNAP e attuano sistemi di segnalazione allo SNAP; Riduzione dei tempi di segnalazione nell'ambito dei procedimenti penali; Incremento percentuale di Strutture Ospedaliere per ogni Regione e Provincia Autonoma che attuano un sistema per la segnalazione allo SNAP (A224); Incremento percentuale delle segnalazioni allo SNAP provenienti dai Pronti Soccorso (A224); Incremento percentuale delle segnalazioni allo SNAP che provengono dai NOT (A222).

Risorse

Ministero della Salute, Dipartimento Politiche Antidroga (DPA).

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Medici di Medicina Generale (MMG); Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Aziende Ospedaliere; Ministero dell'Interno (Prefetture/NOT, Forze di Polizia e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA)), Ministero della Giustizia (Procure), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (Rete REITOX).

LS2 - OB6-- P33

A80

Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce

Descrizione

Il Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) è interlocutore fondamentale nello studio delle caratteristiche dei soggetti che consumano sostanze. (Violazione Art. 75 L 309/90).

I dati raccolti, sia relativi ai soggetti segnalati sia relativi alla sostanza di segnalazione, sono rilevanti da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo e di particolare interesse se confrontati con quelli delle indagini campionarie e con quelli relativi all'utenza che afferisce ai Ser.D.

Il NOT rappresenta anche un importante canale per entrare in contatto con una fascia di consumatori di sostanze altrimenti sommersa e sfuggente: utilizzatori di derivati della cannabis, di cosiddette "nuove droghe", di cocaina, poliassuntori, ovvero quei consumatori, spesso apparentemente non problematici, nei confronti dei quali è possibile ed utile ipotizzare azioni di prevenzione.

Grazie alla casualità caratteristica del meccanismo della segnalazione, il dispositivo di legge "segnalazione-colloquio-provvedimento" previsto dall'Art. 75 permette di entrare in contatto con una tipologia di consumatori diversificata: dal giovane sperimentatore, consumatore occasionale al consumatore dipendente.

Riscontrando, a livello nazionale, una non sufficiente capacità strutturale dei NOT a rispondere ai compiti previsti si propone quindi un loro potenziamento nell'ottica di una loro triplice funzione strategica:

- Individuazione di nuove sostanze in raccordo col Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP)
- Intercettazione precoce di utilizzatori in fascia di età giovanile
- Presa in carico integrata con Servizi per le Dipendenze Pubblici e Privati accreditati

Risultati attesi

Potenziamento delle attività dei NOT nelle funzioni di individuazione nuove sostanze, contatto precoce, presa in carico integrata.

Indicatori di risultato

Numero percentuale delle segnalazioni allo SNAP che provengono dai NOT; Numero soggetti presi in carico precocemente; Numero progetti o accordi di collaborazione con sistema dei Servizi per le Dipendenze pubblici e privati per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Risorse

Ministero dell'Interno, Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione - Direzione Centrale per i diritti civili, la cittadinanza e le minoranze (potenziare risorse umane, sia ass. sociali che amministrative), Ministero Interno, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) e Forze di Polizia (risorse finanziarie aggiuntive per lo svolgimento e la valorizzazione degli esiti delle analisi tossicologiche), finanziamenti provenienti dal privato (associazioni, fondazioni), Fondi Europei.



Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Servizi per le Dipendenze ; Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT).

Stakeholder

Ministero dell'Interno; Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA); Sistema Nazionale Allerta Precoce (SNAP); Istituto Superiore di Sanità (ISS); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Scuole.

LS2 - OB6 - P33

A81

Implementare la capacità delle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso, Laboratori) d'individuare eventuali sostanze d'abuso in casi sospetti di agitazione psicomotoria e/o alterazioni del comportamento con cause da identificare

Descrizione

È opinione condivisa, oltre che suffragata da analisi dei flussi nei Pronto Soccorso, che l'accesso di acuzie collegate all'utilizzo di alcol e/o sostanze sia largamente sottostimato, in particolare in alcuni territori.

Spesso la stessa registrazione dell'accesso non trova nelle piattaforme informatiche una strutturazione adeguata alla registrazione dell'utilizzo di sostanza come causa primaria del quadro presentato e i laboratori delle strutture ospedaliere non dispongono di macchinari e reagenti adeguati per la ricerca di sostanze legali e illegali.

Questa situazione influenza negativamente la possibilità delle strutture ospedaliere di partecipare efficacemente alle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), oltre che di poter collaborare efficacemente con i Dipartimenti e le Unità Operative Complesse (UOC) Dipendenze aziendali.

Si riscontra quindi la necessità di procedere, dove possibile, al potenziamento del personale in servizio presso i Pronto Soccorso e i Laboratori di analisi e di rendere maggiormente operativo il sistema del ricorso a laboratori distribuiti sul territorio nazionale che raccolgano le richieste provenienti dalle macro-aree.

Risultati attesi

Potenziamento del personale in servizio presso i Pronto Soccorso e i Laboratori di analisi ospedaliere; Aumento dell'operatività di un sistema di Laboratori di analisi competenti per macro-aree collegati al Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Indicatori di risultato

Numero percentuale di Strutture Ospedaliere per ogni Regione e Provincia Autonoma che attuano un sistema per la segnalazione allo SNAP; Incremento percentuale delle segnalazioni allo SNAP provenienti dai Pronto Soccorso.

Risorse

Ministero della Salute; Regioni e Province Autonome.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Aziende Ospedaliere; Personale sanitario operante nei Pronto Soccorso e nei laboratori; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Operatori Sanitari; Istituto Superiore di Sanità (ISS); Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP); Società Scientifiche; Ordini Professionali; Università ed Enti di Ricerca; Presidi Ospedaliere delle aree interne.

LINEA STRATEGICA 3

Affrontare i danni connessi alle dipendenze

OBIETTIVO STRATEGICO 7

Interventi di Limitazione dei Rischi e Riduzione del Danno per le Persone che Usano Droghe

OBIETTIVO STRATEGICO 8

Interventi di Limitazione dei Rischi e Riduzione del Danno per le Dipendenze comportamentali

OBIETTIVO STRATEGICO 9

Interventi in ambito carcerario e continuità terapeutica

OBIETTIVO STRATEGICO 10

Riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze

OBIETTIVO STRATEGICO 11

Coinvolgimento attivo delle Persone che Usano Droghe nella definizione, implementazione e valutazione dei progetti di intervento di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

OBIETTIVO STRATEGICO 7

Interventi di Limitazione dei Rischi e Riduzione del Danno per le Persone che Usano Droghe

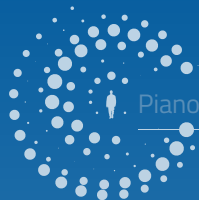
P34 Definizione di interventi uniformi a livello nazionale e per il recepimento delle misure di Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi da parte delle Regioni e Province Autonome

P35 Prevenzione, diagnosi precoce, *linkage to care* per le malattie correlate al consumo di sostanze

P36 Attivazione e potenziamento delle misure di Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi efficaci e sicure nei contesti comunitari lavorativi ludici e all'interno dei Servizi

P37 Sviluppare un sistema omogeneo per la valutazione degli esiti

P38 Aumentare la partecipazione alle reti europee e internazionali



P34

DEFINIZIONE DI
INTERVENTI UNIFORMI A LIVELLO
NAZIONALE E PER IL RECEPIMENTO
DELLE MISURE DI RIDUZIONE DEL
DANNO /LIMITAZIONE DEI RISCHI DA
PARTE DELLE REGIONI E PROVINCE
AUTONOME

LS3 - OB7 - P34

A82

Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

Descrizione

Nonostante la Riduzione del Danno (RdD) sia stata inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) solo due Regioni la hanno implementata effettivamente come LEA Regionale, ponendo un evidente disparità anche formale nell'applicazione della misura. Si pone quindi la necessità non solo di incentivare questo passaggio, istituendo un apposito Tavolo di controllo, ma anche di definire gli *standard* per garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme sul territorio nazionale; si tratta quindi di creare delle Linee Guida per gli interventi di RdD che definiscano le procedure, i limiti e gli *standard* di qualità degli interventi stessi. Le Linee Guida dovranno affrontare anche il tema delle popolazioni *target* (migranti, giovani, detenuti) e del ruolo dei farmaci agonisti e del Naloxone, sulla falsariga delle Linee Guida europee sulla somministrazione dello stesso.

Risultati attesi

Creazione di un Tavolo istituzionale di controllo dell'implementazione della RdD nei LEA; Creazione e aggiornamento di Linee Guida per l'utilizzo dei farmaci agonisti; Presenza in ogni distretto di azioni di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi (LdR).

Indicatori di risultato

Numero di servizi che hanno adottato le Linee Guida; Numero di Servizi per le Dipendenze che attuano interventi di LdR e RdD per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Decisori politici ed amministrativi regionali e locali; Servizi per le Dipendenze; Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Stakeholder

Operatori Sociali; Legislatore; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori Sanitari; Persone che Usano Droghe (PUD); Associazioni delle Persone che Usano Droghe (PUD); Cooperative e Imprese sociali; Terzo Settore; Servizi per le Dipendenze; Regioni e Province Autonome.



LS3 - OB7 - P34

A83

Definire Linee di Indirizzo nazionali per Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e individuare gli *standard* di qualità per il personale e le attività dei servizi e dei progetti

Descrizione

La Riduzione del Danno (RdD) e la Limitazione dei Rischi (LdR) costituiscono uno dei 4 pilastri europei nelle politiche sulla droga ed in Italia, con il DPCM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017, se ne è sancita la introduzione fra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il Piano d'Azione Nazionale Dipendenze (PAND) potrebbe essere un'occasione per il superamento di un'ottica di sperimentaltà in cui questi servizi (alcuni Pubblici ed altri del Privato Sociale convenzionato e non) si sono trovati a operare negli anni a favore di una più articolata definizione ed esplicitazione di come questi LEA dovrebbero essere garantiti uniformemente ed universalmente sul territorio ed i cittadini possono vederne garantita l'erogazione. Nella definizione di tali Linee Guida, al fine di non veder disperso il patrimonio di *best practices* e di professionalità che nel frattempo si è formato, occorrerebbe tenere conto, oltre alla competenza specifica del settore sociosanitario di figure professionali stabilmente impegnate nel settore sociosanitario (quali medici, psicologi, sociologi, infermieri, assistenti sociali, operatori sociosanitari ecc...), anche della conoscenza, sensibilità e capacità di aggancio e contatto di tutti gli utilizzatori, intercettati nei vari contesti di intervento, sviluppate dalle esperienze degli operatori di strada, dei ricercatori, degli antropologi, dei peer to peer ecc..., prevedendo uno scambio formativo e di esperienze costante ed uniforme secondo *standard* definiti in relazione ai servizi da erogare. Nella definizione dei criteri di qualità per l'accreditamento pertanto, potrebbe essere prevista una quota (variabile per un massimo del 5%) da attribuire a queste figure.

Risultati attesi

Costruzione di un sistema stabile di servizi che garantisca su tutto il territorio nazionale l'accesso universale e uniforme ai LEA; Creazione di un percorso di formazione e supervisione sul tema della RdD per gli operatori del settore.

Indicatori di risultato

Numero di servizi che offrono le attività definite dalle Linee Guida; Numero di posti letto istituiti per eventi acuti correlati al consumo di sostanze; Numero di servizi ambulatoriali che hanno a disposizione farmaci approvati con indicazione per disturbo da uso di oppiacei, alcol e tabacco; Numero di interventi di iniziative di formazione su LdR e RdD realizzate nella annualità per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero percentuale di Servizi per le Dipendenze per ogni Regione e Provincia Autonoma, i cui operatori completino percorsi di formazione su LdR e RdD.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Decisori politici ed amministrativi regionali e locali; Direttori delle ASL; Direttori dei Ser.D; Servizi Sanitari; Operatori Sanitari.

Stakeholder

Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome; Associazioni in generale; Giovani; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori e *policy maker* in ambito sociosanitario; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe; Università ed Enti di Ricerca; Terzo Settore; Servizi di Emergenza/Urgenza; Protezione civile; Servizi a bassa soglia; Comunità per le dipendenze; Rete territoriale dei Servizi.

LS3 - OB7 - P34

A84

Sviluppare una rete nazionale di coordinamento di servizi regionali che si occupano di grandi eventi formali e informali

Descrizione

Sebbene a livello locale si rilevi la presenza dei servizi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR), con Unità Mobili idonee ad intervenire nei contesti del divertimento, le risorse a disposizione di queste Unità non sono sufficienti a far fronte ai grandi eventi che possono essere organizzati nei diversi contesti locali. È quindi necessario prevedere la possibilità coordinarsi tra i servizi per formare una o più *equipe* d'intervento specifiche sovra-territoriali. In particolare diviene essenziale sviluppare un Protocollo d'Intesa per la creazione delle *equipe* nonché per definire le modalità d'intervento delle stesse (un esempio è stato l'intervento messo in atto dalle reti del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA) e Rete Italiana Riduzione del Danno (ITARDD) con le campagne "(R)estate in sicurezza" nel 2021 e 2022).

Risultati attesi

Redazione di un Protocollo d'Intesa e applicativo per la formazione delle *equipe* sovra-territoriali; Incremento del numero di *equipe* sovra-territoriali; Individuazione di un *team* nazionale per la copertura di grandi e grandissimi eventi, formali e soprattutto informali.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome che aderiscono al Protocollo; Riunioni annuali dell'organismo di coordinamento; Almeno 5 *equipe* sovraterritoriali create (Nord Ovest, Nord Est, Centro, Centro Sud, Sud); Almeno 5 grandi eventi formali e/o informali che ricevono servizi di RdD/LdR.

Tempistiche

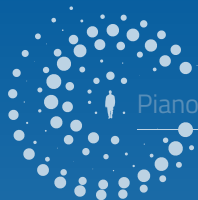
12 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Decisori politici ed amministrativi nazionali, regionali, locali; Persone che Usano Sostanze (PUD).

Stakeholder

Autorità locali; Direttori delle ASL; Direttori dei Ser.D; Servizi Sanitari; Forze dell'Ordine; Forze di Polizia locale; Frequentatori dei contesti del divertimento; Istituzioni sanitarie locali; Organizzatori eventi; Persone che Usano Droghe; Terzo Settore; Enti Locali.



P35

PREVENZIONE, DIAGNOSI
PRECOCE *LINKAGE TO CARE* PER LE
MALATTIE CORRELATE AL CONSUMO DI
SOSTANZE

LS3 - OB7 - P35

A85

Promuovere accordi di rete e protocolli tra i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e gli altri servizi territoriali (Ospedali, Ser.D, Istituti Penitenziari, Reti cliniche Assistenziali, etc) al fine di costruire interventi comuni e coordinati

Descrizione

La fattibilità di *test* rapidi per HCV e HIV nei Servizi dovrebbe essere considerata il *gold standard* per incrementare non solo lo *screening*, ma anche il *linkage to care*, dei pazienti in carico ai Ser.D. Tale modalità, oltre che incrementare il numero dei pazienti testati e trattati, permette l'intervento precoce con terapie in grado di non far sviluppare la malattia o di eradicare il virus prima che sia in grado di causare danni al soggetto. In questo modo l'accesso precoce alle cure non solo migliora la qualità della vita delle persone, ma diminuisce i costi di salute pubblica in modo considerevole. È anche necessario favorire l'interazione fra i Servizi per le Dipendenze di diversa soglia con i centri di cura delle malattie infettive. In tal senso dovranno essere definiti protocolli operativi fra i soggetti interessati.

Risultati attesi

Prevenzione della trasmissione di malattie infettive correlate all'uso di sostanze; Incremento dell'attività di diagnosi; Riduzione dei costi per la spesa pubblica inerenti a queste malattie; Definizione di protocolli operativi; Possibilità prescrittiva dei farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) da parte dei medici Ser.D per completare il percorso dei *Point of Care*. La gestione della terapia, una volta definito il protocollo d'azione può essere effettuata anche nelle Strutture a bassa soglia/Unità Mobili

Indicatori di risultato

Incremento del numero di pazienti testati per HCV (e HIV) a seguito dell'accesso ai Servizi per le Dipendenze; Numero percentuale di ASL che adottano protocolli operativi per diagnosi e cura delle malattie infettive correlate all'uso di sostanze.

Tempistiche

12 mesi

Target

ASL; Servizi per le Dipendenze; Professionisti delle Dipendenze; Utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Operatori Sanitari; Persone che Usano Droghe (PUD); ASL; Ospedali; Regioni e Province Autonome; Conferenza Unificata.



LS3 - OB7 - P35

A86

Sviluppare protocolli operativi per percorsi facilitati finalizzati alla diagnosi precoce che mettano in relazione Servizi a bassa soglia, Ser.D e specialisti anche attraverso lo strumento della medicina a distanza

Descrizione

Data l'importanza di effettuare una diagnosi precoce è essenziale che la rete di servizi che ruota intorno a questa attività sia ben coordinata e gestita. Per questa ragione è essenziale sviluppare dei Protocolli d'Intesa che pongano le basi per un'operatività dei Servizi a bassa soglia, Ser.D e servizi specialistici permettendo una presa in carico dell'utente rapida così da favorire un pronto intervento capace di scongiurare gravi danni alla salute del soggetto. Tali Protocolli dovranno prevedere anche il ricorso all'utilizzo della medicina a distanza capace di garantire una connessione tra servizi più efficace e meno dipendente dal contesto territoriale.

Risultati attesi

Creazione di Protocolli d'Intesa tra Servizi a bassa soglia, Ser.D e servizi specialistici; Incremento dell'utilizzo della telemedicina.

Indicatori di risultato

Numero di zone sanitarie in cui è presente un Protocollo d'Intesa; Numero di pazienti seguiti tramite tele-medicina.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Direttori delle ASL; Direttori dei Ser.D; Terzo Settore; Cooperative e imprese sociali.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Persone che Usano Droghe (PUD); Professionisti delle Dipendenze; Utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze; Operatori Sociali; Operatori Sanitari.

P36

ATTIVAZIONE E
POTENZIAMENTO DELLE MISURE DI
RIDUZIONE DEL DANNO /LIMITAZIONE
DEI RISCHI EFFICACI E SICURE NEI
CONTESTI COMUNITARI LAVORATIVI
LUDICI E ALL'INTERNO DEI SERVIZI



LS3 - OB7 - P36

A87

Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi

Descrizione

Al fine di intercettare in modo più specifico e puntuale i bisogni dell'utenza è necessario prevedere la creazione di appositi spazi e strumenti per la realizzazione di una consulenza specialistica, con particolare attenzione al *target* dei giovani (date le loro specifiche esigenze e fragilità). La creazione di servizi specifici, in *setting* a bassa soglia di accesso diversi e destigmatizzanti rispetto a Ser.D. e Centri Salute Mentale (CSM), può supportare le persone nella tutela del loro benessere psicofisico in un'ottica di prevenzione e di Riduzione del Danno (RdD) e non può prescindere dall'integrazione del proprio intervento con le Unità di Strada. Questo tipo di servizi rappresenta una risorsa per il consumatore che necessita di sostegno per riprendere il controllo di una situazione e per acquisire una gestione del limite e dei rischi e, allo stesso tempo, costituisce anche un potenziale ingresso per l'accesso ad altre dimensioni di cura e di trattamento. In questi spazi intermedi si potrà mettere in prospettiva critica e di riflessione l'uso di sostanze, puntando all'*empowerment* dell'individuo. Questo servizio di consulenza e orientamento psicologico, proposto all'interno dei servizi, può essere aperto anche alla consulenza dei familiari di Persone che Usano Droghe (PUD), fornendo loro un essenziale supporto nella gestione e nella comprensione della dipendenza. Il servizio può essere associato/allocato nello stesso ambiente fisico dei servizi di *Drug Checking* (A63 e A329), al fine di fornire ulteriori strumenti alla persona per la riflessione critica sul proprio consumo di sostanze

Risultati attesi

Incremento del numero di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica in *setting* a bassa soglia destigmatizzanti rispetto ai Ser.D; Incremento dell'accesso ai servizi e la presa in carico attraverso l'ingresso in *setting* a bassa soglia.

Indicatori di risultato

Almeno 1 servizio per Regione e Provincia Autonoma che ha uno spazio intermedio di ascolto e consulenza specifica. Numero di persone che vengono indirizzate ad altri servizi specialistici; Numero di accessi al servizio di ascolto.

Tempistiche

36 mesi.

Target

Giovani; Medici; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Persone che Usano Droghe (PUD); Sistema Nazionale di Allerta Precoce; Utilizzatori di Nuove Sostanze Psicoattive; Familiari delle Persone che Usano Droghe.

Stakeholder

Cooperative e Imprese sociali; Decisori politici regionali e locali; Operatori e *policy maker* in ambito socio-sanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Operatori Sanitari; Società Scientifiche; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca; Persone che Usano Droghe (PUD).

LS3 - OB7 - P36

A88

Ampliare la rete dei servizi di *Drug Checking* e di attività di *test* rapidi sulle tematiche delle malattie infettive

Descrizione

In accordo con quanto definito anche in termini europei dalle linee del *Trans-European Drug Information project* (TEDI), i servizi di *Drug Checking* sono stati riconosciuti come strumenti di tutela della salute del singolo e della collettività vista la capacità di prevenire l'assunzione di composti pericolosi nonché validi strumenti di monitoraggio del mercato delle sostanze stupefacenti. Diviene quindi necessario, anche nell'ottica della creazione di un sistema di raccolta dati uniforme (A322), la promozione di questo servizio al fine di permetterne una diffusione capillare e uniforme sul territorio nazionale. Al contempo questa rete capillare di servizi potrebbe permettere la diffusione dei *test* rapidi per le malattie infettive, andando a fornire un ulteriore beneficio agli utenti garantendo un intervento precoce con terapie in grado di non far sviluppare la malattia o di eradicare il virus permettendo non solo di migliorare la qualità della vita delle persone, ma di diminuire anche i costi di salute pubblica in modo considerevole.

Risultati attesi

Incremento dei servizi che operano *Drug Checking* in Italia; Incremento numero soggetti testati e trattati per HCV (e HIV).

Indicatori di risultato

Numero di Servizi che operano *Drug Checking* in Italia; Numero di accessi al servizio; Numero di pazienti testati e trattati per HCV (e HIV).

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Persone che Usano Droghe (PUD).

Stakeholder

Cooperative e Imprese sociali; Decisori politici regionali e locali; Operatori e *policy maker* in ambito socio-sanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Operatori Sanitari; Società Scientifiche; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.



LS3 - OB7 - P36

A89

Valorizzare i servizi di Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi che hanno sviluppato percorsi innovativi (*Drug Checking*, Stanze del consumo)

Descrizione

Il *Drug Checking* (DC) è un servizio integrato che permette, oltre all'analisi chimica della sostanza, un *counselling* specifico e focalizzato sulle esigenze della persona. Il DC si è rivelato come un ottimo strumento di aggancio precoce per popolazioni che non entrano mai in contatto con i servizi ed inoltre ha permesso in diverse occasioni di identificare tempestivamente composti pericolosi e darne allerta alle Istituzioni e alla collettività. Si segnala inoltre che, nella sperimentazione fin qui condotta in Italia, la maggior parte delle persone che riceve un risultato diverso dall'atteso, decide di non utilizzare la sostanza. Questo configura il *Drug Checking* come uno strumento di prevenzione di intossicazioni inconsapevoli.

Gli spazi sicuri di consumo (detti anche Stanze del Consumo Sicuro, ovvero SCS) sono Servizi di bassa soglia offerti alle Persone che Usano Droghe (PUD) come spazi attrezzati per garantire alle PUD condizioni igieniche e sanitarie tali da prevenire la trasmissione di patologie e un pronto intervento in caso di *overdose* grazie al supporto di personale sociosanitario. Allo stesso tempo si configurano come spazi all'interno dei quali la relazione fra il personale dei Servizi Pubblici e le PUD che fanno ricorso al servizio è orientata all'aggancio con i Servizi Pubblici anche per quanti non siano motivati all'interruzione del consumo e, soprattutto, alla cura di sé. Infine, le SCS hanno un impatto considerevole sulle cosiddette scene aperte del consumo: offrendo uno spazio protetto per il consumo di sostanze a quanti solitamente consumano in strada, si garantisce alle PUD uno spazio riservato nel quale consumare evitando quindi che il fenomeno si presenti in piena vista alimentando in questo modo la percezione di insicurezza. Gli SCS sono diffusi da oltre venti anni in vari Paesi, tra cui vari Paesi europei (Olanda, Belgio, Germania, Norvegia, Danimarca, Svizzera), dove le sostanze illegali possono essere consumate sotto la supervisione di personale sociosanitario adeguatamente formato.

Risultati attesi

Mappatura dei servizi di *Drug Checking* presenti sul territorio nazionale; Incremento della conoscenza dello strumento a livello nazionale; Incremento delle risorse dedicate al servizio; Incremento del numero di persone che accedono al servizio; Sperimentazione in almeno 3 Città Metropolitane di modelli diversi di SCS; Valutazione indipendente dell'impatto e dell'efficacia della sperimentazione su modelli di consumo, morti per *overdose* e sul fenomeno della scena aperta.

Indicatori di risultato

Incremento del numero di servizi di *Drug Checking* attivati sul territorio nazionale; Almeno 1 servizio/ente per Regione e Provincia Autonoma formato/informato sulle procedure di erogazione del servizio; 1 ente per Regione e Provincia Autonoma in grado di fornire strumenti e risultati quantitativi; Almeno 1 Unità Mobile e 1 servizio ambulatoriale che eroga il servizio di *Drug Checking* per Regione e Provincia Autonoma; 300 persone che accedono al proprio servizio regionale di *Drug Checking*; Avvio della sperimentazione in 3 città; Report di ricerca qualitativa sull'impatto e sull'efficacia delle sperimentazioni.

Tempistiche

36 mesi

Target

Laboratori; ASL; Istituti di Ricerca; Laboratori Forensi, Persone che Usano Droghe (PUD).

Stakeholder

Cooperative e imprese sociali; Decisori politici regionali e locali; Operatori e *policy maker* in ambito socio-sanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Operatori Sanitari; Società Scientifiche; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca, Persone che Usano Droghe (PUD).



LS3 - OB7 - P36

A90

Strutturare indicazioni operative per l'utilizzo del Naloxone spray nasale (*take home Naloxone*)

Descrizione

L'utilizzo dei farmaci antagonisti, in particolare il Naloxone, si profila come un essenziale aspetto della Riduzione del Danno in termini di capillarizzazione del sistema, includendo altri soggetti, pubblici e non, negli interventi. È tuttavia evidente che per poter permettere la somministrazione da parte di operatori non sanitari di tale farmaco è necessario creare delle Linee Guida sull'applicazione dello stesso capaci sia di limitarne che di regolamentarne l'utilizzo. Dal 1991 in Italia si è diffuso il modello *Take Home Naloxone* (THN) che prevede la consegna del farmaco antagonista alle Persone che Usano Droghe (PUD), accompagnata da precise indicazioni sul suo utilizzo, per accorciare la catena di soccorso in caso di *overdose* da oppiacei mettendo le PUD che assistono a episodi di *overdose* di intervenire prontamente somministrando il farmaco antagonista. Questo modello, preso ad esempio poi da diversi altri Paesi, è reso possibile dalla tabellazione del Naloxone come farmaco salvavita da banco, quindi acquistabile senza ricetta medica. Recentemente è stata sviluppata una formulazione dello stesso Naloxone in soluzione spray nasale, tabellata però come farmaco ricettabile; in questo modo il modello di THN è fortemente condizionato e limitato.

Risultati attesi

Tabellazione della formulazione spray nasale Naloxone da 1,2 mg come farmaco salvavita da banco; Definizione di Linee Guida per la consegna del Naloxone spray nasale da 1,2 mg alle PUD.

Indicatori di risultato

Linee Guida per il Modello THN con Naloxone spray nasale.

Risorse

Bilancio delle ASL (per acquisto Naloxone Spray Nasale).

Tempistiche

36 mesi

Target

Operatori Sociosanitari dei Dipartimenti per le Dipendenze e del Privato Sociale; Persone che Usano Droghe (PUD); Ministero della Salute.

Stakeholder

Operatori Sociosanitari dei Dipartimenti per le Dipendenze e del Privato Sociale; Persone che Usano Droghe (PUD); Ministero della Salute.

LS3 - OB7 - P36

A91

Facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante

Descrizione

I migranti provenienti da luoghi diversi e con diverse culture incontrano o re-incontrano le droghe in nuovi contesti che sono diversi da quelli di provenienza per culture del consumo, giudizi e norme. In caso di progetto migratorio debole o fallito, dal quale possono anche scaturire patologie e disturbi mentali gravi, l'uso di droghe può avere ricadute sul piano sociale e psicologico per la persona, assumendo anche un carattere problematico. Ci sono, soprattutto per i migranti senza regolare titolo di soggiorno, evidenti difficoltà di accesso al sistema dei servizi. Influiscono sull'accesso di queste persone ai servizi le differenze culturali e di natura amministrativa. Garantire l'accesso ai servizi e a tutte le prestazioni alle persone temporaneamente presenti sul territorio nazionale, anche senza regolare titolo di soggiorno, e quindi aumentare l'offerta di cura, permette allo stesso tempo di limitare l'impatto del fenomeno sulla società tutta, sia da un punto di vista di prevenzione della diffusione di patologie (HCV, HIV, HBV e altre) sia da un punto di vista di sicurezza sociale più generale. D'altra parte è opportuno che i servizi siano messi in condizione di prendere in carico una popolazione che, per differenze culturali e linguistiche, richiede competenze che mancano fra le figure professionali fin qui impiegate (etnoclinici e mediatori linguistici culturali, per esempio).

Risultati attesi

Migliorare la capacità del sistema dei servizi di presa in carico di persone migranti con codice Straniero Temporaneamente Presente (STP); Aumentare l'accessibilità dei servizi specialistici (Ser.D e Centri Salute Mentale) per le persone straniere che usano droghe.

Indicatori di risultato

Attivazione della di Mediatori Linguistico Culturali (MLC) in tutti i Servizi per le Dipendenze; Numero di figure etnocliniche impiegate nei servizi di Riduzione del Danno (RdD)/Limitazione dei Rischi (LdR); Linee Guida Ministero della Salute sul trattamento delle persone straniere con codice STP.

Tempistiche

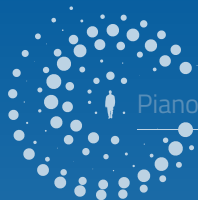
36 mesi

Target

Comunità; Cooperative e Imprese sociali; Decisori politici e amministrativi europei, nazionali, regionali e locali; Terzo Settore.

Stakeholder

Operatori Sociali; Legislatore; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori Sanitari.



P37

SVILUPPARE UN SISTEMA
OMOGENEO PER LA VALUTAZIONE
DEGLI ESITI

LS3 - OB7 - P37

A92

Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose

Descrizione

Dato il rapido mutamento degli stili e delle modalità di consumo, risulta necessario un censimento permanente dello stato dell'arte del fenomeno. In questi termini è quindi essenziale comprendere i modelli di consumo nella prospettiva di chi fa uso di sostanze, delle culture, delle norme sociali e delle strategie di controllo e regolazione, al fine di individuare, nell'ottica della Riduzione del Danno (RdD), quali fattori naturali di regolazione da sostenere, facilitare e accompagnare per rendere efficace l'intervento. Le ricerche poste in atto avranno quindi una doppia natura sia qualitativa che quantitativa per affiancare ad una maggior conoscenza del fenomeno un'analisi dell'estensione dei consumi. Oltre a ciò l'azione di ricerca non può esimersi dall'identificazione delle sostanze pericolose tramite analisi tossicologiche operate da centri di ricerca specialistici con strutture territorialmente diffuse e collaborando con la rete di servizi attivi sul territorio in ottica di *drug check*.

L'attività di ricerca deve avere una base conoscitiva da parte dei servizi (supportata dal potenziamento e dal miglioramento del Flusso del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)) integrata con i servizi di prossimità pubblici e privati, concentrandosi, oltre che sugli aspetti tossicologici, anche su quelli sociali e psicologici e sulla conoscenza dei modelli di consumo con lo scopo di ridurre i danni ed i rischi.

Risultati attesi

Miglioramento della risposta dei servizi sulla base conoscitiva prodotta; Identificazione delle sostanze responsabili di eventi acuti e mortali con fine epidemiologico; Sviluppo e garanzia di accessibilità di un registro degli eventi; Miglioramento delle capacità analitiche dei laboratori per l'analisi delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS); Cooperazione di tossicologie forensi universitarie e centri di ricerca con le strutture sul territorio per la valutazione *evidence-based* delle sostanze circolanti.

Indicatori di risultato

Numero annuale di eventi conoscitivi per ogni Regione e Provincia Autonoma sui nuovi modelli di consumo; Numero di laboratori che aderiscono al registro degli eventi acuti; Realizzazione di un registro telematico accessibile dagli addetti ai lavori.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Sistema Nazionale di Allerta Precoce; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Servizi per le Dipendenze; Persone che Usano Droghe; Laboratori forensi; Laboratori di Tossicologia.

Stakeholder

CNR; Università ed Enti di Ricerca; Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA); Regioni e Province Autonome; ASL.



LS3 - OB7 - P37

A93

Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

Descrizione

Date le caratteristiche degli interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) risulta essenziale sviluppare impianti di valutazione specifici, capaci di mantenere l'anonimato dei contatti e contemporaneamente riuscire a cogliere l'effetto che questi interventi portano al sistema sanitario, in termini di benessere e di risparmio di risorse sociali ed economiche. La valutazione di questi impatti permetterebbe, quindi, di consolidare le pratiche in corso ed evidenziare gli interventi che risultino maggiormente utili in termini di benefici.

Risultati attesi

Modello di valutazione scientificamente convalidato per gli interventi di RdD e LdR.

Indicatori di risultato

Validazione del modello dai principali comitati scientifici di settore; Numero di Pubbliche Amministrazioni (PA) che coinvolgono Enti del Terzo Settore (ETS) e di ETS che prevedranno / riconosceranno la Valutazione di Impatto Sociale (VIS) relativa a servizi/azioni di RdD in conformità alle Linee di Indirizzo espresse.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Interventi di RdD e LdR; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe.

Stakeholder

Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Commissione Medica Locale.

P38

AUMENTARE LA
PARTECIPAZIONE ALLE RETI EUROPEE
E INTERNAZIONALI



LS3 - OB7 - P38

A94

Promuovere la costruzione di un sistema di scambio di informazioni tra i servizi europei in materia di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e la strutturazione di un sistema capillare di allerta precoce (EHRN, *NewNet*, EMCDDA)

Descrizione

Il fenomeno dell'uso di sostanze muta rapidamente e si adatta ai nuovi stili di vita globalizzati nonché ai nuovi mezzi di comunicazione a disposizione (*web*). Al modificarsi del fenomeno è quindi necessario che faccia seguito una modifica del sistema di rilevazione e diffusione dello stesso. Per questa ragione viene reputata essenziale l'adesione di quanti più servizi locali alle reti europee, tra cui *Euro HRN*, *NEWNet* e al relativo sottogruppo *Trans European Drug Information Project* (TEDI) al fine di consentire un monitoraggio europeo del fenomeno dell'uso di sostanze (*EuroHRN* e *NEWNet*) oltre che di istituire una rete capillare di servizi che erogano il *drug checking* (che possa aderire alla rete TEDI). A questa rilevazione, fa da specchio l'ottica dei servizi, rendendo essenziale adattare il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) alla rilevazione migliore (non centrata sull'utente ma sui processi e gli esiti) delle attività di Riduzione del Danno (RdD) presenti sul territorio. Il sistema dovrà contenere le informazioni richieste dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e permettere lo scambio con i rispettivi *partner* europei; ciò richiederà un'uniformità di approccio e di raccolta dati a livello quantomeno nazionale, che deve essere garantito tramite la redazione di uno specifico Protocollo Operativo. Questa azione non può prescindere inoltre da uno scambio serrato delle *best practice* europee, promuovendo quando possibile le iniziative italiane, permettendo quindi ai Paesi *Partner* di beneficiare delle esperienze, ma soprattutto delle soluzioni, adottate dai vari contesti europei in materia di RdD e Limitazione dei Rischi (LdR).

Risultati attesi

Creazione di un sistema di interscambio contenente: Dati relativi alle azioni di RdD e LdR; Dati rilevati ai servizi di *drug checking*, *Best practice* RdD; Incremento dei servizi che erogano il servizio di *drug checking*; identificazione di buone pratiche e realizzazione di occasioni di scambio a livello nazionale ed europeo.

Indicatori di risultato

Numero di servizi italiani che forniscono i dati puntuali sulle azioni di RdD e LdR; Numero percentuale di servizi italiani che aderiscono alla rete TEDI; Numero di seminari di scambio di buone pratiche nazionali per Regione e Provincia Autonoma; Numero di seminari di scambio di buone pratiche europee per Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Rete Territoriale dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Aziende; Comunità; Cooperative e Imprese sociali; Strutture ospedaliere; Terzo Settore.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Forze dell'Ordine; Legislatore; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe (PUD); Sistema Nazionale di Allerta Precoce; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca; Ministero dell'Interno; Ministero degli Esteri; Medici.

LS3 - OB7 - P38

A95**Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari ("secondary movements"- migrazione)****Descrizione**

Il fenomeno migratorio risulta ancora una questione centrale sia a livello nazionale, dato che l'Italia si pone come Paese di primo approdo, sia europeo. Il flusso costante dei richiedenti asilo, che nel 2017 si è attestato a 633000 richieste in Europa, richiede una gestione del fenomeno comunitaria, approccio che non può prescindere da una conoscenza approfondita della questione stessa. Per questa ragione la collaborazione intraterritoriale all'interno del contesto europeo sarà necessaria per istituire strategie comuni di gestione, attraverso azioni specifiche di Riduzione del Danno, Limitazione dei Rischi e supporto sociosanitario, di raccolta di dati qualitativi e quantitativi per favorire una trattazione del fenomeno partendo dalla lettura delle esigenze del *target* a rischio. A questa azione europea si dovrà inoltre prevedere un supporto legale in servizi di outreach con funzione di sostegno al mantenimento della regolarità o al suo ottenimento con funzione di presa in carico da parte dello Strumento di Sostegno Tecnico (SST), Servizi di Secondo Livello e un supporto etnoclinico.

Risultati attesi

Creazione di una linea europea di gestione del fenomeno migratorio; Creazione di un sistema di interscambio di informazioni e monitoraggio del fenomeno europeo; Miglioramento dell'accesso dei migranti ai servizi specialistici.

Indicatori di risultato

Costruzione di una Rete Europea di monitoraggio; Variazione del numero di accessi dei migranti ai servizi.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Comunità; Cooperative e Imprese sociali; Decisori politici e amministrativi europei, nazionali, regionali e locali; Terzo Settore.

Stakeholder

Operatori Sociali; Sistema Nazionale di Allerta Precoce; Legislatore; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori Sanitari.

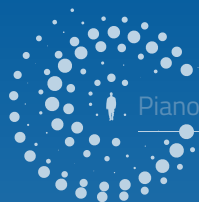
OBIETTIVO STRATEGICO 8

Interventi di Limitazione dei Rischi e
Riduzione del Danno per le Dipendenze
comportamentali

P39 Incrementare e diffondere la
conoscenza e sviluppare la formazione
sulle Dipendenze comportamentali

P40 Individuare percorsi efficaci per la
prevenzione e la diagnosi precoce per le
Dipendenze comportamentali

P41 Sviluppare interventi di Riduzione del
Danno e Limitazione del Rischio per le
Dipendenze comportamentali



P39

INCREMENTARE E
DIFFONDERE LA CONOSCENZA E
SVILUPPARE LA FORMAZIONE SULLE
DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

LS3 - OB8 - P39

A96**Sviluppare e/o integrare gli Osservatori Regionali sul tema delle Dipendenze comportamentali****Descrizione**

La situazione degli Osservatori Regionali per le Dipendenze è molto eterogenea. Come da indicazioni contenute nei Livelli Essenziali Assistenza (LEA), si intende creare Osservatori Regionali aperti anche alle altre Dipendenze comportamentali, e dove presenti si intende allargare le funzioni degli Osservatori Regionali a tutte le Dipendenze comportamentali.

Risultati attesi

Maggior comprensione dei fenomeni legati alle Dipendenze comportamentali; Aumento delle azioni di contrasto; Sviluppo di politiche *evidence based* per prevenire e trattare le Dipendenze comportamentali.

Indicatori di risultato

Numero di Osservatori Regionali attivi sul tema delle Dipendenze comportamentali; Numero di rapporti prodotti dagli Osservatori Regionali sul tema delle Dipendenze comportamentali; Numero di presentazioni pubbliche promosse dalle Regioni e dalle Province Autonome sul tema delle Dipendenze comportamentali.

Tempistiche

24 mesi

Target

Decisori politici ed amministrativi regionali e locali; Scuole; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Professionisti dei centri di aggregazione giovanile; Professionisti delle Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

ASL; Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome; Decisori politici regionali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi; Università ed Enti di Ricerca.



LS3 - OB8 - P39

A97

Istituire una rete territoriale permanente sulle Dipendenze comportamentali

Descrizione

Le Dipendenze comportamentali presentano una natura estremamente eterogenea e necessitano di percorsi di cura articolati che prevedano una forte integrazione ambientale, sociale e sanitaria. È necessario quindi sviluppare una rete territoriale che comprenda tutte le componenti (Pubblico, Privato, Terzo Settore, Scuole, Forze dell'Ordine, gestori locali) con forte integrazione tra Dipartimenti per le Dipendenze, salute mentale, prevenzione, e almeno un servizio territoriale specifico per Dipendenze comportamentali.

Risultati attesi

Monitoraggio dei fenomeni legati alle Dipendenze comportamentali sui territori, agevolazione dello scambio di informazioni fra i soggetti coinvolti; Attuazione di coordinamento degli interventi a livello territoriale attraverso l'istituzione di reti; Aumento delle azioni di mitigazione e contrasto; Aumento degli utenti presi in carico.

Indicatori di risultato

Numero di reti territoriali istituite per ogni Regione e Provincia Autonoma; Numero di iniziative congiunte promosse dalle reti per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone affette da Dipendenze comportamentali; Medici di Medicina Generale; Operatori Sociosanitari; Professionisti delle Dipendenze; Insegnanti; Associazioni dei familiari.

Stakeholder

Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi; Forze di Polizia; Terzo Settore.

LS3 - OB8 - P39

A98

Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie

Descrizione

Le evidenze scientifiche mostrano come gli esordi psicopatologici con quadri clinici confusi e confusivi (dove dipendenza e disagio diventano sovrapposti e sovrapponibili) sono sempre più frequenti. È in questo ambito che si iscrive il tema delle *new addiction*, o Dipendenze comportamentali, fenomeno che scardina i vecchi schemi di inquadramento nosografico: attualmente, nonostante gli “stili dipendenti” e i conseguenti fenomeni di dipendenza patologica siano in aumento, non è presente una loro classificazione ufficiale in categorie diagnostiche definite, ad eccezione del Disturbo da Gioco d’Azzardo (è solo nel 2013, nella V° edizione del DSM, che vengono ridefinite ed elencate le cosiddette “Dipendenze comportamentali”, ma senza che siano chiariti i criteri diagnostici).” Pertanto, è necessario sviluppare programmi di aggiornamento per gli operatori in primis e per tutta la comunità finalizzati ad una identificazione precoce di queste problematiche. Partendo dal Piano di Prevenzione e dalle risultanze della Conferenza Nazionale Alcol si intende costituire un gruppo di lavoro coordinato dal Ministero della Salute che produca un documento di indicazione per l’attuazione di programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie.

Risultati attesi

Istituzione di un gruppo di lavoro da parte del Ministero della Salute; Produzione di un documento di indicazione; Attuazione e promozione di programmi di aggiornamento per gli operatori partendo dalla documentazione relativa al Piano di Prevenzione e dalle risultanze della Conferenza Nazionale Alcol; Attivazione di piani territoriali di sensibilizzazione di gruppi *target*; Aggiornamento degli operatori; Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione sui comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie.

Indicatori di risultato

Produzione del Documento di indicazione; Numero di operatori che prendono parte agli aggiornamenti; Numero di Azioni sviluppate sui territori per sensibilizzare i gruppi *target*.

Tempistiche

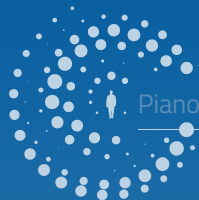
24 mesi

Target

Medici di Medicina Generale (MMG); Operatori Sociosanitari; Operatori e Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Ministero della Salute; Regioni e Province Autonome; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi; Terzo Settore.



P40

INDIVIDUARE PERCORSI
EFFICACI PER LA PREVENZIONE
E LA DIAGNOSI PRECOCE PER LE
DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

LS3 - OB8 - P40

A99

Standardizzare il percorso per la diagnosi delle Dipendenze comportamentali

Descrizione

Il percorso che porta alla diagnosi delle Dipendenze comportamentali riconosciute dal DSM-V non è omogeneo né tra ASL e talvolta neppure all'interno dei singoli Servizi. Partendo dalle linee di azione individuate dal Ministero della Salute per la diagnosi delle persone affette da Disturbo da gioco d'azzardo è necessario individuare strumenti condivisi al fine di fare emergere il sommerso e sviluppare un percorso standardizzato che dia garanzia di parità di trattamento e possibilità di tutela dal punto di vista medico legale.

Risultati attesi

Realizzazione di una ricognizione dei percorsi diagnostici attuati dai servizi, l'individuazione di percorsi virtuosi, l'identificazione della strumentazione diagnostica; Elaborazione di Linee di Indirizzo per percorsi per la diagnosi delle Dipendenze comportamentali.

Indicatori di risultato

Atto formale di approvazione delle Linee Guida.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano

Target

Medici di Medicina Generale (MMG); Operatori Sociosanitari; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete territoriale dei Servizi; Persone affette da dipendenze.



LS3 - OB8 - P40

A100

Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali

Descrizione

L'accesso ai Servizi per le Dipendenze presenta ad oggi molte barriere, dato ancora più rilevante quando si pensa alle persone con una Dipendenza comportamentale. Comprenderle a fondo permetterebbe di ripensare i servizi in modo da facilitare la presa in carico.

Risultati attesi

Individuazione delle principali barriere di accesso per le persone con Dipendenze comportamentali; Sviluppo di Indicazioni Operative per facilitare l'accesso.

Indicatori di risultato

Numero di servizi che adottano le indicazioni operative per facilitare l'accesso.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone affette da Dipendenze comportamentali; Medici di Medicina Generale; Operatori Sociosanitari; Professionisti delle Dipendenze; Insegnanti; Associazioni dei familiari.

Stakeholder

Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi; Terzo Settore.

LS3 - OB8 - P40

A101

Sviluppare protocolli operativi per l'integrazione tra Pubblico e Privato orientati a favorire la flessibilità nella presa in carico

Descrizione

Data la frammentazione delle situazioni istituzionali/sociosanitarie/normative su territorio nazionale, sarebbe auspicabile ridurre la distanza esistente tra i Servizi Pubblici e Privati e tutti i soggetti potenzialmente coinvolti nella cura delle problematiche correlate a Dipendenze comportamentali. È infatti necessaria con questo *target* di utenti grande flessibilità sia in termini di accessibilità sia di interventi in modo da rendere possibile l'aggancio di un'utenza difficilmente intercettabile. Molti interventi (specie nella fase di aggancio) sono interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) con azioni consolidate che permettono un miglioramento delle condizioni generali dell'utente (basti pensare ad esempio nel Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) l'amministratore di sostegno o il coinvolgimento diretto dei datori di lavoro e dei familiari per la gestione del denaro, i gruppi di auto-aiuto per gli alcolisti o i consumatori occasionali per citarne alcuni).

Risultati attesi

Sviluppo di protocolli operativi per l'integrazione tra servizi Pubblici e Privati; Incremento dell'integrazione fra i servizi Pubblici e Privati; Incremento degli utenti presi in carico.

Indicatori di risultato

Numero di Tavoli di Lavoro; Numero di servizi che aderiscono ai protocolli operativi.

Tempistiche

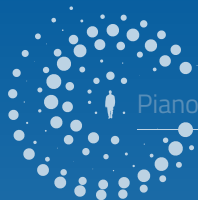
24 mesi

Target

Persone affette da Dipendenze comportamentali; Medici di Medicina Generale; Operatori Sociosanitari; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi afferenti al Privato Sociale; Terzo Settore; Servizi Sociali.



P41

SVILUPPARE INTERVENTI DI
RIDUZIONE DEL DANNO E LIMITAZIONE
DEI RISCHI PER LE DIPENDENZE
COMPORAMENTALI

LS3 - OB8 - P41

A102

Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Descrizione

Negli ultimi anni si è osservato un costante incremento di persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Creare ambienti che rendano più difficile l'accesso al gioco d'azzardo, attraverso divieti e altri interventi istituzionali, potrebbe essere un'efficace strategia di Limitazione del Rischio (LdR) e di Riduzione del Danno (RdD) per il DGA. A questo proposito risulta fondamentale lavorare col territorio per un'integrazione sociosanitaria che permetta di collaborare con i Comuni, con la regia dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), in modo da coordinare i regolamenti comunali di contrasto al DGA e promuoverli laddove ancora non sono in vigore.

Risultati attesi

Documento di sintesi tecnico scientifico che comprende le maggiori evidenze di efficacia relativamente alla attivazione di interventi di prevenzione ambientale; Trasmissione del documento alle Istituzioni competenti; Disseminazione del documento.

Indicatori di risultato

Produzione del documento di sintesi tecnico scientifico; Numero di eventi di presentazione del documento di sintesi per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Tempistiche

24 mesi

Target

Enti Locali

Stakeholder

Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome; Enti Locali; Dipartimenti per le Dipendenze; Rete territoriale dei Servizi; Forze di Polizia; Terzo Settore; Persone affette da Dipendenze comportamentali; Esercenti.



LS3 - OB8- P41

A103

Ripensare i concetti di “Riduzione del Danno” e “Limitazione dei Rischi” nell’ambito delle Dipendenze comportamentali

Descrizione

Il concetto di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) nasce in epoca analogica dove non era ancora evidente la diffusione di alcune delle più dannose Dipendenze comportamentali. È essenziale ripensare questi concetti in una chiave che tenga conto anche dei cambiamenti profondi che ci sono stati negli ultimi anni, che permetta di adeguare interventi di RdD e LdR in risposta ad una crescente richiesta di aiuto legata alle Dipendenze comportamentali. A questo proposito il Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) è ricompreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Risultati attesi

Produzione di Linee Guida per la RdD e LdR nelle Dipendenze comportamentali; Individuazione di *standard* di qualità per la RdD e LdR nell’ambito delle Dipendenze comportamentali.

Indicatori di risultato

Numero di servizi per ogni Regione e Provincia Autonoma che adottano le Linee Guida.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone affette da Dipendenze comportamentali; Medici di Medicina Generale; Operatori Sociosanitari; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Dipartimenti per le Dipendenze; Rete territoriale dei Servizi; Terzo Settore.

OBIETTIVO STRATEGICO 9

Interventi in ambito carcerario e continuità terapeutica

P42 Creare realtà di integrazioni operative tra mondo della Salute e mondo della Giustizia

P43 Definire Progetti personalizzati ad alta intensità trattamentale anche per le persone con dipendenza detenute

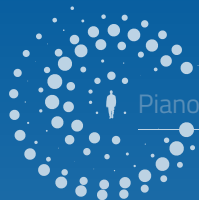
P44 Garantire la partecipazione ed il coinvolgimento degli operatori che a vario titolo lavorano in ambito carcerario nella programmazione e realizzazione degli interventi

P45 Assicurare la continuità negli interventi carcere-territorio

P46 Rilanciare gli Istituti di Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti nella loro specificità riabilitativa

P47 Avviare la sperimentazione negli Istituti di pena di interventi di Riduzione del Danno con formazione del personale penitenziario e sanitario e con il coinvolgimento delle persone detenute

P48 Sviluppare ricerca sugli interventi terapeutici verso persone detenute che utilizzano droghe e sulla valutazione del loro impatto



P42

CREARE REALTÀ DI
INTEGRAZIONI OPERATIVE TRA
MONDO DELLA SALUTE E MONDO
DELLA GIUSTIZIA

LS3 - OB9 - P42

A104

Creare un tavolo permanente fra Operatori Sanitari e Operatori della Giustizia

Descrizione

Sebbene questa azione si leghi al tema della formazione e creazione di un linguaggio comune tra mondo della Salute e mondo della Giustizia, viene ribadita la necessità di programmare momenti di confronto separati dalla formazione. Poste queste premesse si propone di istituire incontri periodici di confronto tra gli Operatori Sanitari e delle strutture carcerarie, a base mensile, al fine valutare la prosecuzione gli interventi terapeutici posti in essere per le persone detenute tossicodipendenti, calibrando l'intervento a seconda della situazione e del contesto vigente. Oltre a questi incontri, specifici e locali, si auspica la calendarizzazione di un incontro periodico nazionale, annuale, che possa configurarsi come un momento di confronto formalizzato tra tutti gli operatori.

Risultati attesi

Sviluppo di tavoli locali di confronto fra Operatori Sanitari e della giustizia; Incremento dell'efficacia nelle comunicazioni sugli interventi.

Indicatori di risultato

Numero di tavoli permanenti di comunicazione attivati; Numero di Operatori partecipanti ai tavoli; Numero di incontri per tavolo.

Tempistiche

12 mesi

Target

Persone detenute tossicodipendenti; Persone detenute; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Avvocati; Garante per i Diritti delle persone detenute; Magistrati, Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (PRAP); Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P42

A105

Aggiornare il protocollo per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcoldipendenti

Descrizione

L'estrema variabilità delle metodiche e delle prassi operative dei Servizi per le Dipendenze, porta, a parità di situazione soggettiva del richiedente, al variare dell'esito giudiziale di concessione della misura, a seconda del servizio e del Magistrato di sorveglianza competente. Occorre pertanto individuare canoni procedurali appropriati e standardizzati, così da ridurre le disparità di valutazione. Inoltre è necessario che le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate producano documenti metodologicamente omogenei, e che la Magistratura di Sorveglianza si avvalga dei Servizi specialistici per acquisire le necessarie delucidazioni, anche ai fini di migliorare le modalità esecutive della misura. In particolare occorre concordare aggiornamenti procedurali nelle seguenti aree: 1. modalità multidisciplinare e non solo tossicologica di certificazione dello stato di tossico/alcoldipendenza; 2. verifica dell'attualità della dipendenza in forma multidisciplinare e non solo tossicologica; 3. valutazione del presupposto della "non strumentalità" della richiesta da parte del detenuto/paziente; 4. formulazione del programma terapeutico (ambulatoriale, diurno, residenziale); 5. monitoraggio dell'attuazione del programma terapeutico; 6. consegna di certificazione/attestazione di tutte le terapie farmacologiche seguite in carcere come previsto dalla Circolare dell'11 giugno 2002 n.1907 (Direzione Generale Detenuti e Trattamento), e consegna del Naloxone per scongiurare il rischio di episodi di *overdose* in dimissione per le persone detenute dipendenti da oppiacei; 7. sviluppo di una terminologia condivisa per eliminare la discrasia tra ambito sanitario e ambito giuridico.

Risultati attesi

Sviluppo di un Protocollo di standardizzazione procedurale per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcoldipendenti.

Indicatori di risultato

Numero di Magistrature di Sorveglianza che applicano il Protocollo standardizzato; Numero di misure alternative concesse; Numero di misure alternative revocate.

Tempistiche

24 mesi

Target

Magistratura di Sorveglianza; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Persone detenute; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Avvocati; Decisori politici e amministrativi nazionali, regionali e locali; Forze dell'Ordine; Garante per i Diritti delle persone detenute; Magistratura di Sorveglianza; Ministero dell'Interno; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali.

LS3 - OB9 - P42

A106**Implementare una cartella informatizzata unificata****Descrizione**

L'assenza di una cartella sanitaria digitalizzata in tutte le Regioni e Province Autonome è una delle maggiori criticità nell'accesso alle cure, nell'assicurare la continuità terapeutica, nell'ammissibilità al programma terapeutico degli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (ICATT) nonché nella programmazione stessa, che se deve essere integrata, ha necessità di avvalersi di strumenti adeguati, a partire dalla cartella clinica informatizzata. Ad ora le misure esistenti (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze) non risultano funzionali.

Risultati attesi

Individuazione delle informazioni comuni necessarie per la cartella informatizzata unificata; Approvazione della cartella informatizzata unificata da parte del Garante per i diritti delle persone detenute; Implementazione di una cartella informatizzata unificata.

Indicatori di risultato

Numero dei Servizi che adottano la cartella informatizzata unificata; Numero di *record* completati nella cartella informatizzata unificata.

Tempistiche

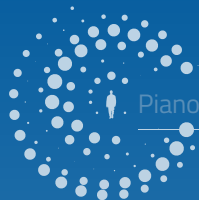
36 mesi.

Target

Persone detenute tossicodipendenti; Operatori Sociosanitari; Dipartimenti per le Dipendenze; Istituti penitenziari; Regioni e Province Autonome; Enti Locali.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Garante per i diritti delle persone detenute; Garante per la Privacy; Ministero della Salute; Ministero della Giustizia; Rappresentanza delle persone detenute; Sistemi salute Regionali.



P43

DEFINIRE PROGETTI
PERSONALIZZATI AD ALTA INTENSITÀ
TRATTAMENTALE ANCHE PER
LE PERSONE CON DIPENDENZA
DETENUTE

LS3 - OB9 - P43

A107

Adottare lo strumento del Budget di Salute (BdS) per la definizione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, che assicurino continuità e inclusione sociale (carcere-territorio)

Descrizione

Per qualificare il Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) occorre attribuire a ogni PTRI un Budget di Salute (BdS) in grado di sancire e garantire le risorse economiche e professionali idonee alla sua realizzazione; Il BdS è individuato come strumento funzionale a rendere sostenibile la realizzazione dei PTRI, anche ponendo un argine alle disuguaglianze territoriali esistenti. Il BdS è già parte di diversi atti regionali e oggetto di una proposta di legge* del 2019, che lo introduce come metodo di lavoro nel campo dei servizi alla persona e si lega a progetti terapeutico-riabilitativi costruiti a livello territoriale in un contesto di co-progettazione, cui destinare almeno il 10% delle risorse dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sociosanitari. L'applicazione in ambito carcerario del BdS è necessaria per rendere operativi i PTRI trattandosi di uno «strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale».

*Proposta di Legge di iniziativa parlamentare D'Arrando n. 1752 9 aprile 2019 "Introduzione sperimentale del metodo del Budget di Salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati"

Risultati attesi

Applicazione del BdS alla programmazione dei PTRI in ambito carcerario.

Indicatori di risultato

Numero di PTRI per persone detenute tossicodipendenti con attribuzione del BdS.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone detenute tossicodipendenti.

Stakeholder

Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI); Aziende USL; Conferenza Stato-Regioni; Garante per i diritti delle persone detenute; Ministero del Lavoro; Ministero della Salute; Ministero della Giustizia.



LS3 - OB9 - P43

A108

Inserire nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato le proposte di giustizia riparativa

Descrizione

Occorre ipotizzare una correlazione tra l'istituto della messa alla prova e le fattispecie delittuose contenute nell'Art. 73 (laddove possibile) al fine di consentire l'applicazione del paradigma riparativo, prevedendo la possibilità per i soggetti con problemi di dipendenza di frequentare un progetto socioriabilitativo, con contenuti adeguati, quale forma di riparazione del sé e della relazione con la società che ne trae beneficio. Il paradigma riparativo richiede la volontarietà e la spontaneità della richiesta da parte del reo, per cui è possibile costruire un momento in cui l'imputato si sente incoraggiato alla scelta riparativa e inclusiva, dando spazio al quasi dimenticato comma 5 bis dell'Art. 73 del DPR 309/90. È necessario definire con estrema chiarezza i criteri che qualificano questa specifica area (consensualità, riconoscimento della vittima, partecipazione attiva ecc.). A tal fine occorre prevedere una formazione preliminare degli operatori coinvolti e un'informazione pubblica adeguata. Contestualmente si deve prevedere un accompagnamento educativo, mediante *counseling*, finalizzato al superamento delle paure che si pongono come ostacolo al reinserimento sociale. Per rispondere ai temi della giustizia riparativa, si auspica a latere un'importante revisione dell'aspetto sanzionatorio del DPR 309/90.

Risultati attesi

Inserimento delle proposte di giustizia riparativa nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) dando spazio al comma 5 bis dell'Art. 73 del DPR 309/90.

Indicatori di risultato

Numero di PTRI contenenti proposte di giustizia riparativa.

Tempistiche

12 mesi

Target

Persone detenute tossicodipendenti; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori del Ministero della Giustizia; Operatori Sociosanitari.

LS3 - OB9 - P43

A109

Sviluppare Linee Guida per il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, del metodo e della valutazione

Descrizione

I Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI) necessitano del coinvolgimento attivo dei destinatari e di ricerca, per individuare gli approcci teorici, metodologici e operativi adeguati, di formazione, per valorizzare le competenze esistenti degli operatori/professionisti e crearne di nuove, e di valutazione, per esplorare le ricadute operative su operatori, professionisti e persone in detenzione.

Risultati attesi

Elaborazione di Linee Guida per il monitoraggio del PTRI, del metodo e della valutazione; Elaborazione di modelli personalizzati di intervento, che sappiano coniugare rigore scientifico e flessibilità operativa.

Indicatori di risultato

Numero di Servizi che adottano le Linee Guida per il monitoraggio del PTRI, del metodo e della valutazione; Numero di monitoraggi/valutazioni dei PTRI effettuate secondo i criteri delle Linee Guida; Numero di valutazioni positive di *stakeholder*, operatori/professionisti, persone in detenzione.

Tempistiche

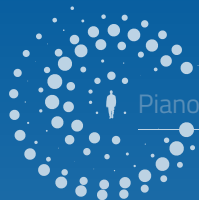
24 mesi

Target

Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Persone detenute; Professionisti delle Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe (PUD); Società Scientifiche e Centri di ricerca; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.



P44

**GARANTIRE
LA PARTECIPAZIONE ED IL
COINVOLGIMENTO DEGLI OPERATORI
CHE A VARIO TITOLO LAVORANO
IN AMBITO CARCERARIO NELLA
PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE
DEGLI INTERVENTI**

LS3 - OB9 - P44

A110

Strutturare un processo operativo che coinvolga Regioni, Province Autonome ed Enti Locali per la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica

Descrizione

Le fisiologiche differenze che sussistono a livello regionale rendono necessario lo sviluppo di un processo strutturato per l'individuazione di risorse, procedure, protocolli, affinché i territori possano accogliere e implementare i percorsi di cura e Riduzione del Danno (RdD). Il processo può essere implementato attraverso la costituzione di un Tavolo *multi-stakeholder*.

Risultati attesi

Individuazione degli strumenti sociali ed educativi comuni a tutte le realtà territoriali; Sviluppo di un Protocollo Operativo per la continuità terapeutica carcere-territorio; Indicazioni condivise per la gestione dei sistemi autorizzativi.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome, Enti Locali e *stakeholder* che partecipano al processo operativo.

Tempistiche

24 mesi

Target

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Operatori Sociosanitari e dei Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore; Persone detenute; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Ministero dell'Istruzione; Polo universitario penitenziario; Tribunale; Tribunale dei minori; Uffici Scolastici Regionali; Operatori Sociosanitari e dei Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P44

A111

Sviluppare un Programma Nazionale di formazione degli operatori per la salute carceri

Descrizione

Al fine di garantire un'uniformità di presa in carico e di cura nel contesto carcerario è necessario predisporre, contestualmente a un piano di trattamento coordinato e unitario, una programmazione organizzativa e clinica comune, a livello nazionale, regionale e locale. A tal fine occorre istituire un Piano di Formazione Individuale e Congiunta, anche bidirezionale, degli operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario sui trattamenti per le dipendenze, sia per il personale sanitario che penitenziario (gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure). La formazione non va concepita esclusivamente come passaggio iniziale ma come elemento continuo e costante (*long-life learning*). Formazione è anche analisi degli esiti, dei processi operativi e delle azioni poste in essere. La formazione deve tener conto delle evidenze scientifiche e delle evoluzioni del fenomeno del consumo e della dipendenza in chiave sanitaria, giuridica e socio-culturale.

Risultati attesi

Programma Nazionale di Formazione degli operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario.

Indicatori di risultato

Definizione del Programma di Formazione Nazionale; Numero di Regioni e Province Autonome che attivano il Piano di Formazione Nazionale degli operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario; Numero di corsi attivati a livello nazionale; Numero di operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario che partecipano alla formazione.

Tempistiche

24 mesi

Target

Magistrati; Operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario; Terzo Settore; Volontariato penitenziario; Persone detenute.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Socio-sanitari; Terzo Settore; Regioni e Province Autonome.

LS3 - OB9 - P44

A112

Strutturare un modello/strumento operativo finalizzato a condividere gli obiettivi del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato tra Istituzioni e operatori coinvolti

Descrizione

Gli obiettivi del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), concordati con la persona e altri soggetti significativi, devono trovare declinazione di tempi, modalità e *setting* dell'intervento complessivo, nonché monitoraggio del percorso e indicatori di efficacia, nella condivisione fattiva tra istituzioni e operatori coinvolti. Per rendere più operative, esigibili e qualificate le misure alternative, la disponibilità di abitare, la possibilità di accedere al lavoro, la creazione di una rete sociale di supporto e risocializzazione, si rende necessaria la fattiva condivisione di obiettivi tra istituzioni e operatori coinvolti.

Risultati attesi

Creazione di un modello/strumento operativo per la rilevazione dei fabbisogni regionali e relative Linee di Indirizzo nazionale.

Indicatori di risultato

Creazione del Modello Operativo e definizione di Linee di Indirizzo applicative a livello nazionale; Numero di Enti Locali e Servizi territoriali che recepiscono il Modello Operativo.

Tempistiche

36 mesi.

Target

Terzo Settore; Operatori Sociosanitari e dei Servizi per le Dipendenze; Persone detenute; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie, Operatori e dirigenti sanitari; Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P44

A113

Predisporre un programma congiunto con i servizi di salute mentale che lavorano in ambito penitenziario

Descrizione

Negli Istituti penitenziari, molti pazienti in carico per disturbi da uso di sostanze presentano anche sintomatologie o disturbi che coinvolgono i servizi della salute mentale e sono carenti risorse dedicate per assicurare le necessarie dotazioni organiche dei servizi. Risulta necessario lo sviluppo di un programma congiunto nel quale trovino attuazione differenti protocolli applicativi.

Risultati attesi

Programmi di cura integrati per soggetti con *co-occurring disorder*.

Indicatori di risultato

Numero di Servizi per le Dipendenze che operano in sinergia con i servizi per la salute mentale in carcere.

Tempistiche

12 mesi

Target

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sia dei servizi per la salute mentale sia dei Servizi per le Dipendenze; Terzo Settore; Persone detenute; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Enti del Terzo Settore; Associazionismo e volontariato; Decisori politici e amministrativi nazionali, regionali e locali; Familiari delle persone detenute; Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sia dei servizi per la salute mentale sia dei Servizi per le Dipendenze; Persone detenute.

P45

ASSICURARE LA
CONTINUITÀ NEGLI INTERVENTI
CARCERE-TERRITORIO



LS3 - OB9 - P45

A114

Sviluppare Linee di Indirizzo per l'interpretazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative

Descrizione

Al fine di rendere più efficaci le risposte alla tossicodipendenza e criminalità con una presa in carico sanitaria e socio-assistenziale, si ritiene opportuna la definizione e lo sviluppo di chiare Linee di Indirizzo, di interpretazione e applicazione, per una maggiore qualificazione delle misure alternative, per abbattere il tasso di recidiva sia criminale sia tossicomana.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo per l'interpretazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative; Incremento dell'accesso alle misure alternative; Attenuazione del tasso di recidiva; Attenuazione del tasso di revoca; Attenuazione del sovraffollamento carcerario.

Indicatori di risultato

Definizione interministeriale delle Linee di Indirizzo; Numero Magistrature di Sorveglianza che recepiscono le Linee di Indirizzo; Numero di misure alternative concesse; Numero di revoche; Numero di recidive.

Tempistiche

12/24 mesi

Target

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Magistrati; Amministratori regionali e locali; Società Scientifiche; Operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario; Persone detenute.

Stakeholder

Decisori politici nazionali, regionali e locali; Garante per i diritti delle persone detenute; Magistrati; Persone che Usano Droghe (PUD).

LS3 - OB9 - P45

A115**Sviluppare Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica e la presenza continuativa dei servizi negli istituti di pena****Descrizione**

Sebbene l'esistenza dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), persistono ancora difformità tra Regolamenti e servizi regionali che creano situazioni di disomogeneità e generano problematiche di presa in carico, in particolare con l'occorrenza di spostamenti tra regioni (risulta ad esempio necessario rivedere la normativa e i protocolli per la concessione dell'indirizzo fittizio). Al fine di assicurare tale omogeneità e di garantire la presa in carico in qualsiasi momento si renda necessaria, occorre prevedere lo sviluppo di Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica e la garanzia di una presenza costante e continuativa dei servizi intramurari, nonché una cooperazione con il Ser.D territoriale di riferimento in un'ottica di integrazione e complementarietà volta a far fronte alle peculiarità territoriali.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica dei servizi intramurari; Aumento della dotazione organica dei servizi intramurari; Aumento dei tempi di presenza dei servizi intramurari.

Indicatori di risultato

Numero di operatori dei servizi intramurari; Numero di giorni di attività dei servizi intramurari.

Tempistiche

24 mesi; Approvazione di un progetto in deroga limitata alle disposizioni vigenti.

Target

Terzo Settore; Medici; Operatori in ambito socio-sanitario e penitenziario; Persone detenute; Regioni e Province Autonome.

Stakeholder

Decisori politici nazionali, regionali e locali; Regioni e Province Autonome; Forze dell'Ordine; Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P45

A116

Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa

Descrizione

Occorre definire Linee di Indirizzo nazionali chiare e condivise sulle modalità e metodologie per effettuare la valutazione del percorso terapeutico, intracarcerario o in misura alternativa, e che individuino altresì i soggetti preposti a tale valutazione. Una valutazione positiva è inoltre condizione necessaria a garantire l'auspicata concessione di un permesso di soggiorno in prova, di durata triennale, ai migranti che come misura da erogare a fine pena, da valutare in itinere, per consentire l'opportunità di reinserimento lavorativo e reintegrazione sociale a seguito del percorso riabilitativo condotto in carcere.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee di Indirizzo nazionali per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo effettuato nel contesto carcerario o in misura alternativa.

Indicatori di risultato

Numero di Servizi che recepiscono le Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso; Numero di valutazioni prodotte; Numero di permessi di soggiorno in prova concessi ai migranti con valutazione positiva.

Tempistiche

Approvazione di un progetto in deroga limitata alle disposizioni vigenti.

Target

Terzo Settore; Medici; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Persone detenute; Regioni e Province Autonome; Migranti.

Stakeholder

Associazioni delle Persone che Usano Droghe; Comunità per le dipendenze; Cooperative inserimento lavorativo; Rete Territoriale dei Servizi; Consulta nazionale migranti; Forze dell'Ordine, Garante per i diritti delle persone detenute; Legislatore; Ministero della Giustizia; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Società Scientifiche; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.

LS3 - OB9 - P45

A117**Sviluppare protocolli operativi finalizzati alla continuità dell'intervento di assistenza anche al momento della dimissione dal carcere****Descrizione**

Occorre rivisitare l'attuale approccio attraverso l'adozione di protocolli e interventi condivisi tra Regioni, ASL, Dipartimenti Salute Mentale (DSM), e Ser.D per assicurare in maniera omogenea sul territorio nazionale la continuità nell'assistenza. La continuità della cura tra carcere e comunità deve essere garantita sia in entrata sia in uscita. È quindi utile considerare la necessità di una presa in carico al momento dell'entrata che permetta la strutturazione del progetto in itinere e che, conseguentemente, accompagni il detenuto nel momento della dimissione, garantendo de facto la continuità dell'intervento. Tra il presidio di Medicina Penitenziaria, il Servizio per le Dipendenze e gli Istituti penitenziari dovranno essere stipulati specifici protocolli atti ad assicurare il raccordo con i Servizi territoriali presso i quali il detenuto sia stato preso in carico o presso i quali indirizzarlo in previsione della dimissione, in modo da garantire una dimissione protetta.

Risultati attesi

Sviluppo di protocolli operativi per la continuità dell'assistenza all'uscita dal carcere condivisi tra Regioni e Province Autonome, ASL, DSM, e Ser.D per assicurare la continuità.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome, ASL, DSM e Ser.D che recepiscono il protocollo; Numero di accordi stipulati per assicurare la continuità nell'assistenza alla dimissione dal carcere.

Tempistiche

12/24 mesi

Target

Familiari delle persone detenute; Persone detenute.

Stakeholder

Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori e dirigenti sanitari; Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P45

A118

Ripristinare la Consulta Nazionale degli operatori delle dipendenze

Descrizione

Istituito dall'Art. 1 del DPR 309/90, risulta ancora assente dopo 12 anni dall'emissione del Decreto. Si auspica quindi la sua effettiva istituzione e messa in atto secondo quanto stabilito dal citato Decreto.

Risultati attesi

Confronto efficace e continuo tra gli operatori delle dipendenze; Produzione di documenti condivisi.

Indicatori di risultato

Creazione della Consulta; Numero di documenti prodotti, da recepire, pubblicare e diffondere.

Tempistiche

12 mesi; Tempi di vigenza del Piano

Target

Aziende; Realtà lavorative; Comunità; Cooperative e imprese sociali; Decisori politici nazionali, regionali e locali; Dirigenti scolastici; Magistrati; Medici; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Persone che Usano Droghe (PUD); Professionisti delle Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Decisori politici nazionali, regionali e locali; Forze dell'Ordine; Garante per i diritti delle persone detenute; Ministero dell'Interno; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Scuole; Sistema Nazionale di Allerta Precoce; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.

LS3 - OB9 - P45

A119**Potenziare lo stanziamento di risorse finalizzate ai percorsi di trattamento e *recovery* e per risorse professionali dedicate****Descrizione**

In merito allo stanziamento di risorse è prevista già la stipula di un Protocollo d'Intesa per creare gruppi di lavoro integrati (ASL, Istituti penitenziari) secondo quanto previsto in accordo tra Stato e Regione all'interno della Conferenza. Le risorse inoltre potrebbero essere utilizzate per prevedere degli accordi con imprenditori del territorio per la defiscalizzazione volta all'assunzione di ex-detentuti, che potrebbero iniziare il percorso di inserimento e professionalizzazione già durante la pena e favorendo, una volta usciti, il processo di reinserimento, anche ampliando la disponibilità abitativa e sviluppando percorsi di inserimento lavorativo.

Risultati attesi

Accordi con gli imprenditori del territorio; Incremento di percorsi di inserimento lavorativo attivati.

Indicatori di risultato

Numero di accordi con gli imprenditori del territorio; Numero di percorsi di inserimento lavorativo attivati; Numero di residenze abitative.

Tempistiche

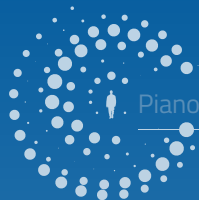
12/24 mesi

Target

Persone detenute tossicodipendenti; Imprenditori del territorio; Enti privati e fondazioni con disponibilità di alloggi a prezzo calmierato.

Stakeholder

Aziende per l'Edilizia Residenziale Pubblica; Associazioni di categoria; Comuni; Conferenza Stato-Regioni; Cooperative inserimento lavorativo; Enti privati e fondazioni con disponibilità di alloggi a prezzo calmierato; Garante per i diritti delle persone detenute; Parti Sociali (Sindacati).



P46

RILANCIARE GLI
ISTITUTI DI CUSTODIA ATTENUATA
PER IL TRATTAMENTO DEI
TOSSICODIPENDENTI NELLA LORO
SPECIFICITÀ RIABILITATIVA

LS3 - OB9 - P46

A120**Dare piena attuazione agli Istituti e alle sezioni a custodia attenuata e inserirli all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali****Descrizione**

Si rende necessario prevedere la piena attuazione degli Istituti di Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (ICATT) e delle sezioni a custodia attenuata all'interno degli istituti di pena su tutto il territorio nazionale come disposto dal dettato legislativo del DPR 309/90. A tal fine occorre ripristinare la loro funzione originaria, finalizzata alla facilitazione delle condizioni per la realizzazione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) delle persone dipendenti, in stretto collegamento con il territorio in cui è collocata la struttura. In tal senso nelle sezioni a custodia attenuata la vita interna deve essere il più possibile improntata a un modello comunitario e tali sezioni devono essere aperte al territorio circostante e i percorsi a custodia attenuata strutturati all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali. Permane inoltre la necessità di revisione dei regolamenti che escludono dall'accesso agli ICATT le persone con comorbilità tossico-psichiatrica e le persone trattate con farmaco agonista, essendo la conclusione dei trattamenti con oppioidi un requisito di accesso. La permanenza in queste aree dovrebbe comunque essere propedeutica alle misure alternative come l'affidamento in prova "terapeutico", disciplinato dall'Art.94 del DPR 309/90, e la detenzione domiciliare speciale, ex Art. 47-quinquies o.p. Prevedere la possibilità di integrazione con reparti specialistici anche esterni al carcere, sulla base dei modelli della Nave di San Vittore e del La Vela di Opera, che integrino l'attività dei Ser.D di primo livello con programmi intramurari e prevedano specifici percorsi di valutazione.

Risultati attesi

Piena attuazione degli Istituti di Custodia Attenuata (ICATT) e delle sezioni a custodia attenuata all'interno degli istituti di pena su tutto il territorio nazionale come disposto dal dettato legislativo del DPR 309/90.

Indicatori di risultato

Numero di Istituti di Custodia Attenuata (ICATT) e di sezioni a custodia attenuata all'interno degli istituti di pena attivati sul territorio nazionale; Numero di Istituti di Custodia Attenuata (ICATT) e di sezioni a custodia attenuata all'interno degli istituti di pena attivati sui territori regionali; Numero di custodie attenuate concesse.

Tempistiche

36 mesi.

Target

Persone detenute tossicodipendenti; Familiari delle persone detenute tossicodipendenti.

Stakeholder

Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Associazioni; Comuni; Dipartimenti per le Dipendenze; Enti Locali; Garante per i diritti delle persone detenute; Istituti penitenziari; Ministero della Giustizia; Operatori Sanitari; Personale di polizia penitenziaria; Regioni e Province Autonome; Magistratura di Sorveglianza; Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P46

A121

Istituzione degli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti nei penitenziari femminili

Descrizione

Ad oggi in Italia esiste un solo Istituto femminile a Custodia Attenuata, mentre è solitamente più probabile la creazione di sezioni femminili negli istituti (in generale la popolazione detenuta femminile è circa il 6% del totale della popolazione detenuta). Nel rispetto della territorialità, dovrebbero essere previsti più Istituti a Custodia Attenuata esclusivamente femminili (e non sezioni o parti di Istituti maschili) comprensivi di aree indicate per le detenute con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS). È già fortemente incidente, infatti, la separazione delle detenute donne che vedono precluse, per ragioni di sicurezza, opportunità trattamentali, progetti, possibilità di lavoro.

Risultati attesi

Istituzione di Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento delle Tossicodipendenti su tutto il territorio nazionale.

Indicatori di risultato

Numero di ICATT femminili attivati sul territorio nazionale; Numero di ICATT femminili attivati sui territori regionali.

Tempistiche

36 mesi

Target

Persone detenute.

Stakeholder

Associazioni; Comuni; Dipartimenti per le Dipendenze; Enti ausiliari; Enti Locali; Garante per i diritti delle persone detenute; Istituti penitenziari; Terzo Settore.

LS3 - OB9 - P46

A122**Istituire la figura dell'Agente di rete****Descrizione**

L'Agente di rete si conferma una figura fondamentale nella transizione tra istituto penitenziario e territorio, in particolare nel mantenimento della continuità del trattamento. Il suo ruolo è infatti quello di creare ponti per la persona detenuta con tutto il territorio, ponendolo come una figura capace di favorire il reinserimento sociale della persona detenuta nel territorio. Questa professionalità non limita l'intervento alle dipendenze ma si apre al concetto di salute e, in questa accezione, può assumere anche un ruolo di promotore della salute in carcere. Tale figura è particolarmente importante nei momenti più critici, ovvero l'ingresso e l'uscita dal carcere: all'ingresso l'Agente instaura un rapporto con familiari e avvocati della persona detenuta; all'uscita può fare da raccordo con i dormitori e con le risorse territoriali.

Risultati attesi

Istituzione della figura dell'Agente di rete come professionalità riconosciuta, extra-ministeriale.

Indicatori di risultato

Numero di Agenti di rete sul territorio nazionale; Numero di Agenti di rete sui territori regionali.

Tempistiche

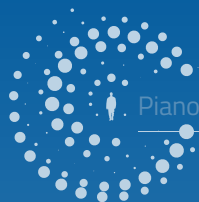
24 mesi

Target

Agenti di rete; Persone detenute; Familiari delle persone detenute.

Stakeholder

Associazioni; Comuni; Dipartimenti delle Dipendenze; Enti ausiliari; Enti Locali; Garante per i diritti delle persone detenute; Istituti penitenziari; Profili professionali regionali; Terzo Settore.



P47

AVVIARE LA
SPERIMENTAZIONE NEGLI
ISTITUTI DI PENA DI INTERVENTI
DI RIDUZIONE DEL DANNO CON
FORMAZIONE DEL PERSONALE
PENITENZIARIO E SANITARIO E
CON IL COINVOLGIMENTO DELLE
PERSONE DETENUTE

LS3 - OB9 - P47

A123

Includere le azioni di Riduzione del Danno nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle ASL, come sviluppo di Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali

Descrizione

Il principio di equivalenza delle cure, che assicura interventi di pari livello tra popolazione carceraria e comunità territoriale, ribadito dal DCPM del 12.01.17, costituisce un diritto della persona detenuta. Per tale motivo la cronica mancanza di interventi di Riduzione del Danno (RdD) all'interno del carcere risulta lesiva del principio e rappresenta una negazione dei diritti umani. Pertanto, oltre all'auspicata modifica normativa all'Art. 11 dell'Ordinamento penitenziario che inserisca le azioni di RdD come atto di natura sanitaria a tutela del diritto di salute, occorre includere tali azioni nei Regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle Aziende Sanitarie Locali, come sviluppo di Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA).

Risultati attesi

Modifica dell'Art.11 dell'ordinamento penitenziario; Inserimento delle azioni di RdD come atto di natura sanitaria a tutela del diritto di salute nei Regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle Aziende Sanitarie Locali.

Indicatori di risultato

Avvenuta modifica dell'ordinamento penitenziario; Numero di Istituti che recepiscono l'inserimento delle misure di RdD nei Regolamenti di Istituto; Numero di ASL che recepiscono l'inserimento delle misure di RdD nella Carte dei servizi e degli interventi sanitari.

Tempistiche

24 mesi

Target

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori e dirigenti delle aziende sanitarie; Persone detenute tossicodipendenti.

Stakeholder

Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori e dirigenti delle aziende sanitarie; Operatori Sociali; Terzo Settore; Persone che Usano Droghe (PUD).



LS3 - OB9 - P47

A124

Definire Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione

Descrizione

Le istanze securitarie confliggono con le esigenze della prevenzione e della cura per timore della diversione dei presidi sanitari e dei farmaci somministrati e distribuiti. Non rappresentando un intervento di Riduzione del Danno (RdD), bensì di cura, il trattamento con farmaci agonisti a mantenimento, rispetto al quale si rilevano ancora significative criticità in molti Istituti di pena (accessi, durata, dosaggi) si rende necessaria la definizione di specifiche Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione.

Risultati attesi

Sviluppo di Linee di Indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione.

Indicatori di risultato

Formulazione di Linee di Indirizzo; Numero di Istituti che implementano le Linee di Indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione.

Tempistiche

12 mesi

Target

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Medici; Operatori e dirigenti delle aziende sanitarie; Persone detenute tossicodipendenti.

Stakeholder

Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori e dirigenti delle aziende sanitarie.

LS3 - OB9 - P47

A125

Sviluppare un protocollo di valutazione medico-farmacologica precoce e prevedere lo *screening* e la vaccinazione per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze

Descrizione

Un modello di presa in carico integrata e multidimensionale della persona con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) in regime detentivo necessita di una precoce valutazione medico-farmacologica-psicologica per disporre eventuali interventi d'urgenza sanitari e favorire lo *screening* per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze. Si evidenzia quindi la necessità di garantire la specificità dell'intervento sanitario e di dedicare particolare attenzione da un lato alle patologie infettive e dall'altro alle patologie psichiatriche correlate. In tal senso si rende anche necessaria una valutazione psicologica e un'approfondita indagine sociale della persona e del suo contesto e, qualora opportuna, una valutazione psichiatrica o di altra specialità utile allo scopo. Al fine di limitare drasticamente l'occorrenza di patologie infettive nella popolazione detenuta, si rende inoltre necessario, su tutta la popolazione *target*, lo *screening* per HCV mediante prelievo ematochimico o, in alternativa, *test* salivare nei casi in cui per motivazioni culturali o psicologiche la persona detenuta rifiuti il prelievo. Sui campioni dei soggetti con anticorpi anti-HCV positivi dovrà essere dosata la viremia (HCV RNA).

Allo stato attuale, lo *screening* HCV viene supportato dal decreto attuativo dello «*Screening* nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV» del Ministero della Salute. L'obiettivo generale è quello di diminuire la prevalenza dell'infezione nella popolazione detenuta attraverso l'accertamento ed il successivo trattamento dei soggetti cronicamente infetti.

In relazione alle infezioni da epatite B (HBV) si propone la messa a sistema di una vaccinazione rapida in ambito detentivo. La Vaccinazione per l'Epatite Virale tipo B (HBV) viene effettuata normalmente nel modo seguente: 1° dose al T0, 2° dose dopo un mese e 3° dose dopo sei mesi. La permanenza media di detenzione, soprattutto nelle Case Circondariali può inficiare il completamento del ciclo vaccinale, pertanto si rende necessario utilizzare una modalità accelerata che preveda la somministrazione della 1° dose al T0; 2° dose dopo una settimana; 3° dose dopo 3 settimane dalla 1° dose; un richiamo dopo dodici mesi dalla 1° dose.

Evidenze scientifiche a supporto sono disponibili nell'articolo allegato che è stato considerato Buona Pratica in ambito penitenziario dal World Health Organization Regional office For Europe (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/activities/partner-activities/good-practice-examples>).

Risultati attesi

Sviluppo di un Protocollo di presa in carico integrata e multidimensionale; *Screening* per HCV gratuito a tappeto su tutta la popolazione carceraria; Diminuzione della prevalenza di HCV nella popolazione carceraria; Ciclo vaccinale anti-HBV completo su tutte le persone non vaccinate detenute.



Indicatori di risultato

Numero di Protocolli di presa in carico integrata e multidimensionale attivati a livello nazionale; Numero di *test* di *screening* per HCV effettuati a livello nazionale sulla popolazione carceraria; Numero di istituti carcerari che effettuano lo *screening* per HCV; Prevalenza di HCV negli istituti detentivi a livello nazionale; Numero di persone detenute sottoposte a vaccinazione anti-HBV a livello nazionale; Numero di persone detenute sottoposte a vaccinazione anti-HBV a livello di istituto/Casa Circondariale; Prevalenza di HBV negli istituti detentivi a livello nazionale.

Tempistiche

24 mesi

Target

Sistema Sanitario Nazionale e Medicina Penitenziaria; Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Persone detenute tossicodipendenti; Medici; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Persone detenute; Professionisti delle Dipendenze.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari, Terzo Settore.

LS3 - OB9– P47

A126

Garantire la distribuzione di materiale sterile e preservativi e il trattamento con farmaci agonisti all'interno delle strutture carcerarie

Descrizione

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

Il DCPM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" di cui all'Art. 1 comma 7 del D.L. 30.12.92 n.502, disciplina esplicitamente l'Art. 28 le prestazioni che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) assicura alle persone con dipendenze patologiche "ivi comprese" le persone incluse e internate" "attraverso la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato" inclusi "gli interventi di Riduzione del Danno".

Non è più rimandabile una netta presa di posizione in merito alla necessità di disporre in carcere di materiale sterile e di preservativi, con il pieno rispetto dell'anonimato.

I connessi rischi sanitari (trasmissione di HIV, epatiti e tanto altro) chiedono misure preventive disponibili e uguali a quelle di cui dispone la comunità esterna alle strutture detentive.

Risultati attesi

Modifica Ordinamento Penitenziario (OP); Attivazione di pratiche sperimentali di Riduzione del Danno all'interno degli istituti di reclusione come da esperienze europee.

Indicatori di risultato

Modifica avvenuta dell'OP; Numero di sperimentazioni locali attivate; Numero di diversioni verificate in rapporto ai presidi sanitari messi a disposizione.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone detenute tossicodipendenti.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Dirigenti sanitari e della sicurezza; Associazioni di utenti; Terzo Settore.



LS3 - OB9 - P47

A127

Elaborare processi di attivazione e qualificazione delle persone detenute nella creazione di sportelli e in iniziative di auto-mutuo-aiuto e sostegno tra pari

Descrizione

In termini di responsabilizzazione e attivazione, si rende necessario il coinvolgimento diretto delle persone detenute e degli altri attori, tra cui tutti gli operatori dell'ambito carcerario per gli interventi di Riduzione del Danno (RdD), con forme miste di coinvolgimento e di esperienze di auto-mutuo-aiuto e con una formazione specifica, in modo da valorizzare le buone prassi che devono poter essere replicate anche in altri ambiti e qualificare le competenze delle persone detenute.

Lo sviluppo di processi e progetti di attivazione delle persone detenute in gruppi di auto-muto-aiuto dovrebbero coinvolgere volontari esterni – almeno nella fase di avvio – rifacendosi a quelle realtà (più diffuse all'estero che in Italia) che hanno dimostrato di avere esiti positivi (es. Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi, Giocatori Anonimi).

Risultati attesi

Sviluppo di processi e di progetti di attivazione e qualificazione delle persone detenute.

Indicatori di risultato

Numero di progetti di attivazione (sportelli e iniziative di auto mutuo aiuto); Numero di qualificazione delle competenze delle persone detenute; Numero dei volontari disponibili a processi di accompagnamento.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone detenute; Persone detenute tossicodipendenti; Operatori Sociosanitari che lavorano nella cura e nella Riduzione del Danno; Volontariato; Terzo Settore.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga (DPA); Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP); Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Terzo Settore; Alcolisti Anonimi; Narcotici Anonimi; Giocatori Anonimi.

P48

SVILUPPARE RICERCA
SUGLI INTERVENTI TERAPEUTICI
VERSO PERSONE DETENUTE CHE
UTILIZZANO DROGHE E SULLA
VALUTAZIONE DEL LORO IMPATTO



LS3 - OB9 - P48

A128

Ripristinare il Comitato Scientifico del Dipartimento Politiche Antidroga

Descrizione

Il Comitato Scientifico valutava sia le proposte scientifiche in merito a qualunque azione del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), sia la compilazione della Relazione Annuale al Parlamento verificando la copertura dei settori principali e la correttezza dei dati.

Risultati attesi

Controllo e coordinamento dei progetti di ricerca e dei dati ufficiali, soprattutto sugli interventi di salute in carcere.

Indicatori di risultato

Qualità dei dati a disposizione del DPA; Elaborazione/Monitoraggio dei dati disponibili *online* sul sito DPA.

Tempistiche

Tempi di vigenza del Piano.

Target

Decisori politici e amministrativi regionali e locali; Dirigenti scolastici; Legislatore; Magistrati; Medici; Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori e *policy maker* in ambito socio-sanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Professionisti delle Dipendenze; Studenti; Terzo Settore.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Garante per i diritti delle persone detenute; Legislatore; Ministero dell'Interno; Ministero Giustizia; Società Scientifiche; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.

LS3 - OB9 - P48

A129

Sviluppare progetti di ricerca *evidence based* sull'integrazione tra carcere e territorio e che comprendano la valutazione dei risultati

Descrizione

È necessario progettare ricerche, sia di tipo psicosociale sia sulla continuità degli interventi, sulle possibili integrazioni tra carcere e territorio, analizzando:

- a. il punto di vista di operatori/professionisti coinvolti;
- b. le azioni progettate, intraprese, attuate;
- c. l'impatto delle azioni intraprese, esplorando, sulla base di indicatori specifici, le ricadute operative su operatori, professionisti e persone in stato di detenzione.

Risulta inoltre necessario approfondire lo studio del fenomeno dei suicidi in carcere, non solo per quanto concerne la reazione sociosanitaria al contesto-ambiente della detenzione da parte delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbo da Uso di Alcol (DUA), ma anche in relazione alla qualità organizzativa e gestionale degli Istituti di detenzione.

Ciò dovrebbe condurre all'elaborazione di protocolli e strumenti validi su tutto il territorio nazionale che, unitamente alla formazione, possano incidere positivamente sul fenomeno dettandone una netta riduzione.

Risultati attesi

Incremento della conoscenza dell'attuale livello di integrazione tra carcere e territorio e degli interventi promossi dall'istituzione penitenziaria e dai servizi per la salute; Approfondimento della conoscenza in relazione al fenomeno dei suicidi in carcere.

Indicatori di risultato

Numero di progetti di ricerca attivati a livello nazionale; Numero di progetti di ricerca attivati a livello regionale.

Tempistiche

36 mesi

Target

Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno; Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario; Operatori Sociali; Persone detenute; Professionisti delle Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Forze dell'Ordine; Garante per i diritti delle persone detenute; Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie; Operatori Sanitari; Operatori Sociali; Società Scientifiche; Terzo Settore; Università ed Enti di Ricerca.

OBIETTIVO STRATEGICO 10

Riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze

P49 Rafforzare la collaborazione interistituzionale tra Dipartimento Politiche Antidroga e Forze di Polizia in un'ottica di continuità

P50 Potenziare la prevenzione alla guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti

P51 Potenziare le azioni di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi nell'ambito dell'incidentalità stradale alcol e droga correlata



P49

RAFFORZARE
LA COLLABORAZIONE
INTERISTITUZIONALE TRA
DIPARTIMENTO POLITICHE
ANTIDROGA E FORZE DI POLIZIA IN
UN'OTTICA DI CONTINUITÀ

LS3 - OB10 - P49

A130

Potenziare la collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento Politiche Antidroga e le Forze di Polizia finalizzata alla prevenzione e al contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e alcol da parte dei conducenti di veicoli

Descrizione

Nel corso degli ultimi anni sono stati attivati accordi interistituzionali tra il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) e le Forze di Polizia finalizzati a rafforzare la prevenzione e il contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti, nonché dell'abuso di alcol da parte dei conducenti dei veicoli.

Si propone di potenziare queste forme di collaborazione, estendendole anche alle Polizie Locali, in una prospettiva di continuità e attraverso la formulazione di accordi che prevedano, anche in collaborazione con altri soggetti, la redazione di protocolli operativi condivisi relativi all'accertamento dell'assunzione di sostanze psicoattive e la realizzazione di azioni congiunte di prevenzione.

Risultati attesi

Nuovi accordi interistituzionali tra DPA e Forze di Polizia, estesi alle Polizie Locali; Aumento dell'efficacia delle azioni di prevenzione e contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e dell'abuso di alcol da parte dei conducenti dei veicoli.

Indicatori di risultato

Numero di accordi stipulati; Variazione percentuale degli accertamenti effettuati rispetto agli anni precedenti; Numero di specifiche attività di prevenzione realizzate.

Tempistiche

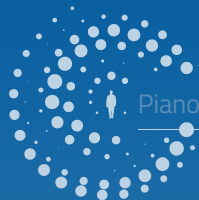
12 mesi

Target

Patentati; Popolazione studentesca.

Stakeholder

Dipartimento Politiche Antidroga; Ministero dell'Interno; Ministero della Difesa; Ministero della Salute; Conferenza Unificata; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI).



P50

POTENZIARE LA
PREVENZIONE ALLA GUIDA IN STATO
DI EBBREZZA E/O DI ALTERAZIONE
PSICOFISICA PER USO DI SOSTANZE
STUPEFACENTI

LS3 - OB10 - P50

A131

Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni-*target*

Descrizione

Si riscontra a livello nazionale una disomogeneità nei contenuti e negli strumenti utilizzati per la realizzazione di campagne di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata. Si ritiene quindi necessaria la produzione di Linee Guida finalizzate ad un'uniformazione di contenuti e strumenti delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione sul tema basate su evidenze scientifiche e con particolare attenzione alle specificità delle popolazioni-*target*.

Risultati attesi

Linee Guida; Realizzazione di campagne di prevenzione e sensibilizzazione basate su *standard* qualitativi condivisi e basati su evidenze scientifiche.

Indicatori di risultato

Produzione delle Linee Guida; Realizzazione di una piattaforma che raccolga tutti i materiali validati come possibile *output*.

Tempistiche

24 mesi

Target

ASL; Regioni e Province Autonome; Enti Locali; Istituzioni Scolastiche; Forze di Polizia; Terzo Settore.

Stakeholder

Case automobilistiche; Dipartimento Politiche Antidroga; Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibile; Regioni e Province Autonome; Società Scientifiche; Università ed Enti di Ricerca.



LS3 - OB10- P50

A132

Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*

Descrizione

Sul territorio nazionale non c'è omogeneità negli interventi di prevenzione all'infrazione degli Artt. n.186 e 187 del Codice della Strada (CdS) e all'incidentalità ad essi correlata.

Si propone di sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di campagne di prevenzione e formazione alla guida sicura differenziate per *target* specifici, che utilizzino anche tecnologie innovative (es. realtà virtuale) e la cui efficacia sia validata da organi scientificamente competenti.

Si segnalano, in particolare, il mondo giovanile, i patentati *over 30* non precedentemente segnalati, i conducenti professionali.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata; Aumento della consapevolezza sui rischi e sui danni connessi al consumo di alcol e sostanze relativamente alla *performance* di guida; Abilitazione di professionisti specificamente formati; Riduzione dell'incidentalità stradale, nelle fasce orarie tarda serata/notte; Riduzione dei casi di infrazione degli Artt. n.186 e 187 CdS.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome, Aziende USL, Enti Locali, Istituti Scolastici che recepiscono le Linee di Indirizzo; Numero di azioni/interventi implementati; Numero delle persone coinvolte; Numero di *stakeholder* coinvolti; Numero incidenti stradali nel periodo di riferimento; Flessione nell'andamento dell'incidentalità stradale e nei casi di infrazione degli Artt. n.186 e 187 CdS.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende UsL; Enti Locali; Patentati; Studenti.

Stakeholder

Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Aziende Ospedaliere; Enti Locali; Forze di Polizia; Istituti Scolastici; Scuole guida; Terzo Settore; ACI; Case automobilistiche; Compagnie Assicuratrici; Ministero del Lavoro; Ministero dell'Interno; Associazioni datoriali; Sindacati; Prefetture.

LS3 - OB10 - P50

A133**Uniformare le Linee Operative delle Commissioni Mediche Locali****Descrizione**

Le linee operative che le Commissioni Mediche Locali (CML) adottano durante gli accertamenti dei requisiti psico-fisici per l' idoneità alla guida appaiono non essere uniformi sia all'interno che fra le Regioni e Province Autonome italiane. A partire dalla revisione delle Linee di Indirizzo esistenti è necessario standardizzare e uniformare i criteri analitici e diagnostici con la finalità di renderli applicabili uniformemente nelle diverse CML.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo operativo per le Commissioni Mediche Locali; Adozione di criteri uniformi da parte delle CML.

Indicatori di risultato

Numero di applicazioni di procedure uniformate; Numero di tavoli intra e inter regionali attivati; Adozione delle Linee di Indirizzo revisionate da almeno l'80% dei Presidenti delle CML.

Tempistiche

24 mesi

Target

Commissione Mediche Locali; Laboratori di analisi; Cittadini che hanno violato gli Artt.n.186 e 187 del CdS.

Stakeholder

Commissioni Mediche Locali; Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Conferenza Stato-Regioni; Forze di Polizia; Magistratura di merito; Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna; Operatori Sociosanitari; Rete territoriale dei Servizi per le Dipendenze; Scuole guida; ACI; Persone che Usano Droghe (PUD).



LS3 - OB10- P50

A134

Sviluppare corsi info-educativi come requisito essenziale per la revisione dei documenti di guida per i cittadini che infrangono gli Artt. n.186 e 187 del CdS

Descrizione

Nel territorio nazionale non c'è omogeneità nella risposta socio-educativa all'infrazione degli Artt. n.186 e 187 del Codice della Strada (CdS). Partendo dall'esempio della Regione Emilia Romagna si vuole formulare una proposta organica che tenga insieme i percorsi sanitari, i percorsi sociali (approccio riparativo) e i percorsi giuridici, articolata in corsi di primo e secondo livello tenuto da personale debitamente formato per la revisione dei documenti di guida.

Risultati attesi

Attivazione di corsi di primo e secondo livello; formazione dei docenti; Aumento della consapevolezza sui rischi e sui danni connessi al consumo di alcol e sostanze relativamente alla performance di guida; Diffusione della cultura riparativa e della responsabilità; Abilitazione di professionisti specificamente formati.

Indicatori di risultato

Numero di Corsi di primo e secondo livello attivati; Riduzione dei casi di violazione Artt. n.186 e 187 CdS; Riduzione delle recidive.

Tempistiche

24 mesi

Target

Cittadini che hanno violato gli Artt. n.186 e 187 del CdS.

Stakeholder

Commissioni Mediche Locali; Decisori politici regionali e locali; Forze dell'Ordine; Magistratura di merito; Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE); Operatori Sociosanitari; Rete territoriale dei Servizi per le Dipendenze; Scuole guida; ACI.

LS3 - OB10 - P50

A135

Inserire nel programma di formazione dei neopatentati e nei percorsi di revisione della patente le tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida

Descrizione

Si evidenzia una non sufficiente trattazione delle tematiche relative ai rischi connessi all'incidentalità alcol e droga correlata nei programmi formativi rivolti ai neopatentati e ai soggetti obbligati alla revisione della patente. Si propone quindi una revisione di tali percorsi di formazione.

Risultati attesi

Revisione dei percorsi di formazione; Aumento della consapevolezza sui rischi connessi al consumo di alcol e sostanze sulla performance di guida.

Indicatori di risultato

Verifica dell'apprendimento durante l'esame di teoria.

Tempistiche

24 mesi

Target

Cittadini che devono prendere la patente o fare la revisione della stessa; Neopatentati e soggetti sottoposti al recupero punti.

Stakeholder

Decisori politici regionali e locali; Scuole guida.



LS3 - OB10– P50

A136

Rafforzare la formazione e la sensibilizzazione di farmacisti e medici prescrittori di terapie psicofarmacologiche sul rischio di alterazione psicofisica alla guida, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi

Descrizione

Si riscontra a livello nazionale una tendenza in crescita rispetto al largo utilizzo di psicofarmaci da parte della popolazione.

Si propone di scoraggiare la guida di persone trattate con terapie psicofarmacologiche, soprattutto se in associazione con alcol o altri farmaci con effetti sommativi, attraverso azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte a farmacisti e medici prescrittori.

Risultati attesi

Corsi di formazione e sensibilizzazione rivolti a farmacisti e medici prescrittori; Aumento della consapevolezza dei pazienti in trattamento con psicofarmaci sui rischi di alterazione psicofisica alla guida, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi.

Indicatori di risultato

Numero di percorsi formativi e di sensibilizzazione attivati; Variazione percentuale rispetto agli incidenti ricorrenti in stato di intossicazione da psicofarmaci/alcol e psicofarmaci/altri farmaci.

Tempistiche

24 mesi

Target

Farmacisti; Medici prescrittori.

Stakeholder

Case Farmaceutiche; Ordini professionali; Regioni e Province Autonome.

P51

POTENZIARE LE AZIONI
DI RIDUZIONE DEL DANNO E
LIMITAZIONE DEI RISCHI NELL'AMBITO
DELL'INCIDENTALITÀ STRADALE ALCOL
E DROGA CORRELATA



LS3 - OB10- P51

A137

Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi specifici per l'incidentalità stradale alcol-droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento

Descrizione

L'uso di sostanze psicoattive e l'abuso di alcolici sono spesso correlati alla frequentazione di contesti di divertimento (discoteche, concerti, *rave party* ecc.) che vengono raggiunti dai partecipanti attraverso l'utilizzo di mezzi di locomozione privati.

Si propone di sviluppare interventi specifici di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR), che potrebbero essere previsti già al momento del rilascio delle autorizzazioni di eventi sensibili, e che dovrebbero prevedere la distribuzione di *kit* per l'autovalutazione del tasso alcolico, spazi *chill out* e di decompressione, prezzi dell'acqua calmierati, postazioni per caricare il cellulare che può essere utilizzato per contattare amici/familiari e eventuali richieste di aiuto e incentivare l'utilizzo di mezzi di trasporto collettivo, l'individuazione del guidatore designato e il pernottamento presso strutture convenzionate.

Risultati attesi

Linee di Indirizzo per interventi di RdD e LdR specifici per l'incidentalità stradale alcol-droga correlata; Contenimento dell'incidentalità stradale alcol-droga correlata in relazione alla frequentazione di luoghi del divertimento.

Indicatori di risultato

Numero di Regioni e Province Autonome, Aziende USL, Enti Locali che recepiscono le Linee di Indirizzo; Variazione percentuale dell'incidentalità stradale post-eventi rispetto agli anni precedenti; Numero di interventi di RdD e LdR messi in atto.

Tempistiche

24 mesi

Target

Regioni e Province Autonome; Aziende USL; Enti Locali; Fruitore di eventi sensibili.

Stakeholder

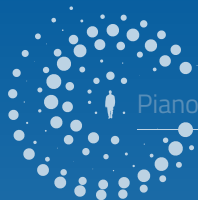
Aziende USL; Privato Sociale; Associazioni di categoria dei gestori di locali e discoteche; Associazioni di volontariato; Protezione Civile; Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI); Organizzatori eventi; Società Italiana Autori ed Editori (SIAE); Aziende del trasporto locale e Associazioni Categoria Tassisti; Aziende produttrici di bevande; Albergatori; B&B; Campeggi.

OBIETTIVO STRATEGICO 11

Coinvolgimento attivo delle Persone che Usano Droghe nella definizione, implementazione e valutazione dei progetti di intervento di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

P52 Definire un linguaggio comune e condiviso per riferirsi alle Persone che Usano Droghe per superare lo stigma

P53 Attivare e rendere strutturale la partecipazione delle Persone che Usano Droghe



P52 DEFINIRE UN
LINGUAGGIO COMUNE E CONDIVISO
PER RIFERIRSI ALLE PERSONE CHE
USANO DROGHE PER SUPERARE LO
STIGMA

LS3 - OB11 - P52

A138

Individuare approcci e metodologie per la valutazione dello stigma nell'ambito dei Dipartimenti nonché dei Servizi dedicati Pubblici e Privati, nella percezione delle Persone che Usano Droghe

Descrizione

Lo stigma è ampiamente collegato all'accessibilità dei Servizi, de-stigmatizzare i Servizi è un'azione prioritaria e per fare questo è necessario valutare quanto e in che modalità lo stigma incide sulle condizioni di accesso.

Risultati attesi

Maggiore comprensione delle barriere di accesso ai Servizi; Maggior comprensione del fenomeno dello stigma nella percezione delle Persone che Usano Droghe (PUD); Raccomandazioni per l'utilizzo di approcci e metodologie standardizzati per la valutazione dello stigma.

Indicatori di risultato

Diminuzione dello stigma percepito al momento dell'accesso da parte delle PUD; Numero di Servizi che adottano le raccomandazioni per l'utilizzo di approcci e metodologie standardizzati per la valutazione dello stigma.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Operatori dei Servizi per le Dipendenze; Aziende, Cooperative e Imprese sociali.

Stakeholder

Dipartimenti per le Dipendenze; Rete Territoriale dei Servizi per le Dipendenze; Persone che Usano Droghe; Università ed Enti di Ricerca.



LS3 - OB11 - P52

A139

Modificare lo stigma verso le Persone che Usano Droghe attraverso la formazione degli Operatori Sanitari, degli Operatori Sociali e delle Forze dell'Ordine

Descrizione

Lo stigma rappresenta una delle barriere alla richiesta di aiuto, si propone una formazione continua e specifica per ogni categoria di operatori che lavorano con Persone che Usano Droghe (PUD) con l'obiettivo di diminuire lo stigma verso le PUD; aumentare la consapevolezza sugli effetti dello stigma in tutti gli operatori che lavorano con PUD; Creare un circuito di formazione continua sui temi etici. È necessario strutturare un percorso formativo a livello nazionale capace di sensibilizzare gli Operatori Sociali, Sanitari, Educativi e della sicurezza in merito alle rappresentazioni relative all'uso di sostanze e di analizzare gli effetti del linguaggio stigmatizzante. La formazione, che vedrà la partecipazione attiva delle PUD, avrà l'obiettivo di diminuire lo stigma verso le PUD.

Risultati attesi

Raccomandazioni per l'adozione di moduli formativi finalizzati alla riduzione dello stigma; Modifica dello stigma verso le PUD; Formazione degli Operatori in ambito Dipendenze su stigma e linguaggi stigmatizzanti.

Indicatori di risultato

Numero di Servizi che adottano le raccomandazioni per l'adozione di moduli formativi finalizzati alla riduzione dello stigma; Numero di Servizi che adottano moduli formativi su stigma e linguaggi stigmatizzanti; Numero di Operatori Sociosanitari che partecipano ai corsi.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Operatori Sanitari, Operatori Sociali e delle Forze dell'Ordine.

Stakeholder

Dipartimenti per le Dipendenze; Rete territoriale dei Servizi per le Dipendenze; Persone che Usano Droghe (PUD); Università ed Enti di Ricerca; Ministero dell'Interno.

P53

ATTIVARE E RENDERE
STRUTTURALE LA PARTECIPAZIONE
DELLE PERSONE CHE USANO DROGHE



LS3 - OB11 - P53

A140

Elaborare raccomandazioni operative per l'integrazione delle Persone che Usano Droghe attraverso le loro forme associative nella programmazione dei Dipartimenti nonché dei Servizi per le Dipendenze; nei percorsi di co-programmazione e co-progettazione; nella Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi; nei percorsi di prossimità e di continuità terapeutica

Descrizione

Il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti dei Servizi e in particolare delle Persone che Usano Droghe (PUD) è considerata una delle principali sfide future. La partecipazione alla realizzazione dei programmi annuali dei Dipartimenti, l'inserimento di associazioni di rappresentanza nei Tavoli di Concertazione Dipartimentali nonché ai processi di co-programmazione e co-progettazione rappresenta un elemento di forza. È necessario potenziare il coinvolgimento delle PUD nei servizi di Riduzione del Danno (RdD)/Limitazione dei Rischi (LdR), oltre che renderle parte dei servizi di prossimità e nei processi di continuità terapeutica. È necessario sviluppare modelli e strumenti operativi efficaci in grado di garantire e favorire a livello territoriale l'efficacia e la continuità della partecipazione.

Risultati attesi

Raccomandazioni per il coinvolgimento delle forme associative PUD nella programmazione dei Dipartimenti per le Dipendenze; Raccomandazioni per il coinvolgimento delle forme associative PUD nei percorsi di co-programmazione e co-progettazione; Raccomandazioni per il coinvolgimento delle forme associative PUD nei percorsi di RdD/LdR; Raccomandazioni per il coinvolgimento delle forme associative PUD nei servizi di prossimità e nei percorsi di continuità terapeutica.

Indicatori di risultato

Numero di Dipartimenti per le Dipendenze che adottano le raccomandazioni operative; Numero di Atti di indirizzo e aziendali; Numero di processi di co-programmazione in cui sono inserite associazioni rappresentative delle PUD; Numero di processi di co-progettazione in cui sono inserite associazioni rappresentative delle PUD.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Enti Locali; Terzo Settore.

Stakeholder

Terzo Settore; Enti Locali; Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Commissione Medica Locale.

LS3 - OB11 - P53

A141

Favorire la partecipazione delle Persone che Usano Droghe nei Servizi per le Dipendenze attraverso la promozione di forme associative

Descrizione

Questa azione ha lo scopo di favorire la partecipazione delle Persone che Usano Droghe (PUD) nell'attuazione delle politiche territoriali sulle dipendenze e in particolare nel sistema dei Servizi per le Dipendenze attraverso l'erogazione di consulenze e attività formative sulla costituzione e sul funzionamento di forme associative che possano garantire una loro rappresentatività all'interno del sistema dei Servizi. L'azione favorirebbe la partecipazione strutturata delle forme associative rappresentative dei PUD ai Tavoli di co-programmazione e co-progettazione dei Servizi per le Dipendenze.

Risultati attesi

Costituzione di associazioni rappresentative delle PUD; Partecipazione delle associazioni delle PUD costituite ai Tavoli di co-programmazione e co-progettazione.

Indicatori di risultato

Numero di iniziative di formazione e consulenza mirate a promuovere forme associative fra le PUD.

Tempistiche

12 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Terzo Settore.

Stakeholder

Terzo Settore; Enti Locali; Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Commissione Medica Locale; Centri Servizi per il Volontariato.



LS3 - OB11 - P53

A142

Prevedere la piena partecipazione delle Persone che Usano Droghe ed eventualmente di persone significative nella definizione del proprio progetto personalizzato, in linea con l'approccio del Budget di Salute

Descrizione

Un modello realmente integrato presuppone che Operatori Sociali (anche di Riduzione del Danno) e Sanitari possano confrontarsi su un piano paritario e, in questo senso, si potrebbero aprire diversi spazi di contrattazione che consentano di superare l'inevitabile asimmetria che attualmente contraddistingue la relazione tra Persone che Usano Droghe (PUD) e Servizi, a partire dalla stipula del "patto". Il Budget di Salute è un modello di intervento che prevede un coinvolgimento attivo delle PUD, anche rispetto all'utilizzo delle risorse, durante tutte le fasi del percorso: dall'accesso ai Servizi, alla presa in carico fino a tutto il percorso riabilitativo e d'inclusione sociale. Superando un approccio centrato sulla sostanza e sul suo utilizzo, si passa a considerare invece la qualità della vita della persona, secondo l'approccio bio-psico-sociale che tiene in considerazione anche tutte le risorse individuali e di contesto che stanno attorno alla persona. Altro elemento importante del modello Budget di Salute riguarda la necessaria integrazione sociosanitaria che caratterizza questo tipo di interventi, sottolineando la natura globale di questa tipologia di approccio.

Risultati attesi

Coinvolgimento delle PUD nei progetti personalizzati attraverso il modello del Budget di Salute.

Indicatori di risultato

Numero di progetti personalizzati costruiti secondo il modello del Budget di Salute.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze.

Stakeholder

Terzo Settore; Famiglie; Agenzie del lavoro; Centri per l'impiego; Comuni; ASL; Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Enti di formazione professionale; Realtà del territorio riferite alle comunità straniere; Scuole; Sistema RdD.

LS3 - OB11 - P53

A143

Promuovere la figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, con particolare attenzione ai giovani *under 25*, anche attraverso l'individuazione di un profilo di competenze

Descrizione

È necessario individuare il profilo di competenze in grado di agire con una modalità orizzontale soprattutto con le nuove forme di consumo. Il *peer support*, rappresenta un modello operativo di interazione tra Persone che Usano Droghe (PUD) e Servizio di bassa soglia. I consumatori giovani in particolare hanno una modalità di avvicinamento e uso delle sostanze diversa dalle precedenti generazioni: la loro esperienza può essere utilizzata per comprendere meglio alcuni fenomeni.

Risultati attesi

Promozione della figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, in particolare fra i giovani; Individuazione di un profilo di competenze appropriate per la figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, con particolare attenzione alle PUD giovani.

Indicatori di risultato

Numero servizi che si avvalgono delle indicazioni condivise per individuare operatore pari/operatore con esperienza diretta; Numero di interventi/progetti per ogni Regione e Provincia Autonoma che si avvalgono della figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta; Numero di eventi pubblici per ogni Regione e Provincia Autonoma sull'operatore pari/operatore con esperienza diretta.

Tempistiche

24 mesi

Target

Persone che Usano Droghe (PUD); Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze.

Stakeholder

Terzo Settore; Rete dei Servizi per le Dipendenze; Dipartimenti per le Dipendenze; Persone che Usano Droghe (PUD).

I SETTORI DI INTERVENTO TRASVERSALI DEL PIANO DI AZIONE NAZIONALE DIPENDENZE

4.1. Settore di Intervento Trasversale 1 – Livelli di attuazione della *Governance* e Cooperazione internazionale

4.1.1 Obiettivo Trasversale 1: Coordinamento interministeriale sulle dipendenze

A1 Definire Linee di Indirizzo per la distribuzione omogenea e strutturata di finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla presa in carico precoce

A3 Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze

A4 Avviare un percorso di lavoro interministeriale finalizzato a integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Docenti con moduli obbligatori relativi alla Promozione della Salute e Prevenzione educativa

A11 Implementare lo sviluppo di competenze specifiche, sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D

A12 Avviare un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa

A16 Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne *social* sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale

A17 Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano *testimonial* famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture

A22 Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto

A23 Assicurare una *governance* multilivello che attraverso i diversi piani della programmazione (nazionale, regionale e territoriale) garantisca il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder*

A28 Definire Linee di Indirizzo per il finanziamento al sistema dei Servizi per le Dipendenze

A30 Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta

A31 Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione sociosanitaria (rete integrata di accesso)

A32 Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un'ottica di appropriatezza e di continuità

A33 Sviluppare Linee di Indirizzo per la costituzione all'interno dei Servizi di *equipe* multiprofessionali appropriate finalizzate alla presa in carico delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario

A34 Sviluppare Linee di Indirizzo per potenziare le funzioni di domiciliarità dei Servizi

A35 Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/Imprese Sociali



- A36** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenza Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze
- A37** Supportare le attività del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione e attivare studi e ricerche
- A42** Definire Linee di Indirizzo per la ricerca e lo sviluppo di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico e per assicurare una produzione continua di talee da piante madri
- A55** Realizzare presso la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga un Punto nazionale di convergenza sulle comunicazioni criptate utilizzate in attività di traffico di droga on line
- A64** Creare una rete di laboratori pubblici, accreditati, capillarmente presente sul territorio, per effettuare, in concorso con i laboratori centrali e territoriali della Polizia Scientifica della Polizia di Stato e i laboratori dei Reparti Investigazioni Scientifiche dell'Arma dei Carabinieri, gli esami tossicologici sui referti sequestrati ex art. 75 del DPR 309/90
- A65** Promuovere e sostenere iniziative di prevenzione e contrasto allo spaccio di stupefacenti in prossimità dei plessi scolastici
- A72** Promuovere la stipula di appositi accordi intergovernativi e Memorandum Operativi Antidroga (MOA) tecnici con le competenti Autorità dei Paesi maggiormente interessati dalle "rotte" degli stupefacenti, finalizzati ad accrescere la cooperazione di polizia e lo svolgimento di iniziative investigative congiunte contro il traffico di droga, anche ricorrendo alle cosiddette operazioni speciali (attività *undercover* e consegne controllate internazionali)
- A77** Promuovere l'attivazione e lo svolgimento di nuove campagne di informazione all'interno degli Istituti di istruzione in cui l'azione del personale delle Forze di Polizia avvenga nell'ambito di programmi integrati in sinergia con i Ser.D, le reti territoriali e i Piani dell'Offerta Formativa, secondo metodi di provata efficacia scientifica
- A79** Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
- A85** Promuovere accordi di rete e protocolli tra i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e gli altri servizi territoriali (Ospedali, Ser.D, Istituti Penitenziari, Reti cliniche Assistenziali ecc.) al fine di costruire interventi comuni e coordinati
- A88** Ampliare la rete dei servizi di *Drug Checking* e di attività di *test* rapidi sulle tematiche delle malattie infettive
- A90** Strutturare indicazioni operative per l'utilizzo del Naloxone spray nasale (*take home Naloxone*)
- A95** Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari ("*secondary movements*" - migrazione)
- A98** Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie
- A102** Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo
- A104** Creare un tavolo permanente fra Operatori Sanitari e Operatori della Giustizia
- A105** Aggiornare il protocollo per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcolodipendenti
- A108** Inserire nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato le proposte di giustizia riparativa
- A111** Sviluppare un Programma Nazionale di formazione degli operatori per la salute nelle carceri
- A114** Sviluppare Linee di Indirizzo per l'interpretazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative
- A115** Sviluppare Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica e la presenza continuativa dei servizi negli Istituti di pena
- A116** Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa

A117 Sviluppare protocolli operativi finalizzati alla continuità dell'intervento di assistenza anche al momento della dimissione dal carcere

A118 Ripristinare la Consulta Nazionale degli operatori delle dipendenze

A123 Includere le azioni di Riduzione del Danno nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle ASL, come sviluppo di Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali

A126 Garantire la distribuzione di materiale sterile e preservativi e il trattamento con farmaci agonisti all'interno delle strutture carcerarie

A130 Potenziare la collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento Politiche Antidroga e le Forze di Polizia finalizzata alla prevenzione e al contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e alcol da parte dei conducenti di veicoli

A131 Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni-*target*

A132 Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*

A134 Sviluppare corsi info-educativi come requisito essenziale per la revisione dei documenti di guida per i cittadini che infrangono gli Artt. n.186 e 187 del CdS

A135 Inserire nel programma di formazione dei neopatentati e nei percorsi di revisione della patente le tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida

4.1.2 Obiettivo Trasversale 2: Coordinamento interregionale e Conferenza Stato-Regioni

A1 Definire Linee di Indirizzo per la distribuzione omogenea e strutturata di finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla presa in carico precoce

A2 Promuovere l'attivazione del sistema di monitoraggio delle azioni di prevenzione in ambito dipendenze previsto dal Piano Nazionale Prevenzione

A6 Implementare Linee Guida nazionali per l'attivazione nelle scuole di *team* multiprofessionali che integrino e supportino l'insegnante referente per l'educazione alla salute

A10 Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze

A13 Predisporre piani di formazione e aggiornamento professionale rivolti a *policy maker* e riconosciuti contrattualmente su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione

A19 Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze

A20 Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure

A23 Assicurare una *governance* multilivello che attraverso i diversi piani della programmazione (nazionale, regionale e territoriale) garantisca il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder*

A24 Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute

A25 Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce



- A26** Favorire l'integrazione dei Ser.D con i Servizi di bassa soglia in un'ottica di diagnosi e intervento precoce attraverso la definizione di Linee Guida nazionali, modelli di intervento, strategie operative
- A30** Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta
- A31** Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria (rete integrata di accesso)
- A35** Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/Imprese Sociali
- A36** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenza Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze
- A38** Sviluppare Linee di Indirizzo per la creazione di un registro e di flussi informativi nazionali per la programmazione e pianificazione dei fabbisogni regionali di Cannabis a Uso Medico
- A41** Sviluppare Linee di Indirizzo per omogeneizzare l'applicazione delle disposizioni vigenti a livello regionale anche in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive
- A82** Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A83** Definire Linee di Indirizzo nazionali per Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e individuare gli *standard* di qualità per il personale e le attività dei servizi e dei progetti
- A84** Sviluppare una rete nazionale di coordinamento di servizi regionali che si occupano di grandi eventi formali e informali
- A86** Sviluppare protocolli operativi per percorsi facilitati finalizzati alla diagnosi precoce che mettano in relazione Servizi a bassa soglia, Ser.D e specialisti anche attraverso lo strumento della medicina a distanza
- A89** Valorizzare i servizi di Riduzione del Danno /Limitazione dei Rischi che hanno sviluppato percorsi innovativi (*Drug Checking*; Stanze del consumo)
- A96** Sviluppare e/o integrare gli Osservatori Regionali sul tema delle Dipendenze comportamentali
- A99** Standardizzare il percorso per la diagnosi delle Dipendenze comportamentali
- A101** Sviluppare protocolli operativi per l'integrazione tra Pubblico e Privato orientati a favorire la flessibilità nella presa in carico
- A107** Adottare lo strumento del Budget di Salute (BdS) per la definizione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, che assicurino continuità e inclusione sociale (carcere-territorio)
- A109** Sviluppare Linee Guida per il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, del metodo e della valutazione
- A110** Strutturare un processo operativo che coinvolga Regioni, Province Autonome ed Enti Locali per la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica
- A123** Includere le azioni di Riduzione del Danno nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle ASL, come sviluppo di Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali
- A124** Definire Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuse e della diversione
- A133** Uniformare le Linee operative delle Commissioni Mediche Locali

4.1.3. Obiettivo Trasversale 3: La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali

- A14** Strutturare, programmare e realizzare interventi di comunità multicomponenti
- A15** Promuovere Linee di Indirizzo per la normalizzazione dell'attività preventiva nell'ambito delle dipendenze
- A22** Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto
- A23** Assicurare una *governance* multilivello che attraverso i diversi piani della programmazione (nazionale, regionale e territoriale) garantisca il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder*
- A27** Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal pubblico che dal privato sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici e parametri per la tariffazione
- A28** Definire Linee di Indirizzo per il finanziamento al sistema dei Servizi per le Dipendenze
- A29** Promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale
- A30** Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta
- A31** Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria (rete integrata di accesso)
- A32** Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un'ottica di appropriatezza e di continuità
- A34** Sviluppare Linee di Indirizzo per potenziare le funzioni di domiciliarità dei Servizi
- A35** Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/Imprese Sociali
- A36** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenza Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze
- A63** Presidiare i luoghi di aggregazione dei giovani con azioni di prevenzione del reato di spaccio
- A76** Monitorare i luoghi di aggregazione giovanile allo scopo di rilevare situazioni territoriali di maggiore disagio al fine di progettare azioni di prevenzione adeguate
- A77** Promuovere l'attivazione e lo svolgimento di nuove campagne di informazione all'interno degli Istituti di istruzione in cui l'azione del personale delle Forze di Polizia avvenga nell'ambito di programmi integrati in sinergia con i Ser.D, le reti territoriali e i Piani dell'Offerta Formativa, secondo metodi di provata efficacia scientifica
- A81** Implementare la capacità delle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso, Laboratorio) d'individuare eventuali sostanze d'abuso in casi sospetti di agitazione psicomotoria e/o alterazioni del comportamento con cause da identificare
- A85** Promuovere accordi di rete e protocolli tra i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e gli altri servizi territoriali (Ospedali, Ser.D, Istituti Penitenziari, Reti cliniche Assistenziali ecc.) al fine di costruire interventi comuni e coordinati
- A86** Sviluppare protocolli operativi per percorsi facilitati finalizzati alla diagnosi precoce che mettano in relazione Servizi a bassa soglia, Ser.D e specialisti anche attraverso lo strumento della medicina a distanza
- A97** Istituire una rete territoriale permanente sulle Dipendenze comportamentali
- A99** Standardizzare il percorso per la diagnosi delle Dipendenze comportamentali
- A101** Sviluppare protocolli operativi per l'integrazione tra Pubblico e Privato orientati a favorire la flessibilità nella presa in carico



A125 Sviluppare un protocollo di valutazione medico-farmacologica precoce e prevedere lo *screening* e la vaccinazione per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze

A140 Elaborare raccomandazioni operative per l'integrazione delle Persone che Usano Droghe attraverso le loro forme associative nella programmazione dei Dipartimenti nonché dei Servizi per le Dipendenze; nei percorsi di co-programmazione e co-progettazione; nella Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi; nei percorsi di prossimità e di continuità terapeutica

4.1.4. Obiettivo Trasversale 4: Coordinamento attuativo con i Piani nazionali in essere

A2 Promuovere l'attivazione del sistema di monitoraggio delle azioni di prevenzione in ambito dipendenze previsto dal Piano Nazionale Prevenzione

A3 Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze

A5 Sviluppare indicazioni operative per l'intercettazione precoce del disagio aspecifico in ambito scolastico e familiare

A6 Implementare Linee Guida nazionali per l'attivazione nelle scuole di *team* multiprofessionali che integrino e supportino l'insegnante referente per l'educazione alla salute

A8 Sviluppare programmi specifici per ciclo di vita che adottino un approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill*

A9 Promuovere la *peer education* nelle scuole secondarie di secondo grado

A10 Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze

A14 Strutturare, programmare e realizzare interventi di comunità multicomponenti

A15 Promuovere Linee di Indirizzo per la normalizzazione dell'attività preventiva nell'ambito delle dipendenze

A16 Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne *social* sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale

A18 Promuovere la realizzazione di progetti di prevenzione del gioco d'azzardo patologico

A22 Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto

A24 Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute

A25 Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce

A29 Promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale

A30 Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta

A31 Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione socio-sanitaria (rete integrata di accesso)

A33 Sviluppare Linee di Indirizzo per la costituzione all'interno dei Servizi di *equipe* multiprofessionali appropriate finalizzate alla presa in carico delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario

- A34** Sviluppare Linee di Indirizzo per potenziare le funzioni di domiciliarità dei Servizi
- A35** Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/Imprese Sociali
- A36** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenza Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze
- A81** Implementare la capacità delle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso, Laboratorio) d'individuare eventuali sostanze d'abuso in casi sospetti di agitazione psicomotoria e/o alterazioni del comportamento con cause da identificare
- A85** Promuovere accordi di rete e protocolli tra i Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e gli altri servizi territoriali (Ospedali, Ser.D, Istituti Penitenziari, Reti cliniche Assistenziali ecc.) al fine di costruire interventi comuni e coordinati
- A86** Sviluppare protocolli operativi per percorsi facilitati finalizzati alla diagnosi precoce che mettano in relazione Servizi a bassa soglia, Ser.D e specialisti anche attraverso lo strumento della medicina a distanza
- A98** Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie
- A102** Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo
- A107** Adottare lo strumento del Budget di Salute (BdS) per la definizione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, che assicurino continuità e inclusione sociale (carcere-territorio)
- A110** Strutturare un processo operativo che coinvolga Regioni, Province Autonome ed Enti Locali per la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica
- A113** Predisporre un programma congiunto con i servizi di salute mentale che lavorano in ambito penitenziario
- A116** Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa
- A125** Sviluppare un protocollo di valutazione medico-farmacologica precoce e prevedere lo *screening* e la vaccinazione per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze
- A132** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*
- A142** Prevedere la piena partecipazione delle Persone che Usano Droghe ed eventualmente di persone significative nella definizione del proprio progetto personalizzato, in linea con l'approccio del Budget di Salute

4.1.5. Obiettivo Trasversale 5: Cooperazione internazionale

- A3** Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze
- A48** Contrastare i gruppi criminali organizzati italiani e stranieri operanti in Italia e nei mercati della droga transfrontalieri e smantellare i modelli commerciali criminali, che favoriscono la collaborazione tra i diversi gruppi della criminalità organizzata
- A51** Rendere più efficaci i controlli delle frontiere, al fine di contrastare l'importazione illegale di sostanze stupefacenti e di precursori all'interno del territorio nazionale ed europeo
- A58** Promuovere la costituzione di una piattaforma nazionale, con proiezione regionale, finalizzata alla centralizzazione, al controllo e alla gestione delle informazioni relative al trasporto aereo e marittimo di sostanze stupefacenti che transitano nel Mediterraneo, con il coinvolgimento di ufficiali di collegamento provenienti dai Paesi delle aree maggiormente attinte dalle rotte marittime ed aeree del narcotraffico



A60 Promuovere una iniziativa finalizzata a migliorare la capacità di contrasto del traffico di droga lungo la rotta Balcanica attraverso l'attuazione di una cooperazione snella e agile tra le principali nazioni euroasiatiche interessate

A68 Intensificare la cooperazione tra le unità specializzate nazionali e dei collaterali dei Paesi UE e terzi, favorendo lo scambio di *best practice*

A71 Promuovere la cooperazione internazionale di polizia sul piano bilaterale e multilaterale

A72 Promuovere la stipula di appositi accordi intergovernativi e Memorandum Operativi Antidroga (MOA) tecnici con le competenti Autorità dei Paesi maggiormente interessati dalle "rotte" degli stupefacenti, finalizzati ad accrescere la cooperazione di polizia e lo svolgimento di iniziative investigative congiunte contro il traffico di droga, anche ricorrendo alle cosiddette operazioni speciali (attività *undercover* e consegne controllate internazionali)

A73 Potenziare, nel rispetto delle procedure previste e delle competenze delle Amministrazioni interessate, la rete degli Esperti per la Sicurezza di estrazione antidroga, ai sensi dell'Art. 11 del Testo Unico 309/90, prevedendo unità aggiuntive da dislocare nei luoghi emergenti di produzione, transito e stoccaggio della droga

A74 Implementare i *network* degli *attaché*

A75 Promuovere la comunicazione attraverso i canali esistenti (Europol, Interpol, Ufficiali di Collegamento)

A78 Potenziare la condivisione e disseminazione delle informazioni prodotte all'interno della rete REITOX attraverso un gruppo di coordinamento interistituzionale presso il Dipartimento Politiche Antidroga

A79 Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

A89 Valorizzare i servizi di Riduzione del Danno /Limitazione dei Rischi che hanno sviluppato percorsi innovativi (*Drug Checking*; Stanze del consumo)

A91 Facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante

A94 Promuovere la costruzione di un sistema di scambio di informazioni tra i servizi europei in materia di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e la strutturazione di un sistema capillare di allerta precoce (EHRN, NewNet, EMCDDA)

A95 Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari ("*secondary movements*" - migrazione)

A98 Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie

A124 Definire Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione

4.2. Settore di Intervento Trasversale 2 - Formazione e ricerca

4.2.1. Obiettivo Trasversale 6: Percorsi formativi per il settore delle dipendenze

A4 Avviare un percorso di lavoro interministeriale finalizzato a integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Docenti con moduli obbligatori relativi alla Promozione della Salute e Prevenzione educativa

A7 Attivare corsi di formazione e di aggiornamento per docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado d'istruzione

A11 Implementare lo sviluppo di competenze specifiche, sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D

A12 Avviare un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa

A13 Predisporre piani di formazione e aggiornamento professionale rivolti a *policy maker* e riconosciuti contrattualmente su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione

A21 Sviluppare Linee di Indirizzo per il monitoraggio e la valutazione del funzionamento dei Dipartimenti

A32 Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un'ottica di appropriatezza e di continuità

A43 Istituire un Tavolo di Lavoro per individuare criticità e possibili strategie volte al potenziamento dell'efficacia della formazione sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza, rivolti a medici e farmacisti.

A46 Definire Linee di Indirizzo per la formazione del personale medico sui possibili rischi derivanti dal trattamento con *painkiller* e benzodiazepine nelle terapie del dolore

A50 Accrescere la formazione specialistica degli appartenenti alle Forze di Polizia che operano nel contrasto al narcotraffico

A56 Incoraggiare la creazione di *Cyber* investigatori, anche prevedendo uno studio di fattibilità sul piano giuridico, al fine di monitorare e contrastare il crescente uso della tecnologia crittografica nel narcotraffico

A69 Prevedere corsi di formazione in materia di criptovalute, *cyber investigation*, laboratori clandestini, antiriciclaggio, operazioni speciali, droghe sintetiche e NPS, individuando la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga come *hub* formativo

A70 Promuovere la formazione degli operatori di polizia che svolgono attività di informazione e prevenzione in ambiente scolastico nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità attraverso lo svolgimento di corsi centralizzati, che prevedono l'intervento didattico di esperti quali operatori dei Ser.D, psicologi, comunicatori provenienti dal mondo della prevenzione, tossicologi, ecc.

A98 Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie



A103 Ripensare i concetti di “Riduzione del danno” e “Limitazione dei rischi” nell’ambito delle Dipendenze comportamentali

A105 Aggiornare il protocollo per l’applicazione dell’Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcolodipendenti

A111 Sviluppare un Programma Nazionale di formazione degli operatori per la salute nelle carceri

A124 Definire Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l’uso delle terapie agoniste e del controllo del misuse e della diversione

A127 Elaborare processi di attivazione e qualificazione delle persone detenute nella creazione di sportelli e in iniziative di auto-mutuo-aiuto e sostegno tra pari

A134 Sviluppare corsi info-educativi come requisito essenziale per la revisione dei documenti di guida per i cittadini che infrangono gli Artt. n.186 e 187 del CdS

A135 Inserire nel programma di formazione dei neopatentati e nei percorsi di revisione della patente le tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida

A136 Rafforzare la formazione e la sensibilizzazione di farmacisti e medici prescrittori di terapie psicofarmacologiche sul rischio di alterazione psicofisica alla guida, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi

A139 Modificare lo stigma verso le Persone che Usano Droghe attraverso la formazione degli Operatori Sanitari, degli Operatori Sociali e delle Forze dell’Ordine

4.2.2. Obiettivo Trasversale 7: Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze

A14 Strutturare, programmare e realizzare interventi di comunità multicomponenti

A37 Supportare le attività del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione e attivare studi e ricerche

A39 Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi clinici controllati, anche in collaborazione con le società medico-scientifiche, su sicurezza ed efficacia di prodotti medicinali a base di Cannabis a Uso Medico

A40 Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi finalizzati all’uniformazione del valore di THC finale del prodotto e alla standardizzazione dello stesso a prescindere dalla pianta da cui viene estratto

A42 Definire Linee di Indirizzo per la ricerca e lo sviluppo di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico e per assicurare una produzione continua di talle da piante madri

A56 Incoraggiare la creazione di *Cyber* investigatori, anche prevedendo uno studio di fattibilità sul piano giuridico, al fine di monitorare e contrastare il crescente uso della tecnologia crittografica nel narcotraffico

A64 Creare una rete di laboratori pubblici, accreditati, capillarmente presente sul territorio, per effettuare, in concorso con i laboratori centrali e territoriali della Polizia Scientifica della Polizia di Stato e i laboratori dei Reparti Investigazioni Scientifiche dell’Arma dei Carabinieri, gli esami tossicologici sui referti sequestrati ex art. 75 del DPR 309/90

A82 Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

A91 Facilitare l’accesso ai servizi da parte della popolazione migrante

A92 Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose

A93 Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell’Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

- A95** Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari (“*secondary movements*”- migrazione)
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l’accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A109** Sviluppare Linee Guida per il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, del metodo e della valutazione
- A116** Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa
- A129** Sviluppare progetti di ricerca *evidence based* sull’integrazione tra carcere e territorio e che comprendano la valutazione dei risultati
- A138** Individuare approcci e metodologie per la valutazione dello stigma nell’ambito dei Dipartimenti nonché dei Servizi dedicati Pubblici e Privati, nella percezione delle Persone che Usano Droghe

4.3. Settore di Intervento Trasversale 3 - *Target* specifici

4.3.1. Obiettivo Trasversale 8: Prospettiva di genere

- A8** Sviluppare programmi specifici per ciclo di vita che adottino un approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill*
- A10** Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze
- A16** Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne social sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale
- A17** Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano *testimonial* famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture
- A19** Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze
- A20** Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l’accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure
- A24** Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l’attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l’introduzione del Budget di Salute
- A25** Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce
- A27** Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l’accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal pubblico che dal privato sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici e parametri per la tariffazione
- A30** Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta
- A32** Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all’interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un’ottica di appropriatezza e di continuità



- A33** Sviluppare Linee di Indirizzo per la costituzione all'interno dei Servizi di *equipe* multiprofessionali appropriate finalizzate alla presa in carico delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario
- A35** Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/Imprese Sociali
- A36** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di Appartamenti Protetti e di dispositivi di Residenza Leggera Supportata per utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze
- A80** Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce
- A82** Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A87** Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi
- A91** Facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante
- A92** Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose
- A93** Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A95** Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari ("*secondary movements*" - migrazione)
- A98** Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A102** Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo
- A116** Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa
- A120** Dare piena attuazione agli Istituti e alle sezioni a custodia attenuata e inserirli all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali
- A121** Istituire gli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti nei penitenziari femminili
- A127** Elaborare processi di attivazione e qualificazione delle persone detenute nella creazione di sportelli e in iniziative di auto-mutuo-aiuto e sostegno tra pari
- A131** Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni-*target*
- A132** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*

4.3.2. Obiettivo Trasversale 9: Giovani

- A8** Sviluppare programmi specifici per ciclo di vita che adottino un approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill*
- A9** Promuovere la *peer education* nelle scuole secondarie di secondo grado
- A10** Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze

- A16** Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne social sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale
- A17** Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano *testimonial* famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture
- A18** Promuovere la realizzazione di progetti di prevenzione del gioco d'azzardo patologico
- A25** Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce
- A63** Presidiare i luoghi di aggregazione dei giovani con azioni di prevenzione del reato di spaccio
- A65** Promuovere e sostenere iniziative di prevenzione e contrasto allo spaccio di stupefacenti in prossimità dei plessi scolastici
- A70** Promuovere la formazione degli operatori di polizia che svolgono attività di informazione e prevenzione in ambiente scolastico nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità attraverso lo svolgimento di corsi centralizzati, che prevedono l'intervento didattico di esperti quali operatori dei Ser.D, psicologi, comunicatori provenienti dal mondo della prevenzione, tossicologi, ecc.
- A76** Monitorare i luoghi di aggregazione giovanile allo scopo di rilevare situazioni territoriali di maggiore disagio al fine di progettare azioni di prevenzione adeguate
- A77** Promuovere l'attivazione e lo svolgimento di nuove campagne di informazione all'interno degli istituti di istruzione in cui l'azione del personale delle Forze di Polizia avvenga nell'ambito di programmi integrati in sinergia con i Ser.D, le reti territoriali e i Piani dell'Offerta Formativa, secondo metodi di provata efficacia scientifica
- A82** Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A87** Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi
- A92** Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose
- A93** Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A98** Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A102** Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo
- A131** Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni-*target*
- A132** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*
- A135** Inserire nel programma di formazione dei neopatentati e nei percorsi di revisione della patente le tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida
- A137** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi specifici per l'incidentalità stradale alcol-droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento
- A143** Promuovere la figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, con particolare attenzione ai giovani *under 25*, anche attraverso l'individuazione di un profilo di competenze



4.3.3. Obiettivo Trasversale 10: Minori

A10 Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze

A19 Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze

A20 Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure

A24 Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute

A25 Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce

A27 Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal pubblico che dal privato sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici e parametri per la tariffazione

A80 Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce

A82 Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

A87 Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi

A92 Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose

A93 Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

A100 Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali

4.3.4. Obiettivo Trasversale 11: Migranti

A10 Adottare indicazioni operative promosse dal Piano Nazionale Prevenzione in merito alla definizione dei percorsi appropriati in ambito prevenzione delle dipendenze

A19 Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze

A20 Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure

A24 Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute

A25 Definire su scala nazionale Linee di Indirizzo, modelli di intervento e strategie operative per la presa in carico precoce

A27 Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal pubblico che dal privato sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici e parametri per la tariffazione

- A30** Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta
- A32** Sviluppare Linee Guida nazionali finalizzate alla strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale e lavorativo in un'ottica di appropriatezza e di continuità
- A33** Sviluppare Linee di Indirizzo per la costituzione all'interno dei Servizi di *equipe* multiprofessionali appropriate finalizzate alla presa in carico delle situazioni che presentano bisogni complessi sotto il profilo sociosanitario
- A35** Strutturare Linee di Indirizzo per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni e Province Autonome) e Cooperative Sociali di tipo B/Imprese Sociali
- A80** Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce
- A82** Sviluppare Linee Guida per la definizione dei requisiti di qualità dei servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A87** Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi
- A91** Facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante
- A92** Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose
- A93** Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A95** Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari ("*secondary movements*" - migrazione)
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A102** Creare Linee di Indirizzo per attivare interventi di prevenzione ambientale del Disturbo da Gioco d'Azzardo
- A116** Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa
- A120** Dare piena attuazione agli Istituti e alle sezioni a custodia attenuata e inserirli all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali
- A127** Elaborare processi di attivazione e qualificazione delle persone detenute nella creazione di sportelli e in iniziative di auto-mutuo-aiuto e sostegno tra pari
- A131** Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni-*target*
- A132** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*



4.4. Settore di Intervento Trasversale 4 - Monitoraggio e valutazione

4.4.1. Obiettivo Trasversale 12: Flussi informativi

A11 Implementare lo sviluppo di competenze specifiche, sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D

A19 Costruire Linee di Indirizzo per lo sviluppo di un modello operativo e organizzativo di Dipartimento per le Dipendenze

A20 Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure

A24 Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute

A31 Rafforzare i Punti Unici di Accesso e le *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione sociosanitaria (rete integrata di accesso)

A38 Sviluppare Linee di Indirizzo per la creazione di un registro e di flussi informativi nazionali per la programmazione e pianificazione dei fabbisogni regionali di Cannabis a Uso Medico

A53 Contrastare la produzione e la commercializzazione illecita delle sostanze stupefacenti di origine sintetica e dei relativi precursori, attraverso applicativi dedicati per la circolazione delle informazioni

A58 Promuovere la costituzione di una piattaforma nazionale, con proiezione regionale, finalizzata alla centralizzazione, al controllo e alla gestione delle informazioni relative al trasporto aereo e marittimo di sostanze stupefacenti che transitano nel Mediterraneo, con il coinvolgimento di ufficiali di collegamento provenienti dai Paesi delle aree maggiormente attinte dalle rotte marittime ed aeree del narcotraffico

A78 Potenziare la condivisione e disseminazione delle informazioni prodotte all'interno della rete REITOX attraverso un gruppo di coordinamento interistituzionale presso il Dipartimento Politiche Antidroga

A79 Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

A80 Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce

A81 Implementare la capacità delle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso, Laboratori) d'individuare eventuali sostanze d'abuso in casi sospetti di agitazione psicomotoria e/o alterazioni del comportamento con cause da identificare

A92 Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose

A93 Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

A94 Promuovere la costruzione di un sistema di scambio di informazioni tra i servizi europei in materia di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e la strutturazione di un sistema capillare di allerta precoce (EHRN, *NewNet*, EMCDDA)

- A95** Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari (“*secondary movements*”- migrazione)
- A96** Sviluppare e/o integrare gli Osservatori Regionali sul tema delle Dipendenze comportamentali
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l’accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A106** Implementare una cartella informatizzata unificata
- A110** Strutturare un processo operativo che coinvolga Regioni, Province Autonome ed Enti Locali per la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica
- A112** Strutturare un modello/strumento operativo finalizzato a condividere gli obiettivi del Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato tra istituzioni e operatori coinvolti
- A129** Sviluppare progetti di ricerca *evidence based* sull’integrazione tra carcere e territorio e che comprendano la valutazione dei risultati
- A130** Potenziare la collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento Politiche Antidroga e le Forze di Polizia finalizzata alla prevenzione e al contrasto dell’uso di sostanze stupefacenti e alcol da parte dei conducenti di veicoli

4.4.2. Obiettivo Trasversale 13: Il sistema degli osservatori

- A18** Promuovere la realizzazione di progetti di prevenzione del gioco d’azzardo patologico
- A22** Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto
- A29** Promuovere l’elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale
- A45** Sviluppare un Tavolo di Lavoro per individuare le modalità più idonee di risposta alle problematiche di dipendenza che si dovessero manifestare in pazienti trattati con Cannabis a Uso Medico
- A64** Creare una rete di laboratori pubblici, accreditati, capillarmente presente sul territorio, per effettuare, in concorso con i laboratori centrali e territoriali della Polizia Scientifica della Polizia di Stato e i laboratori dei Reparti Investigazioni Scientifiche dell’Arma dei Carabinieri, gli esami tossicologici sui referti sequestrati ex art. 75 del DPR 309/90
- A84** Sviluppare una rete nazionale di coordinamento di servizi regionali che si occupano di grandi eventi formali e informali
- A92** Realizzare attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose
- A94** Promuovere la costruzione di un sistema di scambio di informazioni tra i servizi europei in materia di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e la strutturazione di un sistema capillare di allerta precoce (EHRN, NewNet, EMCCDDA)
- A96** Sviluppare e/o integrare gli Osservatori Regionali sul tema delle Dipendenze comportamentali
- A97** Istituire una rete territoriale permanente sulle Dipendenze comportamentali
- A98** Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l’accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A139** Modificare lo stigma verso le Persone che Usano Droghe attraverso la formazione degli Operatori Sanitari, degli Operatori Sociali e delle Forze dell’Ordine



4.4.3. Obiettivo Trasversale 14: Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi

- A1** Definire Linee di Indirizzo per la distribuzione omogenea e strutturata di finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla presa in carico precoce
- A2** Promuovere l'attivazione del sistema di monitoraggio delle azioni di prevenzione in ambito dipendenze previsto dal Piano Nazionale Prevenzione
- A3** Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze
- A17** Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano *testimonial* famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture
- A20** Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure
- A21** Sviluppare Linee di Indirizzo per il monitoraggio e la valutazione del funzionamento dei Dipartimenti
- A22** Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto
- A27** Costruire Linee di Indirizzo nazionali per l'accreditamento che definiscano parametri, caratteristiche e modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali gestiti sia dal pubblico che dal privato sociale, requisiti per programmi ed interventi comunitari rivolti a *target* specifici e parametri per la tariffazione
- A30** Sviluppare Linee di Indirizzo per la sperimentazione dello strumento ispirato al Budget di Salute per interventi multidisciplinari e *multistakeholder* di inclusione sociale con protagonismo della persona coinvolta
- A37** Supportare le attività del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della Salute per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione e attivare studi e ricerche
- A39** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi clinici controllati, anche in collaborazione con le società medico-scientifiche, su sicurezza ed efficacia di prodotti medicinali a base di Cannabis a Uso Medico
- A40** Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi finalizzati all'uniformazione del valore di THC finale del prodotto e alla standardizzazione dello stesso a prescindere dalla pianta da cui viene estratto
- A41** Sviluppare Linee di Indirizzo per omogeneizzare l'applicazione delle disposizioni vigenti a livello regionale anche in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive
- A43** Istituire un Tavolo di Lavoro per individuare criticità e possibili strategie volte al potenziamento dell'efficacia della formazione sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza, rivolti a medici e farmacisti
- A59** Rafforzare e promuovere lo svolgimento di analisi di rischio, di metodi di indagine, di controlli e di procedure in ambito portuale e aeroportuale, al fine di incrementare le capacità di *screening* così da individuare la presenza di droghe e precursori in *container* e camion
- A79** Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
- A80** Potenziare l'attività dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture al fine di incrementare la presa in carico precoce
- A93** Sviluppare indicazioni operative per la Valutazione dell'Impatto Sociale dei servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi
- A95** Sviluppare il monitoraggio dei movimenti secondari ("*secondary movements*" - migrazione)
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A106** Implementare una cartella informatizzata unificata

A109 Sviluppare Linee Guida per il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, del metodo e della valutazione

A116 Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa

A125 Sviluppare un protocollo di valutazione medico-farmacologica precoce e prevedere lo *screening* e la vaccinazione per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze

A128 Ripristinare il Comitato Scientifico del Dipartimento Politiche Antidroga

A129 Sviluppare progetti di ricerca *evidence based* sull'integrazione tra carcere e territorio e che comprendano la valutazione dei risultati

A138 Individuare approcci e metodologie per la valutazione dello stigma nell'ambito dei Dipartimenti nonché dei Servizi dedicati Pubblici e Privati, nella percezione delle Persone che Usano Droghe

4.5. Settore di Intervento Trasversale 5 - Informazione e comunicazione

4.5.1. Obiettivo Trasversale 15: Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali

A5 Sviluppare indicazioni operative per l'intercettazione precoce del disagio aspecifico in ambito scolastico e familiare

A6 Implementare Linee Guida nazionali per l'attivazione nelle scuole di *team* multiprofessionali che integrino e supportino l'insegnante referente per l'educazione alla salute

A7 Attivare corsi di formazione e di aggiornamento per docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado d'istruzione

A8 Sviluppare programmi specifici per ciclo di vita che adottino un approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill*

A11 Implementare lo sviluppo di competenze specifiche, sulle materie di confine tra prevenzione e clinica, nei Ser.D

A12 Avviare un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa

A13 Predisporre piani di formazione e aggiornamento professionale rivolti a *policy maker* e riconosciuti contrattualmente su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione

A16 Promuovere lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne *social* sul tema delle dipendenze in linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale

A17 Sviluppare campagne di prevenzione e sensibilizzazione sulle dipendenze che coinvolgano *testimonial* famosi e/o *influencer* noti, appartenenti a diverse subculture

A23 Assicurare una *governance* multilivello che attraverso i diversi piani della programmazione (nazionale, regionale e territoriale) garantisca il coinvolgimento di tutti i livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder*



- A45** Sviluppare un Tavolo di Lavoro per individuare le modalità più idonee di risposta alle problematiche di dipendenza che si dovessero manifestare in pazienti trattati con Cannabis a Uso Medico
- A46** Definire Linee di Indirizzo per la formazione del personale medico sui possibili rischi derivanti dal trattamento con *painkiller* e benzodiazepine nelle terapie del dolore
- A47** Sviluppare un Tavolo di Lavoro per la definizione degli strumenti maggiormente efficaci per aumentare l'informazione pubblica, informare e promuovere la conoscenza e la diffusione di informazioni sull'impiego appropriato delle preparazioni magistrali a base di cannabis, sulla base dei pareri dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto di rispettiva competenza
- A70** Promuovere la formazione degli operatori di polizia che svolgono attività di informazione e prevenzione in ambiente scolastico nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità attraverso lo svolgimento di corsi centralizzati, che prevedono l'intervento didattico di esperti quali operatori dei Ser.D, psicologi, comunicatori provenienti dal mondo della prevenzione, tossicologi, ecc.
- A77** Promuovere l'attivazione e lo svolgimento di nuove campagne di informazione all'interno degli Istituti di istruzione in cui l'azione del personale delle Forze di Polizia avvenga nell'ambito di programmi integrati in sinergia con i Ser.D, le reti territoriali e i Piani dell'Offerta Formativa, secondo metodi di provata efficacia scientifica
- A87** Strutturare indicazioni operative per la costruzione di spazi intermedi di ascolto e consulenza specifica che facilitino l'accesso ai servizi
- A91** Facilitare l'accesso ai servizi da parte della popolazione migrante
- A98** Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *internet* e nuove tecnologie
- A108** Inserire nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato le proposte di giustizia riparativa
- A114** Sviluppare Linee di Indirizzo per l'interpretazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative
- A124** Definire Linee di Indirizzo e Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione
- A131** Produrre Linee Guida per la validazione di contenuti e strumenti di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata con particolare attenzione alle popolazioni-*target*
- A132** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di prevenzione sull'incidentalità stradale alcol-droga correlata differenziati a seconda del *target*
- A134** Sviluppare corsi info-educativi come requisito essenziale per la revisione dei documenti di guida per i cittadini che infrangono gli Artt. n.186 e 187 del CdS
- A135** Inserire nel programma di formazione dei neopatentati e nei percorsi di revisione della patente le tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida
- A136** Rafforzare la formazione e la sensibilizzazione di farmacisti e medici prescrittori di terapie psicofarmacologiche sul rischio di alterazione psicofisica alla guida, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi
- A137** Sviluppare Linee di Indirizzo per interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi specifici per l'incidentalità stradale alcol-droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento
- A139** Modificare lo stigma verso le Persone che Usano Droghe attraverso la formazione degli Operatori Sanitari, degli Operatori Sociali e delle Forze dell'Ordine

4.5.2. Obiettivo Trasversale 16: Informazione e comunicazione in materia di dipendenze

- A3** Attivare presso il Dipartimento Politiche Antidroga la funzione di coordinamento interistituzionale in ambito prevenzione delle dipendenze
- A4** Avviare un percorso di lavoro interministeriale finalizzato a integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Docenti con moduli obbligatori relativi alla Promozione della Salute e Prevenzione educativa
- A15** Promuovere Linee di Indirizzo per la normalizzazione dell'attività preventiva nell'ambito delle dipendenze
- A20** Analizzare e ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai Servizi per le Dipendenze e la continuità delle cure
- A21** Sviluppare Linee di Indirizzo per il monitoraggio e la valutazione del funzionamento dei Dipartimenti
- A22** Istituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Dipendenze per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi in atto
- A24** Costruire Linee di Indirizzo nazionali: per la definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali; per l'attivazione o il potenziamento di *equipe* multiprofessionali stabili; per lo sviluppo di progetti personalizzati; per la presa in carico integrata e multidimensionale; per l'introduzione del Budget di Salute
- A29** Promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale
- A45** Sviluppare un Tavolo di Lavoro per individuare le modalità più idonee di risposta alle problematiche di dipendenza che si dovessero manifestare in pazienti trattati con Cannabis a Uso Medico
- A74** Implementare i *network* degli *attaché*
- A75** Promuovere la comunicazione attraverso i canali esistenti (Europol, Interpol, Ufficiali di Collegamento)
- A78** Potenziare la condivisione e disseminazione delle informazioni prodotte all'interno della rete REITOX attraverso un gruppo di coordinamento interistituzionale presso il Dipartimento Politiche Antidroga
- A79** Implementare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
- A81** Implementare la capacità delle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso, Laboratori) d'individuare eventuali sostanze d'abuso in casi sospetti di agitazione psicomotoria e/o alterazioni del comportamento con cause da identificare
- A90** Strutturare indicazioni operative per l'utilizzo del Naloxone spray nasale (*take home Naloxone*)
- A94** Promuovere la costruzione di un sistema di scambio di informazioni tra i servizi europei in materia di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi e la strutturazione di un sistema capillare di allerta precoce (EHRN, NewNet, EMCCDDA)
- A100** Analizzare le barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per le Dipendenze comportamentali
- A103** Ripensare i concetti di "Riduzione del danno" e "Limitazione dei rischi" nell'ambito delle Dipendenze comportamentali
- A104** Creare un tavolo permanente fra Operatori Sanitari e Operatori della Giustizia
- A106** Implementare una cartella informatizzata unificata
- A112** Strutturare un modello/strumento operativo finalizzato a condividere gli obiettivi del Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato tra istituzioni e operatori coinvolti
- A113** Predisporre un programma congiunto con i servizi di salute mentale che lavorano in ambito penitenziario
- A116** Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa



A117 Sviluppare protocolli operativi finalizzati alla continuità dell'intervento di assistenza anche al momento della dimissione dal carcere

A118 Ripristinare la Consulta Nazionale degli operatori delle dipendenze

A125 Sviluppare un protocollo di valutazione medico-farmacologica precoce e prevedere lo *screening* e la vaccinazione per patologie infettive o correlate al Disturbo da Uso di Sostanze

A130 Potenziare la collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento Politiche Antidroga e le Forze di Polizia finalizzata alla prevenzione e al contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti e alcol da parte dei conducenti di veicoli

A133 Uniformare le Linee operative delle Commissioni Mediche Locali

A136 Rafforzare la formazione e la sensibilizzazione di farmacisti e medici prescrittori di terapie psicofarmacologiche sul rischio di alterazione psicofisica alla guida, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi

INDICAZIONI ATTUATIVE

SCHEDE TECNICHE

1

Coordinamento interistituzionale per la prevenzione

Titolo

Assicurare il coordinamento interistituzionale e tecnico scientifico per l'area della prevenzione e strutturare l'integrazione con gli altri Piani Nazionali in essere

Descrizione sintetica

Secondo la Strategia dell'Unione Europea in materia di droghe per il periodo 21-25, la prevenzione deve mirare a “predisporre, attuare e rendere ove necessario più disponibili, interventi e strategie di prevenzione ambientale e universale basati su dati probanti per i gruppi e gli ambienti destinatari al fine di accrescere la resilienza e rafforzare le competenze per la vita e scelte di vita sane”, mentre il Programma Predefinito n. 4 del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) individua nella collaborazione interistituzionale uno degli elementi essenziali per sviluppare le sinergie esistenti ed evitare sovrapposizioni (A10, A2) con le disposizioni individuate da altri Piani di azione in essere (Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (A10), Piano nazionale di Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023, Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023).

A tal fine si rende necessario, per favorire il raggiungimento dei risultati di salute, rafforzare il ruolo di coordinamento interistituzionale, proprio del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) in ambito di prevenzione delle dipendenze, secondo il modello di *stewardship* in base al quale il Ministero della Salute, in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni e Province Autonome, grazie anche all'acquisizione di funzioni e competenze specifiche (A3).

Il rilancio e l'innovazione delle attività di prevenzione e presa in carico precoce richiedono inoltre l'individuazione di fondi a sistema, dedicati alle dipendenze e alle sue evoluzioni. Ciò anche al fine di sostenere una distribuzione più strutturata, continua e capillare delle risorse su tutto il territorio nazionale (A1). Occorre inoltre garantire la previsione di fondi per la sperimentazione e la valutazione sia di programmi attuati in altri Paesi sia dei nuovi programmi elaborati in Italia.

Data la necessità di un'attenzione specifica al *target* adolescenziale, che richiede personale, tempi e spazi dedicati, non assimilabili con la prevenzione e il trattamento di tipologie di utenza anagraficamente più adulte, anche il Terzo Settore deve essere dotato di strumenti e fondi per lo sviluppo di progetti dedicati all'educazione e alla formazione. Ciò risulta infatti funzionale, da un lato, a stimolare la consapevolezza e la solidarietà tra la giovane popolazione dei consumatori e, dall'altro, a favorire l'interazione con le specifiche figure sociosanitarie che affiancano il mondo scolastico nelle azioni di prevenzione e di informazione sul tema.

A tale scopo risulta inoltre necessario avviare un percorso di lavoro interministeriale con il coinvolgimento dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) (A80) Università, Ordini Professionali ecc. per integrare i curricula formativi universitari dei futuri Operatori dei Servizi Sociali, Socioeducativi, di Aggregazione Giovanile ecc. con Moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa, affinché tutti gli Operatori che si occupano di Salute siano adeguatamente competenti per valorizzare il proprio ruolo preventivo e preparati anche a costruire relazioni con il territorio e con le diverse tipologie di Servizi (A12).



Il target

- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Enti del Terzo Settore direttamente implicati in servizi e progetti specifici
- Istituti scolastici e Uffici Scolastici Regionali

Obiettivo / Contiene le azioni:

A1, A2, A3, A10, A12, A80

Sviluppare il coordinamento interistituzionale in ambito di prevenzione delle dipendenze, supportare la Programmazione Regionale e garantire l'attuazione coordinata del PNP, del Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali e del Piano di Azione Nazionale Dipendenze.

Funzioni e modalità operative

Per favorire il raggiungimento dei risultati di salute si rende necessario rafforzare il ruolo di coordinamento interistituzionale del DPA secondo un modello di *stewardship*.

Sulla scorta di tale approccio, il DPA, in collaborazione con il Ministero della Salute e con altri Ministeri e Istituzioni centrali, le Regioni e Province Autonome e l'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), supporta la programmazione regionale e quella territoriale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione, coordinamento e accompagnamento, al fine di attuare funzioni e competenze specifiche e peculiari, quali:

- Individuazione, traduzione e disseminazione dei materiali e delle banche dati dell'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) utili alla prevenzione delle dipendenze;
- Gestione e coordinamento di tutta la filiera di accreditamento dei programmi IPEST (Interventi Preventivi Efficaci Sostenibili e Trasferibili) di prevenzione delle dipendenze e di presa in carico precoce, mediante:
 - Promozione della valutazione di programmi promettenti;
 - Selezione di interventi validati dalla comunità scientifica internazionale che meritano di essere trasferiti al contesto italiano;
 - Coordinamento delle attività di adattamento e traduzione dei programmi selezionati;
 - Creazione e mantenimento di un repertorio di interventi efficaci in accordo con il *Network* Italiano di *Evidence Based Prevention* (NIEBP) (<https://www.niebp.com/>) che già opera in questo senso per il PNP;
 - Monitoraggio specifico delle attività di prevenzione condotte sul territorio;
 - Coordinamento delle attività di formazione alla prevenzione.

Il coordinamento si realizza anche attraverso strumenti formali (accordi, Linee di Indirizzo, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale ecc.) secondo una strategia che garantisca il principio di uniformità delle prestazioni a livello nazionale, regionale e delle articolazioni territoriali dei Comuni, lasciando spazio alle specificità locali.

È inoltre funzionale che Governo, Regioni, Province Autonome e Organizzazioni dei Comuni sottoscrivano accordi sul piano nazionale per definire le forme di coordinamento utili a garantire l'integrazione tra risorse e finanziamenti sociosanitari e sociali per le politiche sulle droghe e le dipendenze, atti a promuovere una prospettiva di sistema, per rendere funzionali e attive le relazioni tra le Aziende Asl, i Comuni, gli Enti del Terzo Settore, della società civile e degli operatori economici, adeguando tali indirizzi alle esigenze specifiche dei territori.

Viene infine richiamata la necessità di prevedere in tutte le Regioni e Province Autonome, l'Osservatorio sulle Dipendenze attribuendo a esse anche il compito di raccogliere le esperienze del Pubblico e del Privato nell'ambito della prevenzione delle dipendenze, al fine di favorire l'implementazione delle iniziative che hanno mostrato una maggior efficacia.

Come previsto dal PNP Ob1 del PP4 Dipendenze, al fine di individuare appropriati *standard* di processo degli interventi di prevenzione che siano in linea con gli *standard* di qualità europei per la prevenzione delle droghe (EDPQS) e delle norme internazionali dell'*United Nation Office on Drugs and Crime* (UNODC) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla prevenzione dell'uso di sostanze, è necessario attivare un sistema di monitoraggio omogeneo sul territorio nazionale.

Si evidenzia inoltre la necessità di adottare le indicazioni operative promosse dal PNP – PP4 Dipendenze. Si tratta, nello specifico, di diffondere Modelli di Intervento (intersettoriali e interdisciplinari) centrati su metodologie *evidence-based* (*life skills education* e *peer education*) e Azioni Raccomandate e Sostenibili con approccio *life course* differenziato per genere e per *setting*, al fine di favorire e garantire una maggiore sostenibilità ed equità degli interventi in ambito nazionale e con l'obiettivo di promuovere l'istituzione di un programma simil Erasmus nell'ambito Prevenzione e Promozione della Salute, aperto a studenti dei Corsi di Laurea di settore, professionisti dei Servizi preventivi, insegnanti e Dirigenti scolastici, *policymaker* in campo sociosanitario, sociale ed educativo.

Tale programma, se dotato di un'adeguata struttura e di finanziamenti sufficienti, potrebbe infatti favorire la conoscenza comune e gli scambi tecnici tra i professionisti e i *policymaker* impegnati nel campo della prevenzione e della promozione della Salute, valorizzando così lo scambio e l'integrazione a livello interregionale, internazionale e intercontinentale.

In ambito formativo è inoltre necessario valorizzare le competenze e il ruolo preventivo di tutti gli Operatori che si occupano di Salute, anche al fine di prepararli a costruire relazioni efficaci con il territorio e le diverse tipologie di Servizi che sui territori insistono.

A tal fine si rende necessario istituire un Tavolo di Lavoro interministeriale con l'obiettivo di strutturare moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa da integrare nel curriculum formativo dei futuri operatori.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero dell'Istruzione
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore direttamente implicati in servizi e progetti specifici
- Istituti scolastici
- Uffici Scolastici Regionali

Stakeholder

- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Consulta nazionale permanente delle ragazze e dei ragazzi ed altre forme di rappresentanza locali
- Forze dell'Ordine
- Altri Servizi Pubblici e del Privato Sociale (Consultori, Centri per le famiglie, Centri giovani ecc.)
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Enti del Terzo Settore
- Uffici Scolastici Regionali



Risultati attesi

- Istituzione di un Tavolo di Lavoro congiunto fra Ministeri, Regioni e Province Autonome, Enti Locali e Terzo Settore
- Elaborazione di Linee di Indirizzo per l'attivazione di interventi strutturati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale
- Attivazione presso il DPA della funzione di coordinamento interistituzionale in ambito Prevenzione
- Istituzione di un Ufficio permanente per la prevenzione e la promozione del benessere in ogni Regione e Provincia Autonoma
- Sviluppo e implementazione di un programma di scambio e conoscenza sui temi della Prevenzione tra professionisti e *policymaker* del settore Dipendenze
- Attivazione di un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri Operatori
- Attivazione di moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa nel curriculum formativo dei futuri Operatori

Indicatori di risultato

- Adozione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Adozione delle Linee di Indirizzo da parte delle singole Regioni e Province Autonome
- Numero di Enti che recepiscono le Linee di Indirizzo
- Numero di programmi/progetti attivati
- Numero di incontri del Tavolo Interministeriale preposto
- Numero di percorsi accademici relativi ai Corsi di Laurea di area Pedagogica e corsi di formazione post-laurea per l'abilitazione alla docenza nei quali siano inseriti i moduli Promozione della Salute e Prevenzione educativa

Le risorse

Isorisorsore

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Coordinamento interministeriale sulle dipendenze
- Co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Partecipazioni a reti europee e internazionali
- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Valorizzazione delle esperienze europee
- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale
- Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali
- Piano Nazionale della Prevenzione
- Coordinamento interministeriale sulle Dipendenze comportamentali
- Popolazioni specifiche
- Scuole che promuovono salute

2

Prevenzione delle dipendenze nel *setting* scolastico

Titolo

Incentivare la prevenzione delle dipendenze nel *setting* scolastico attraverso la predisposizione e l'implementazione di Linee di Indirizzo specifiche

Descrizione sintetica

L'elemento strategico di innovazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) risiede nella scelta di sostenere il ri-orientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio intersettoriale e multidisciplinare di Promozione della Salute (A10, A4).

In tale ottica nelle scuole si rende necessario, da un lato, attivare *team* multiprofessionali di educatori e psicologi (A6) e, dall'altro, individuare un insegnante referente per l'educazione alla Salute che sia formato in modo specifico e continuamente aggiornato (A7). Questa figura, in maniera integrata con il *team* multiprofessionale, avrà il compito di raccogliere le esigenze dei colleghi, degli alunni e delle famiglie e di coordinare le varie azioni. In tutti i collegi docenti, al fine di ridurre i meccanismi di espulsività dell'*equipe* docenti, è inoltre necessario prevedere una supervisione obbligatoria (A7, A5).

Sarà inoltre necessario promuovere la formazione degli operatori di polizia che svolgono attività di informazione e prevenzione in ambiente scolastico nell'ambito dei progetti di educazione alla legalità (A70).

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al tema della *peer education* e alla creazione di *peer leader* positivi, che potrebbero essere inclusi nei percorsi di PCTO (Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento). In tal senso, occorre promuovere progetti che coinvolgano direttamente gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado nella costruzione e disseminazione di campagne di prevenzione sui temi delle dipendenze, fornendo loro competenze operative e abilità progettuali per utilizzare i media visuali e i *social network* (A8, A9).

La letteratura ha infatti riconosciuto l'importanza di questi strumenti nell'ambito della promozione della salute, evidenziando inoltre la necessità di rafforzare le competenze emotive, relazionali e sociali per aiutare gli adolescenti ad affrontare i passaggi dello sviluppo, ma anche per promuovere benessere e comportamenti positivi, agendo sui fattori protettivi rispetto a comportamenti rischiosi.

Il target

- Studenti
- Studenti dei corsi di laurea abilitanti all'Insegnamento e alla didattica
- Dirigenti scolastici
- Docenti
- Genitori
- Personale ausiliario delle scuole
- Professionisti della tutela della salute (educatori e psicologi)



Obiettivo / Contiene le azioni: **A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A70**

Sviluppare programmi specifici, continuativi e articolati lungo tutto il percorso scolastico sui temi delle sostanze illegali, legali e dei comportamenti a rischio di dipendenza.

La scuola rappresenta un *setting* privilegiato per l'implementazione di programmi di prevenzione universale sul tema delle sostanze illegali, legali e dei comportamenti a rischio di dipendenza. Programmi che dovrebbero essere implementati tenendo conto del ruolo centrale della scuola nello sviluppo delle competenze emotive, relazionali e sociali, con il duplice fine, di aiutare da un lato gli studenti ad affrontare le diverse fasi dello sviluppo e, dall'altro, di promuovere comportamenti positivi a sostegno di un più ampio benessere psicofisico.

Funzioni e modalità operative

È necessario sviluppare programmi specifici per ciclo di vita, che si articolino durante tutto il percorso scolastico. Ad esempio interventi:

- Per le scuole primarie: basati sulla promozione della salute e sull'acquisizione delle *life skill* al fine di favorire un migliore adattamento sociale e un maggior benessere psicosociale;
- Per le scuole secondarie di I° grado: condotti con metodi partecipati e focalizzati su *empowerment*, competenze personali e influenza sociale;
- Per le scuole secondarie II° grado: basati sulla *peer education*, l'individuazione di peer leader positivi e sulla partecipazione diretta degli studenti alla costruzione e disseminazione di campagne di prevenzione sui temi delle dipendenze.

Un'attenzione particolare dovrebbe essere dedicata ai *target* post-diploma, come i giovani universitari o coloro che hanno preso parte a differenti percorsi formativi.

Si rende inoltre necessario potenziare e aggiornare la funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), con un'azione integrata con quanto previsto dal PNP Prevenzione – Programma Predefinito 1 “Scuole che Promuovono la Salute” e con i contenuti dell'Accordo Stato Regioni del gennaio 2019 per la definizione di “*policy* integrate per la salute” e anche introducendo un coinvolgimento del personale che opera nei CIC nei consigli di classe, qualora opportuno.

In questo quadro, viene evidenziata la necessità di avviare corsi di formazione e di aggiornamento per docenti e Dirigenti delle scuole di ogni ordine e grado, per sensibilizzare e trasmettere le conoscenze di base sul fenomeno delle dipendenze, la diffusione dell'uso di sostanze e la loro ricaduta sulla salute dei giovani in età scolare, nonché per fornire strumenti necessari ad avviare azioni di prevenzione e di promozione del benessere psicosociale, anche costruendo percorsi condivisi Pubblico-Privato, con un approccio collaborativo e bidirezionale, e attraverso progettualità congiunte tra scuola, famiglia, istituzioni sanitarie ed Enti Locali.

Contestualmente occorre avviare un percorso di lavoro interministeriale per integrare il curriculum formativo universitario dei futuri docenti, con moduli obbligatori relativi a Promozione della Salute e Prevenzione educativa. Questo consente di valorizzare il ruolo dei docenti negli interventi di prevenzione, rendendoli preparati a costruire relazioni con il territorio e i suoi Servizi.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero dell'Istruzione
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore direttamente implicati in servizi e progetti specifici
- Istituti scolastici
- Uffici Scolastici Regionali

Stakeholder

- Decisori politici regionali e locali
- Adolescenti e loro rappresentanze (consulte, consigli dei giovani ecc.)
- Operatori Sociali e Sanitari di servizi specialistici (consultori, educative di strada ecc.)
- Genitori e loro associazioni
- Professionisti della tutela della salute (educatori e psicologi)
- Università ed Enti di Ricerca
- Città riservatarie
- Terzo Settore

Risultati attesi

- Redazione e implementazione di Linee di Indirizzo nazionali/regionali per lo sviluppo di programmi specifici di prevenzione che prevedano:
 - L'attivazione di *team* multiprofessionali di educatori, psicologi e insegnanti referenti per l'educazione alla salute;
 - Il rilancio dei CIC, che comprendano *standard* di qualità e criteri di valutazione d'esito dell'intervento (aggiornamento rispetto ai bisogni emergenti e alle nuove forme di dipendenza);
 - L'avviamento di corsi di formazione e aggiornamento per docenti già formati e Dirigenti sulle dipendenze.
- Sviluppo di programmi innovativi e specifici (promozione delle *life skill*; progettualità mirate di comunicazione alla prevenzione delle dipendenze che coinvolgano gli studenti in un'ottica *peer oriented*; aumento delle conoscenze di base sull'azzardo e sulle patologie a esso correlate)
- Definizione di un percorso territoriale di presa in carico delle famiglie con individuazione dei contesti di intervento di secondo livello
- Attivazione di un percorso di lavoro interministeriale finalizzato a integrare il curriculum formativo universitario dei futuri docenti



Indicatori di risultato

- Adozione da parte delle Regioni e Province Autonome delle Linee di Indirizzo per lo sviluppo di programmi specifici di prevenzione
- Numero di adesioni e relativa attivazione di progetti di prevenzione da parte degli Istituti Scolastici secondo quanto previsto dalle Linee di Indirizzo
- Numero di progettualità innovative e interventi specifici attivati
- Attivazione del curriculum formativo dei futuri docenti aggiornato sui temi della Prevenzione
- Numero di adesioni al curriculum formativo dei futuri docenti aggiornato sui temi della Prevenzione

Le risorse

Isorisorse

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva
- Piano Nazionale della Prevenzione
- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali
- Minori
- Indirizzi di *policy* integrate per la scuola che promuove salute (Dlgs. 281/97 Art. 4)

3

Reti di comunità per la prevenzione

Titolo

Potenziare le reti di comunità per la costruzione di coalizioni locali

Descrizione sintetica

Così come indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP- Macro Obiettivo M02- Dipendenze) gli interventi di comunità multicomponenti prevedono la realizzazione di programmi di prevenzione in *setting* diversificati (scuola, tempo libero, lavoro ecc.), il coinvolgimento di diversi *stakeholder* e il rafforzamento e l'implementazione delle norme (A18).

Risulta quindi importante programmare, strutturare e realizzare percorsi di formazione, ricerca, intervento e aggiornamento rivolti ai *policymaker* (es. coordinatori degli Uffici di Piano, Dirigenti Reti di Ambito scolastiche, Direttori Distretti sociosanitari/sociali, Coordinatori Case della Salute/Comunità ecc.) in linea con le indicazioni del PNP- Obiettivo Trasversale Formazione- basandosi sul curriculum europeo di prevenzione (*European Prevention Curriculum*- EUPC) con l'obiettivo di migliorare la qualità dei progetti di prevenzione (A13, A18).

Il target

- Dirigenti e personale insegnante degli Istituti scolastici
- Associazioni di studenti, Consulte dei giovani ecc.
- Associazioni di genitori
- Operatori delle ASL
- Dipartimenti
- Ser.D e altri servizi specialistici (Consultori, Centri per le famiglie)
- Operatori del comparto socioassistenziale in capo ai Comuni singoli o associati
- Operatori degli Enti del Terzo Settore

Obiettivo / Contiene le azioni:

A13, A18, A102

Gli interventi di comunità si muovono in una prospettiva ampia e integrata di strumenti e strategie. L'obiettivo è infatti quello di costruire coalizioni locali tra attori diversi che agiscono sulla promozione e la realizzazione di programmi di prevenzione in *setting* diversificati (scuola, tempo libero, lavoro ecc.).



Funzioni e modalità operative

Programmare, strutturare e realizzare in maniera capillare percorsi di formazione, ricerca, intervento e aggiornamento rivolti ai *policy maker* (es. coordinatori degli Uffici di Piano, dirigenti Reti di Ambito scolastiche, Direttori Distretti sociosanitari/sociali, Coordinatori Case della Salute/Comunità ecc.). Tali percorsi devono essere in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Obiettivo Trasversale Formazione) e con il Manuale EUPC.

Sono inoltre necessarie da una parte la creazione di un *network* professionale tra i partecipanti alla formazione, dall'altra l'individuazione di adeguate forme di incentivazione, riconoscimento e valorizzazione della formazione.

A titolo di esempio, nello specifico del gioco d'azzardo patologico, dove sussiste una già ampia esperienza di interventi e programmazione, la prevenzione dovrà basarsi su due cardini:

- Interventi volti a irrobustire le conoscenze matematiche di giovani e adulti, utili a sfatare falsi miti;
- Interventi di riduzione dell'accessibilità agli apparecchi di gioco (A102).

Soggetti attuatori

- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D e altri servizi specialistici (Consultori, Centri per le famiglie)
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore

Stakeholder

- Decisori politici
- Genitori, docenti e più in generali adulti significativi (parroci, allenatori ecc.)
- Forze dell'Ordine
- Persone che Usano Droghe (PUD)
- Terzo Settore
- Università ed Enti di Ricerca

Risultati attesi

- Formalizzazione delle reti di comunità finalizzate alla promozione e alla realizzazione di programmi di prevenzione in *setting* diversi
- Percorsi di formazione e aggiornamento rivolti ai *policy maker* su approcci ambientali e comunitari nella prevenzione delle dipendenze
- Accordo intersettoriale con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Piano (Scuola, ANCI, Prefetture, Forze dell'Ordine, Associazioni ecc.)
- Attivazione di progetti e interventi specifici di prevenzione universale sui giovanissimi
- Attivazione di progetti e interventi specifici direttivi di *feedback* personalizzato sui giovani adulti

Indicatori di risultato

- Numero di accordi sottoscritti a livello territoriale
- Numero di interventi di comunità multicomponenti attivati per ogni Regione e Provincia Autonoma
- Numero di accordi intersettoriali con soggetti strutturati esterni al sistema sanitario
- Numero di progetti e interventi specifici di prevenzione universale sui giovanissimi per ogni Regione e Provincia Autonoma
- Numero di progetti e interventi specifici direttivi di *feedback* personalizzato attivati sui giovani adulti per ogni Regione e Provincia Autonoma

Le risorse

Per la formazione, risorse finanziarie messe a disposizione dall'area formazione per la Pubblica Amministrazione (PA) Risorse specifiche disposte dal Ministero della Salute per il gioco d'azzardo patologico secondo gli accordi da definire nell'ambito dell'Osservatorio sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

Risorse Locali

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva
- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali
- Piano Nazionale della Prevenzione
- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze
- Prospettiva di genere
- Minori
- Migranti
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Partecipazione a reti europee e internazionali
- Valorizzazione delle esperienze europee



4

Campagne di sensibilizzazione sulle dipendenze

Titolo

Promuovere campagne di sensibilizzazione sulle dipendenze adeguate in termini di *target*, obiettivi e messaggi

Descrizione sintetica

La letteratura sull'efficacia dell'azione preventiva nell'ambito delle dipendenze ha richiamato la necessità di un'azione di "normalizzazione" della prevenzione, affinché venga meno l'accezione di straordinarietà e diventi invece parte della quotidianità, da ricomprendere in un più generale approccio di tipo culturale di cui una società si fa portavoce. Questo al fine di favorire la permeazione di valori che prevedano uno sviluppo armonioso della persona e della società (A15, A10).

In questo contesto, le campagne di sensibilizzazione sulle dipendenze hanno un importante potenziale sia informativo sia normativo, e possono incidere su percezioni e credenze della popolazione, oltre a rinforzare i fattori di protezione rispetto all'uso problematico di sostanze legali e illegali e a comportamenti additivi. Un altro obiettivo rilevante è quello del contrasto allo stigma. Accanto a ciò, il ricorso a modalità di comunicazione attraverso piattaforme *social* ha allargato le possibilità di raggiungere *target* specifici, migliorando oltretutto l'impatto di tale comunicazione.

Allo stesso tempo, un simile cambiamento ha fatto emergere la necessità di un maggiore coinvolgimento di figure specifiche, come il *Social Media Manager*, per l'ideazione e la realizzazione di campagne informative (A17, A16).

La letteratura scientifica è inoltre concorde nel riconoscere l'importanza di rafforzare le competenze emotive, relazionali e sociali per aiutare gli adolescenti ad affrontare i compiti di sviluppo dell'adolescenza ma anche per promuovere benessere e comportamenti positivi agendo sui fattori protettivi rispetto a comportamenti rischiosi (A8). Particolare attenzione dovrà quindi essere dedicata al tema della *peer education* e alla creazione di *peer leader* positivi, che potrebbero essere inclusi nei Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO). In tal senso occorre promuovere approcci e progetti che coinvolgano direttamente gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado nella costruzione e distribuzione di campagne di prevenzione efficaci sui temi delle dipendenze, fornendo loro competenze operative e abilità progettuali per utilizzare i media visuali e i *social network* (A9).

Il target

- Dirigenti e personale insegnante dei diversi Istituti scolastici
- Associazioni di studenti, Consulte dei giovani ecc.
- Associazioni di genitori
- Operatori delle ASL
- Dipartimenti
- Ser.D e altri servizi specialistici (Consultori, Centri per le famiglie)
- Operatori del comparto socioassistenziale in capo ai Comuni singoli o associati
- Operatori degli Enti del Terzo Settore

**Obiettivo / Contiene le azioni:
A8, A9, A10, A15, A16, A17**

Promuovere campagne di sensibilizzazione sulle dipendenze adeguate in termini di *target*, obiettivi e messaggi che incidano su percezioni, luoghi comuni e credenze della popolazione e nel contempo rinforzino i fattori di protezione rispetto al comportamento a rischio da parte dei giovani, utilizzando strumenti che richiedono un approccio scientifico e rigoroso nella loro progettazione, al fine di non generare effetti paradossali.

Funzioni e modalità operative

Al fine di evitare gli effetti iatrogeni delle campagne informative evidenziati da alcuni studi, è necessario un approccio scientifico e rigoroso nella progettazione, specialmente quando si sviluppa la comunicazione sui *social*.

Anche in linea con le raccomandazioni dell'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (2013) e con l'Obiettivo Trasversale Comunicazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), è necessario che tali campagne siano condotte esclusivamente in un contesto di studi di valutazione rigorosi, ben progettati e adeguatamente dimensionati.

A questo fine, tenendo conto del Piano Nazionale Scuola Digitale e Sanità Digitale, si rende necessario lo sviluppo di Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne informative che comprendano obiettivi e *target* ben definiti, messaggi attentamente studiati e una valutazione di impatto e di efficacia (A17, A16).

È inoltre necessario programmare, strutturare e realizzare in modo capillare percorsi di formazione, ricerca, intervento e aggiornamento rivolti ai *policy maker* (es. coordinatori degli Uffici di Piano, Dirigenti Reti di Ambito scolastiche, Direttori Distretti sociosanitari/sociali, Coordinatori Case della Salute/Comunità ecc.). Tali percorsi devono essere in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP – Obiettivo Trasversale Formazione) e del Manuale EUPC (*European Prevention Curriculum*).

Anche la comunicazione dovrà tenere conto della promozione del benessere e di comportamenti positivi agendo sui fattori protettivi rispetto a comportamenti rischiosi (A8), coinvolgendo gli studenti non come mero *target* da raggiungere, ma come effettivi protagonisti del processo comunicativo, dall'ideazione alla produzione alla distribuzione dei messaggi realizzati secondo logiche *peer oriented* (A9).

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero dell'Istruzione
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore direttamente implicati in servizi e progetti specifici
- Istituti scolastici e Uffici Scolastici Regionali



Stakeholder

- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Associazioni di studenti, Consulte dei giovani ecc.
- Forze dell'Ordine
- Altri Servizi Pubblici e del Privato Sociale (Consultori, Centri per le famiglie, Centri giovani ecc.)
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Enti del Terzo Settore
- Uffici Scolastici Regionali

Risultati attesi

- Sviluppo di Linee di Indirizzo finalizzate alla definizione di:
 - Linee Guida nazionali per la realizzazione di campagne informative adeguate sui temi delle dipendenze;
 - Processi di normalizzazione della prevenzione nell'ambito delle dipendenze al fine di rendere strutturali la programmazione e le attività di prevenzione.
- Sviluppo di programmi specifici per ciclo di vita con approccio globale e continuativo alla promozione delle *life skill* e a attivazione di progettualità di comunicazione della prevenzione delle dipendenze che coinvolgano gli studenti in un'ottica *peer oriented*.

Indicatori di risultato

- Elaborazione delle Linee di Indirizzo per la realizzazione di campagne di sensibilizzazione
- Adozione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Adozione delle Linee di Indirizzo da parte delle singole Regioni e Province Autonome
- Numero di programmi/progetti attivati

Le risorse

Per la formazione, risorse finanziarie messe a disposizione dall'area Formazione per la Pubblica Amministrazione.

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali
- Piano Nazionale della Prevenzione
- Coordinamento interministeriale sulle Dipendenze comportamentali
- Piano di Azione Nazionale Dipendenze
- Raccomandazioni EMCDDA
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi

5

Prevenzione rischi alla guida

Titolo

Prevenzione e sensibilizzazione in merito ai rischi della guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti.

Descrizione sintetica

In ambito sanitario, il DPCM 12 gennaio 2017, al punto B.6 dell'Allegato 1, definisce la promozione della sicurezza stradale come un Livello Essenziale di Assistenza (LEA). Pertanto, gli interventi di promozione della salute, le campagne di prevenzione e informazione con differenti *target* di popolazione sono prestazioni sanitarie che devono essere garantite alla collettività.

Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali sono necessari programmi di lungo periodo, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etiologia multifattoriale di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio (Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Macroobiettivo M03).

Tutto questo a partire dalle campagne di sensibilizzazione, che devono essere tarate su *target* specifici, fino agli interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR), da strutturare e attuare in contesti a rischio elevato.

A tal fine diventa importante che siano sviluppate specifiche raccomandazioni per cercare di dare indicazioni omogenee sia sulle campagne informative, formative e di RdD e LdR da estendere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale potenziando la collaborazione interistituzionale tra il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) e le Forze di Polizia.

Il target

- Giovani
- Frequentatori di luoghi del divertimento
- Organizzatori di eventi
- Medici prescrittori
- Operatori dei servizi sociosanitari e socioassistenziali sia dei Servizi Pubblici sia del Privato Sociale che a vario titolo si occupano di prevenzione e di RdD LdR

Obiettivo / Contiene le azioni:

A130, A131, A132, A135, A136, A137

Ridurre l'incidentalità stradale attraverso iniziative di prevenzione e sensibilizzazione, la cui efficacia sia validata scientificamente, interventi di RdD e LdR e iniziative mirate di formazione che siano accompagnate da specifiche raccomandazioni elaborate a livello nazionale e adottate dalle singole Regioni e Province Autonome.

Potenziare la collaborazione interistituzionale tra il DPA e le Forze di Polizia.



Funzioni e modalità operative

Gli incidenti stradali sono determinati in larga misura dal comportamento dell'uomo. L'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione e l'uso di sostanze stupefacenti da parte dei conducenti di veicoli rappresentano fattori di elevato rischio d'incidente. L'assunzione di psicofarmaci che possono alterare l'attenzione alla guida è peraltro una tendenza in crescita a livello nazionale. Alcuni fattori di rischio stradale sono riconducibili a stili di vita che comportano un consumo rischioso e dannoso di alcol e un consumo di sostanze psicotrope. Nel determinismo degli incidenti stradali incidono anche fattori sociali che di fatto comportano un minor accesso a formazione e informazione sulle misure di prevenzione (Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025).

L'uso di sostanze psicoattive e l'abuso di alcolici sono spesso correlati alla frequentazione di contesti del divertimento (discoteche, concerti, *rave party* ecc.) che vengono raggiunti dai partecipanti attraverso l'utilizzo di mezzi di trasporto privati. In contesti caratterizzati da condizioni di rischio sociale elevato (es. *party* autorizzati, *free party*, *street parade*, *rave*, *goa party*, *teknival*), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc. Occorre valorizzare l'integrazione con programmi specifici di *outreach* in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatico, strategico e operativo quanto più possibile integrato ai "nuovi LEA" relativi alla Riduzione del Danno. Le pratiche di RdD e LdR devono essere rese strutturali. Tra queste: la distribuzione di *kit* per l'autovalutazione del tasso alcolico; la predisposizione di spazi *chill out* e di decompressione; l'incentivazione all'utilizzo di mezzi di trasporto collettivo; l'individuazione del guidatore designato; il pernottamento presso strutture convenzionate; l'introduzione di forme di condizionalità che subordinino il rilascio di autorizzazioni per lo svolgimento di eventi a rischio; l'implementazione di interventi di RdD.

Inoltre, si riscontra a livello nazionale una disomogeneità nei contenuti e negli strumenti utilizzati per la realizzazione di iniziative di prevenzione e sensibilizzazione sull'incidentalità alcol e droga correlata. Si ritiene quindi necessaria la produzione di Linee Guida finalizzate a un'informazione di contenuti e strumenti delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione sul tema basate su evidenze scientifiche e con particolare attenzione alle specificità delle popolazioni *target* (A131; A132). Si segnala, in particolare, la necessità di iniziative specifiche sul *target* dei patentati *over 30* non precedentemente segnalati.

Le scuole guida possono costituire un luogo privilegiato in cui riflettere sui rischi connessi al consumo di alcol e sostanze stupefacenti sulle *performance* di guida.

Si propone quindi:

- Lo sviluppo di raccomandazioni per la realizzazione di iniziative di prevenzione e sensibilizzazione alla guida sicura differenziate per *target* specifici, che utilizzino anche tecnologie innovative (es. realtà virtuale) e la cui efficacia sia validata da organismi scientifici (A131; A132).
- Lo sviluppo di corsi di formazione rivolti agli istruttori di scuola guida per fornire strumenti di sensibilizzazione su alcol e sostanze stupefacenti relativamente ai rischi connessi alla guida; inserimento nel programma di formazione di neopatentati o nei percorsi di revisione delle tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida (A135).
- La formazione e sensibilizzazione rivolte a farmacisti e medici prescrittori per scoraggiare la guida di persone trattate con terapie psicofarmacologiche, soprattutto se in associazione con alcol o altri farmaci con effetti sommativi (A136).
- Lo sviluppo di raccomandazioni per la strutturazione di interventi specifici di RdD e LdR per l'incidentalità stradale alcol droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento (A137).
- Il potenziamento delle forme di collaborazione interistituzionale già avviate negli ultimi anni tra DPA e Forze di Polizia, estendendole anche alle Polizie Locali, in una prospettiva di continuità e attraverso la formulazione di accordi che prevedano, anche in collaborazione con altri soggetti, la redazione di protocolli operativi condivisi relativi all'accertamento dell'assunzione di sostanze psicoattive e la realizzazione di azioni congiunte di prevenzione.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Ministero dell'Interno
- Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibile
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati

Stakeholder

- Decisori politici regionali e locali
- Forze dell'Ordine
- Enti del Terzo Settore
- Scuole guida
- Case Farmaceutiche
- Associazioni di categoria
- Organizzazioni Sindacali

Risultati attesi

- Redazione e adozione di raccomandazioni al fine di dare indicazioni omogenee sia sulle campagne informative, formative e di RdD e LdR (specifici per l'incidentalità stradale alcol droga correlata) da estendere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale
- Aumento della consapevolezza sui rischi connessi al consumo di alcol e sostanze stupefacenti sulle *performance* di guida
- Realizzazione di corsi di formazione rivolti agli istruttori di scuola guida per fornire strumenti di sensibilizzazione su alcol e sostanze stupefacenti relativamente ai rischi connessi alla guida; inserimento nel programma di formazione di neopatentati o nei percorsi di revisione della patente delle tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti alla guida
- Realizzazione di iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolte a farmacisti e medici prescrittori sui rischi di alterazione psicofisica alla guida per i pazienti in trattamento con psicofarmaci, soprattutto in associazione con alcolici o altri farmaci con effetti sommativi
- Elaborazione per la realizzazione di iniziative di prevenzione e sensibilizzazione basate su *standard* qualitativi condivisi e basati su evidenze scientifiche
- Riduzione dell'incidentalità stradale, nelle fasce orarie serali e notturne
- Riduzione dei casi di infrazione degli Artt. n.186 e 187 del Codice della Strada (CdS) ([A132](#))
- Contenimento dell'incidentalità stradale alcol e droga correlata in relazione alla frequentazione di luoghi del divertimento



Indicatori di risultato

- Produzione delle raccomandazioni per:
 - La realizzazione di iniziative di prevenzione e formazione alla guida sicura differenziate per *target* specifici, che utilizzino anche tecnologie innovative (es. realtà virtuale) e la cui efficacia sia validata da organismi scientifici;
 - La strutturazione di interventi specifici di Riduzione del Danno e di Limitazione dei Rischi per l'incidentalità stradale alcol droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento.
- Numero di Regioni e Province Autonome, Aziende Sanitarie, Enti Locali che adottano le raccomandazioni
- Numero di percorsi di formazione per istruttori di scuole guida per ogni Regione e Provincia Autonoma
- Introduzione di tematiche connesse ai rischi sul consumo di alcol e sostanze alla guida nei percorsi di formazione
- Numero di iniziative di formazione per farmacisti e medici prescrittori sui rischi per la guida di persone trattate con terapie psicofarmacologiche, soprattutto se in associazione con alcol o altri farmaci con effetti sommativi.
- Numero di accordi stipulati tra DPA e Forze di Polizia

Le risorse

Fondi DPA sull'incidentalità stradale
Fondi regionali
Risorse dei Comuni singoli o associati
Sponsorizzazioni private

Tempi

- 12 mesi per lo sviluppo di Linee di Indirizzo per la realizzazione di iniziative di prevenzione e sensibilizzazione alla guida sicura; 24 mesi per la promozione e l'adozione delle Linee di Indirizzo
- 12 mesi per lo sviluppo di Linee di Indirizzo per la strutturazione di interventi specifici di RdD e LdR per l'incidentalità stradale alcol droga correlata con particolare attenzione ai contesti del divertimento; 24 mesi per la promozione e l'adozione delle Linee di Indirizzo
- 12 mesi per la progettazione dei corsi di formazione per gli istruttori di scuola guida; 24 mesi per la realizzazione dei corsi
- 12 mesi per la progettazione di iniziative di formazione a farmacisti e medici prescrittori per scoraggiare la guida di persone trattate con terapie psicofarmacologiche, soprattutto se in associazione con alcol o altri farmaci con effetti sommativi; 24 mesi per la realizzazione delle iniziative

Settori e obiettivi trasversali

- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Flussi informativi
- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- DPCM 12 gennaio 2017
- Piano Nazionale della Prevenzione, Obiettivo M03

6

Commissioni Mediche Locali

Titolo

Produrre Linee di Indirizzo per uniformare le procedure delle Commissioni Mediche Locali (CML) per la rivalutazione dell'idoneità alla guida a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica (Art. 186 CdS) e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (Art. 187 CdS)

Descrizione sintetica

L'iter amministrativo previsto per la rivalutazione dell'idoneità alla guida a seguito di sospensione della stessa è disomogeneo sia a livello nazionale sia sul territorio regionale. Le Commissioni Mediche Locali nell'accertare o verificare la presenza o permanenza dei requisiti psicofisici necessari a condurre i veicoli, operano in applicazione alle normative con ampi margini di discrezionalità (A133).

A partire dalla buona pratica della Regione Emilia Romagna (A134) occorre uniformare i percorsi adottando Linee Guida riconosciute che favoriscano l'integrazione tra le strutture del Sistema Sanitario Nazionale interessate e rispondano a finalità preventive di adeguata informazione/formazione, finalizzate a far acquisire ai soggetti sottoposti a visita, maggiore consapevolezza rispetto alla pericolosità degli effetti del consumo di bevande alcoliche e sostanze psicoattive sulla capacità di guidare (A135).

Il target

- Cittadini che hanno violato gli Artt. 186 e 187 del Codice della Strada (CdS)
- Commissioni Mediche Locali
- Servizi per le Dipendenze

Obiettivo / Contiene le azioni:

A133, A134, A135

Uniformare a livello nazionale le procedure per la rivalutazione dell'idoneità alla guida a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica (Art. 186 CdS) e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (Art. 187 CdS).

Funzioni e modalità operative

Le linee operative che le Commissioni Medico Locali adottano durante gli accertamenti dei requisiti psico-fisici per l'idoneità alla guida appaiono non essere uniformi sia all'interno che tra le Regioni italiane. A partire dalla revisione delle Linee di Indirizzo esistenti, redatte dalla Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (COMLAS), è necessario standardizzare e uniformare i criteri analitici e diagnostici con la finalità di renderli applicabili uniformemente nelle diverse CML (A133).

È necessario produrre Linee di Indirizzo per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti nei cui confronti è stata accertata la violazione degli Artt. 186 e 187 del Codice della Strada che siano coerenti con il dettato normativo; che rispondano ai criteri di appropriatezza del Sistema Sanitario Nazionale; che perseguano l'obiettivo previsto dall'Art. 5 della Legge n. 24/2017, per i professionisti, di operare, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità di medicina legale, secondo buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste da Linee Guida;



favoriscano l'integrazione tra le strutture del Sistema Sanitario Nazionale interessate (in particolare: CML, Servizi per le Dipendenze, laboratori di analisi); che integrino tali aspetti con le finalità preventive di adeguata informazione/formazione finalizzata a far acquisire al soggetto sottoposto a visita maggiore consapevolezza rispetto alla pericolosità degli effetti del consumo di bevande alcoliche e sostanze psicoattive sulla capacità di guidare (A135); che assicurino le caratteristiche necessarie ad agevolarne la condivisione e quindi l'applicazione da parte di tutte le CML e dei Servizi che con queste collaborano nell'accertamento delle condizioni di salute dei titolari di patenti (A133).

A tal fine risulta particolarmente significativa la buona pratica dell'Emilia-Romagna in cui sono state promosse Linee di Indirizzo regionali (con il Protocollo Operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica e relativi aggiornamenti) che hanno favorito l'omogeneità nelle procedure di valutazione da parte delle CML. Dal 2011 è stata introdotta nella Regione, per i conducenti segnalati, l'obbligatorietà di partecipazione a un corso info-educativo di primo livello. Tale corso di sensibilizzazione è ritenuto parte fondante del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida richiesto dalla normativa vigente. I costi relativi alla gestione dei corsi, con tariffa stabilita dalla Regione, sono a carico dei frequentatori. Sono previsti corsi info-educativi di primo livello per la violazione degli Artt. 186 e 187 e corsi info-educativi di secondo livello per i casi di reiterazione della violazione dell'Art. 186. Uno studio ha dimostrato che gli utenti dei corsi acquisiscono maggiori conoscenze sui rischi per la salute legati al consumo di alcolici e sull'adozione di stili di vita meno rischiosi per la sicurezza stradale¹. I docenti dei corsi sono in possesso di specifica formazione e abilitazione certificata dalla Regione.

Si propone quindi di:

- Produrre Linee di Indirizzo per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti nei cui confronti è stata accertata la violazione degli Artt. 186 e 187 del CdS, al fine di uniformare a livello nazionale le procedure adottate dalle CML;
- Come indirizzo, introdurre l'obbligatorietà a frequentare corsi info-educativi per i conducenti segnalati per la violazione degli Artt. 186 e 187 del CdS, sottoposti ai percorsi di rivalutazione dell'idoneità alla guida.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome

Stakeholder

- ASL
- Dipartimenti di Medicina Legale
- Persone che Usano Droghe (PUD)
- Forze dell'Ordine

Risultati attesi

- Linee di Indirizzo per uniformare a livello nazionale le procedure delle CML per la rivalutazione dell'idoneità alla guida, adottate dalle Aziende Sanitarie Locali
- La previsione dell'obbligatorietà a frequentare corsi info-educativi per i conducenti segnalati per violazione degli Artt. 186 e 187 del CdS, sottoposti ai percorsi di rivalutazione dell'idoneità alla guida
- La consapevolezza sui rischi e sui danni connessi al consumo di alcol e sostanze relativamente alla *performance* di guida nei soggetti sottoposti ai percorsi di rivalutazione dell'idoneità alla guida per violazione degli Artt. 186 e 187 del CdS

1. Annovi, C., Querci, S., Greco, G. e Durante, M. 2018. Studio sulla valutazione di esito dei corsi info-educativi svolti nella Regione Emilia Romagna per i conducenti con infrazione dell'Art. 186 e 186 bis del Codice della Strada "Guida in stato di ebbrezza". Mission - Open Access. 49 (feb. 2018).

Indicatori di risultato

- Pubblicazione delle Linee di Indirizzo
- Numero di protocolli operativi o aggiornamenti ai protocolli operativi deliberati dalle Regioni e Province Autonome
- Adozione delle Linee di Indirizzo da almeno l'80% dei Presidenti delle CML per ogni Regione e Provincia Autonoma

Le risorse

Servizio Sanitario Regionale (SSR) tramite pagamento di *ticket*
Costi info-educativi a carico dei trasgressori degli Artt. 186 e 187 del CdS
Fondi DPA Incidentalità

Tempi

- 12 mesi per la produzione delle Linee di Indirizzo
- 12 mesi per aggiornare o deliberare Protocolli Operativi da parte delle Regioni e delle Province Autonome
- 12 mesi per l'adozione dei Protocolli da parte delle CML

Settori e obiettivi trasversali

- Flussi informativi
- Informazione e comunicazione interna al settore dipendenze
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- La rete degli osservatori
- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione dei rischi connessi all'uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Piano nazionale alcol e salute (PNAS)
- Programma "Guadagnare Salute"



7

Governance Multilivello

Titolo

La *governance* multilivello: il coordinamento, la pianificazione nazionale e la strumentazione regionale e territoriale per il coinvolgimento dei diversi livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder*

Descrizione sintetica

In seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la titolarità delle funzioni amministrative ha subito una stratificazione lungo l'asse verticale dei diversi livelli di governo: statale, regionale, comunale. Per quanto riguarda la funzione dell'assistenza sanitaria, le competenze sono articolate sul livello statale per la determinazione dei livelli di assistenza, mentre su quello regionale, le competenze attengono la programmazione, l'organizzazione e la realizzazione dei servizi sanitari. Per quanto riguarda la funzione dell'assistenza sociale, le competenze sono articolate sul livello statale per la determinazione dei livelli di assistenza, su quello regionale per la programmazione e l'organizzazione della rete territoriale dei servizi, mentre il livello territoriale si occupa di gestione e di erogazione di servizi.

Da un tale quadro, così come avviene per altre aree ad alta integrazione, deriva che un'adeguata *governance* multilivello può consentire la ricomposizione tra i vari piani istituzionali. Pertanto, il Piano di Azione Nazionale Dipendenze (PAND) necessita, per un'attuazione uniforme e coordinata, di una *governance* di sistema.

Le Regioni e Province Autonome, dopo la sua approvazione in sede di Conferenza Unificata, potranno provvedere all'elaborazione di Piani regionali e dare indicazioni ad Aziende USL e agli Ambiti Sociali territoriali per la redazione dei Piani territoriali (Piani di Zona), attivando processi decisionali ai quali partecipino tanto attori pubblici quanto quelli privati, sia nella veste di decisori sia in quella di attuatori (A23).

Ciò comporta che i diversi bisogni, le richieste e le spinte che provengono dalla società civile, non vengano soppesate e mediate dall'alto, piuttosto saranno identificati nel corso di processi negoziali finalizzati a individuare i punti di equilibrio e di convergenza. In tale contesto gli Enti del Terzo Settore (ETS) diventano comprimari di ruoli decisionali e attuativi in aree d'intervento d'interesse generale e le istituzioni pubbliche si aprono a una stretta collaborazione e condivisione del governo con le espressioni più varie della società civile, attraverso gli strumenti della co-programmazione, della co-progettazione e dell'accreditamento.

Al fine di attivare e supportare tale percorso, si prevede l'attivazione di un Tavolo istituzionale di coordinamento e di monitoraggio del PAND, per favorire la sua attuazione e per assicurare una connessione con altri tavoli e percorsi attivati riguardo alle stesse materie (A22).

Risulta inoltre necessaria, anche al fine di ricomporre e minimizzare le difformità tra i territori regionali, la costituzione di un Tavolo di Lavoro finalizzato a produrre specifiche Linee di Indirizzo per il finanziamento del sistema delle dipendenze, atte a razionalizzare l'attuale organizzazione delle risorse a disposizione per i Servizi per le Dipendenze (A28).

Al fine di favorire le azioni del Tavolo del monitoraggio e dell'accompagnamento alla realizzazione dei piani Regionali e territoriali potrebbe essere strategico il rilancio degli Osservatori Regionali sul tema delle Dipendenze comportamentali (A96) e il ripristino della Consulta Nazionale degli operatori delle dipendenze (A118).

Il target

- Tutti i livelli istituzionali coinvolti
- Tutti gli *stakeholder* di rilievo nazionale, regionale e territoriale implicati

**Obiettivo / Contiene le azioni:
A22, A23, A28, A96, A118**

Assicurare una *governance* multilivello che garantisca il coinvolgimento dei livelli istituzionali e la piena partecipazione di tutti gli *stakeholder* di livello nazionale, regionale e territoriale.

Funzioni e modalità operative**Tavolo di coordinamento e monitoraggio**

L'istituzione di un Tavolo di coordinamento e monitoraggio del PAND è finalizzata a favorire l'attuazione e la messa a terra delle azioni e degli interventi in esso previsti e a garantire una connessione efficace con altri tavoli e percorsi che investano le stesse materie, ad esempio i percorsi associati alle Missioni 5 e 6 del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR).

La programmazione

Il sistema di *governance* multilivello, dopo i passaggi istituzionali del PAND in sede di Conferenza Unificata, dovrà assicurarne l'attuazione attraverso l'implementazione di piani regionali e territoriali promuovendo modalità omogenee di intervento, di monitoraggio e di valutazione del sistema territoriale integrato Pubblico/Privato nell'area delle dipendenze.

Tra le priorità del Tavolo, inoltre, si colloca la necessità di inserire e di coordinare il PAND all'interno del PNRR e in particolare modo delle linee di intervento previste nelle due componenti (Reti e Innovazione) della Missione 6. In secondo luogo, occorrerà armonizzare le azioni del PAND (tanto per quelle previste per il livello nazionale che per quelle a rilievo regionale e territoriale) con gli strumenti europei di sostegno finanziario e con la nuova politica di coesione della programmazione dei fondi comunitari 2021-2027.

Tutto ciò non solo al fine di agganciare risorse che possano consentire l'avvio degli interventi previsti e sostenuti dal PAND, ma anche nella prospettiva di sostenibilità futura di interventi e progetti, che il Piano stesso prevede e che da sperimentali possano diventare strutturali.

Un ulteriore valore aggiunto di un sistema di *governance* multilivello è senz'altro rappresentato dalla sfida di una vera integrazione dei sistemi di *welfare* (sanitario, sociale, educativo, formativo ecc.), assicurando in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, l'integrazione tra comparti, e in primo luogo tra quello sanitario delle Aziende USL e quello socioassistenziale, in capo agli Enti Locali, attraverso gli atti di programmazione territoriale previsti (Piani di Zona).

In tutto ciò è di fondamentale importanza il coinvolgimento costante del Terzo Settore, come *partner* sostanziale di un sistema Pubblico/Privato, attraverso l'utilizzo pieno degli strumenti dell'amministrazione condivisa (co-programmazione, co-progettazione e accreditamento).

Gli strumenti della *governance* territoriale

Sul piano più prettamente operativo e di organizzazione, la rete dei Servizi e degli interventi territoriali dovrà essere sostenuta da atti formali (Accordi di programma e convenzioni) e implementata sulla scorta di strumenti organizzativi/operativi (Protocolli) che siano previsti e indicati all'interno della prospettiva di programmazione strategica regionale e territoriale sanitaria e sociale, sulla scia delle indicazioni definite dal livello centrale (Tavolo di coordinamento del PAND).

In tale quadro, la programmazione sociale (Piani di Zona) e quella delle Aziende USL (previsti dalle rispettive Regioni e Province Autonome), dando precise indicazioni su cosa e come comporre la strumentazione esecutiva, potranno rappresentare gli strumenti che assicurano la coerenza tra gli indirizzi nazionali e regionali e le esigenze territoriali specifiche.

Inoltre, sarà possibile indicare le modalità attraverso cui realizzare l'integrazione tra i servizi dipartimentali delle Aziende Asl e i servizi sociali degli Ambiti Sociali Territoriali e, attraverso gli strumenti dell'amministrazione condivisa (co-programmazione e co-progettazione), si potrà favorire la realizzazione di un sistema di *welfare* di tipo comunitario, anche per l'area delle dipendenze, meno frammentato dal punto di vista degli interventi e dei servizi, e più centrato sulla logica della presa in carico attraverso progetti personalizzati, in luogo della mera erogazione di tipo prestazionale.



Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga
- Ministero della Salute e altri Ministeri e Istituzioni centrali
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- Aziende USL
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Privati
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli Enti del Terzo Settore
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle dipendenze

Risultati attesi

- Approvazione del PAND in Conferenza Unificata
- Formalizzazione del Tavolo di coordinamento da parte del DPA
- Recepimento del PAND da parte delle Regioni e Province Autonome
- Avvio della programmazione Regionale e territoriale
- Costituzione del Tavolo di Lavoro per l'elaborazione delle Linee di Indirizzo per la distribuzione delle risorse al sistema dei Servizi per le Dipendenze
- Produzione delle Linee di Indirizzo per la distribuzione dei finanziamenti al sistema dei Servizi per le Dipendenze

Indicatori di risultato

- Atto di intesa in Conferenza Unificata
- Atto di istituzione del Tavolo di coordinamento
- Numero di incontri annuali realizzati dal Tavolo di coordinamento
- Numero di Regioni e Province Autonome che hanno recepito formalmente il PAND
- Numero di Accordi di programma o Convenzioni stipulati a livello territoriale
- Numero di incontri del Tavolo di Lavoro per la distribuzione dei finanziamenti al sistema dei Servizi per le Dipendenze

Le risorse

Isorisorse

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Monitoraggio e valutazione
- Piani strategici affini al PAND
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Monitoraggio e valutazione

8

Integrazione flussi di dati

Titolo

Integrazione dei flussi di dati come strumento per migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di *outcome*

Descrizione sintetica

La riforma sanitaria 833/78 ha introdotto il carattere universalistico del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e 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. 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, a ogni flusso riferito allo stesso soggetto viene attribuito un identificativo anonimo e univoco per agevolare il *record linkage* tra fonti informative complementari pur garantendo la *privacy*. Se da un punto di vista scientifico l'integrazione informativa è un approccio ampiamente utilizzato, il Regolamento 2016/679 e alcune pronunce del Garante per la *Privacy* hanno introdotto drastiche limitazioni, fra cui l'obbligo al consenso informato e i limiti sulla possibilità di profilare la condizione sanitaria individuale. Situazione ancora più restrittiva quando ci si riferisce al Sistema Informativo per le Dipendenze (SIND) che per sua natura risulta non interoperabile con SIS. 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 identificativi.

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 di fatto inutilizzabile un prezioso capitale informativo.

Inoltre, l'attuale sistema informativo SIND non è aderente ai bisogni informativi degli operatori e di conseguenza dei decisori politici e quindi necessita di un aggiornamento. Ad esempio sarebbe necessario poter reperire: informazioni che distinguono tra la somministrazione in loco e quella in affido; tra terapie di mantenimento o di disintossicazione; dati relativi ai detenuti tossicodipendenti; dati relativi ai percorsi di prossimità e reinserimento lavorativo ([A2](#), [A19](#), [A20](#), [A27](#), [A34](#), [A30](#), [A37](#), [A81](#), [A95](#), [A116](#)).

Risulta, inoltre, necessario sia un raccordo tra le fonti dei dati di mortalità correlata all'uso di sostanze e gli altri flussi, sia l'attivazione di un flusso informativo dalle tossicologie forensi verso la Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA) e dai Pronto Soccorso ([A81](#)).

Il target

- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Università ed Enti di Ricerca
- Ministeri
- Tossicologie Forensi
- Direzione Centrale Servizi Antidroga



Obiettivo / Contiene le azioni:

A2, A19, A27, A30, A34, A37, A81, A95, A116

Al fine di migliorare la qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di *outcome* occorre:

1. Rendere disponibile il capitale informativo potenzialmente disponibile attraverso l'identificazione di una normativa specifica che superi le limitazioni del Regolamento 2016/679 e delle relative pronuncezioni del Garante per la *Privacy*, nel rispetto della *privacy* dell'individuo e delle garanzie di anonimato.
2. Standardizzare la raccolta dati del SIND e degli altri sistemi informativi relativi all'ambito delle dipendenze e integrare i loro flussi.

Funzioni e modalità operative

Il potenziale offerto in termini di dati dai soggetti che sono coinvolti nell'ambito della cura e del trattamento delle dipendenze, e del contrasto alle droghe non è valorizzato adeguatamente a causa di alcune limitazioni di carattere normativo, della mancanza di meccanismi di standardizzazione nella raccolta dei dati e della mancata integrazione dei flussi di dati.

In primis è necessario valorizzare il ruolo dell'Osservatorio Nazionale Dipendenze attraverso l'aggiornamento delle procedure e delle attività previste, tra le quali: un maggior coordinamento con il Sistema Statistico Nazionale (SISTAN), rete ufficiale di dati in Italia, e con il Dipartimento per la Trasformazione Digitale della Presidenza del Consiglio per sviluppare progetti sui flussi; la costituzione di una rete di Centri di Ricerca, sia pubblici sia privati, per elaborare e interpretare i dati elementari, in modo da renderli fruibili per gli operatori e per fornire eventuali elementi di conoscenza per i decisori politici.

Per quanto riguarda i dati provenienti dai sistemi sanitari è di fondamentale importanza attivare e standardizzare il flusso del Pronto Soccorso per la rilevazione delle intossicazioni e delle *overdose* non fatali; aggiornare il SIND, in modo che risponda maggiormente ai bisogni degli operatori e dei decisori politici, e che sia più dettagliatamente descrittivo del fenomeno, in raccordo con le Regioni e Province Autonome e conseguentemente con i servizi territoriali per le dipendenze; strutturare e standardizzare la raccolta dati da parte delle tossicologie forensi, i cui accertamenti risultano fondamentali sia per l'aspetto diagnostico medico-legale, sia per quello di contrasto al traffico di stupefacenti e sostanze psicotrope.

Riconoscendo il ruolo centrale della Direzione Centrale Servizi Antidroga (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 questo può garantire un'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 alla DCSA senza reticenze o ritardi, pur nel massimo rispetto della *privacy* legata a ogni singolo caso.

Sarebbe auspicabile condurre audit con i Servizi delle Dipendenze che operano negli Istituti di pena, siano essi interni o esterni, al fine di valutare la qualità dei dati raccolti con particolare riferimento alle visite specialistiche e alle prescrizioni farmaceutiche erogate durante la detenzione e che potrebbero non essere state registrate nei flussi informativi di riferimento.

La standardizzazione della raccolta dei dati e l'integrazione dei flussi provenienti dai diversi soggetti che operano nell'ambito delle dipendenze sono indispensabili per il miglioramento della qualità delle cure, il monitoraggio epidemiologico e gli studi di *outcome*. Per raggiungere l'obiettivo i passaggi prioritari individuati sono:

- a. Strutturare l'Osservatorio Nazionale Dipendenze
- b. Sviluppare una raccolta dati *standardizzata* per Pronto Soccorso e Mortalità
- c. Aggiornare il flusso SIND per adeguarlo ai bisogni informativi degli operatori e dei decisori politici
- d. Attivare e garantire flussi informativi dalle tossicologie forensi verso la DCSA
- e. Garantire il flusso dati sulla sanità penitenziaria e valutarne la qualità
- f. Garantire un maggior raccordo tra le fonti dei dati di mortalità correlata all'uso di sostanze

Raggiungere l'obiettivo prefissato presuppone l'attivazione dei soggetti istituzionali coinvolti a vario titolo nella raccolta dei dati e nella gestione dei flussi. Si richiama quindi la necessità di istituire di un Tavolo per l'integrazione e la raccolta dei flussi, che coinvolga almeno Ministero della Salute, Ministero dell'Interno (DCSA), DPA, Ufficio del Garante per la *Privacy*, Regioni e Province Autonome, Enti di Ricerca, Tossicologie Forensi.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga
- Ministero della Salute
- Ministero Interno (DCSA)
- Regioni e Province Autonome
- ASL/Dipartimenti/Ser.D
- Enti di Ricerca
- Garante per la *Privacy*

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti pubblici e privati
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli Enti del Terzo Settore
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle dipendenze

Risultati attesi

- Istituzione di un Tavolo di Lavoro congiunto fra Ministeri, Regioni, Province Autonome ed Enti di Ricerca per la raccolta dei flussi
- Aggiornamento della normativa in materia di *privacy* nell'ambito Dipendenze
- Aggiornamento del flusso SIND
- Istituzione di un flusso informativo sulla Tossicologia forense
- Standardizzazione dei flussi di Pronto Soccorso e Mortalità
- Valorizzazione del ruolo dell'Osservatorio Nazionale sulle Dipendenze

Indicatori di risultato

- Numero di incontri del Tavolo di Lavoro congiunto per la raccolta dei flussi per ogni anno di attività
- Numero di progetti per la standardizzazione e integrazione dei flussi di dati presentati dal Tavolo di Lavoro per ogni anno di attività

Le risorse

Fondi Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) per la digitalizzazione integrata

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Osservatorio Dipendenze comportamentali
- Flussi informativi
- Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze



Accreditamento

Titolo

Linee di Indirizzo per l'Accreditamento Istituzionale: Sistema delle Tre A – Strutture e Servizi – Remunerazione e Tariffe

Descrizione sintetica

Il sistema dell'Accreditamento Istituzionale è normato a livello generale da cinque articoli del D.Lgs. 502/1992, successivamente modificati dal D.Lgs. 229/1999. La prima finalità generale dell'istituto riguarda l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ambito regionale, difatti attraverso l'Accreditamento Istituzionale *'le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati nel rispetto degli accordi contrattuali'*. La seconda finalità generale dell'istituto riguarda la possibilità di scelta dei cittadini: *'i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale'*.

Il sistema disciplinato dalle normative nazionali viene definito come il 'sistema delle tre A' poiché si basa su tre elementi cardine:

1. Autorizzazione al funzionamento, cui sono sottoposte tutte le strutture e i servizi che vogliono erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie;
2. Accreditamento istituzionale, cui sono sottoposte tutte le strutture e i servizi che vogliono erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
3. Accordi convenzionali, che definiscono i volumi, le remunerazioni e le modalità, con cui le strutture e i servizi accreditati possono erogare prestazioni a carico del SSN.

Sono sottoposte alle procedure di autorizzazione e di accreditamento, dunque, sia le strutture e i Servizi Pubblici sia le strutture e i Servizi Privati; per questi ultimi è necessario anche un accordo convenzionale che definisce la parte di prestazioni erogata a carico del SSN.

Il DPR 14 Gennaio 1997 definisce i requisiti minimi, che comprendono aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi, per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e chiarisce come i requisiti necessari per l'accREDITamento, siano ulteriori rispetto ai minimi, identificando la Regione o la Provincia Autonoma come soggetto deputato a elaborarli. In seguito alla riforma costituzionale del 2001 la materia dell'AccREDITamento Istituzionale è stata oggetto di una forte iniziativa normativa da parte delle singole Regioni e Province Autonome, che si è stratificata nel tempo andando a costituire impianti caratterizzati da aspetti di rilevante diversificazione.

Infine, occorre sottolineare che nel corso degli anni a questa impostazione generale di tipo regolamentativo, si è aggiunta una forte propensione che interpreta anche l'AccREDITamento Istituzionale come un sistema permanente per perseguire in modo continuo la qualità e la pluralità dell'offerta.

Il target

- Ministeri
- Comuni singoli o associati
- Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (AGENAS)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- ASL
- Enti del Terzo Settore (ETS)
- Associazioni professionali
- Raggruppamenti del Privato Sociale
- Associazioni di utenti

Obiettivo / Contiene le azioni:

A19, A21, A23, A24, A25, A27, A31, A33, A34, A83

Lo scopo generale del sistema di Accreditamento Istituzionale (autorizzazione- accreditamento- atti convenzionali) è di disciplinare in modo dinamico i contenuti, i requisiti e le procedure indispensabili per erogare prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), qualsiasi sia la natura pubblica o privata delle strutture o dei servizi interessati. Tutti i soggetti sono sottoposti alla regolamentazione delle singole Regioni e Province Autonome e alla loro programmazione del fabbisogno da soddisfare; nel caso di strutture e Servizi Privati, gli atti convenzionali definiscono le condizioni che permettono l'erogazione programmata con i costi a carico del SSN.

Funzioni e modalità operative

L'istituto dell'Accreditamento interessa anche l'area delle dipendenze patologiche, sia per quanto riguarda le attività dei Ser.D e dei Servizi Pubblici, sia per quanto riguarda le strutture comunitarie e i servizi sociosanitari. Nel corso degli anni le diverse discipline regionali sono diventate eccessivamente distanti tra loro tralasciando alcuni ambiti specifici, come il settore dei minori, e si è eccessivamente diversificato il regime delle tariffe e delle rette.

In questo quadro diventa indispensabile agire per mitigare gli elementi di maggiore differenziazione scaturiti tra le normative regionali in materia, definendo un quadro di convergenza basato su tre aree principali:

- Tipologia delle strutture e dei Servizi oggetto di accreditamento (tra cui le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio; e le strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno);
- Requisiti di base richiesti (aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi, nonché aspetti inerenti i processi assistenziali assunti dal soggetto pubblico accreditante);
- Modalità di calcolo della remunerazione (tariffe pesate in riferimento ai contenuti assistenziali previsti dai requisiti per l'accredimento).

Nello svolgimento di questa azione di convergenza, particolare attenzione va riservata alle strutture per minori e alle modalità di ricorso a strutture o Servizi di regioni diverse da quella di residenza.

- a. L'istituzione di un Comitato interministeriale misto con rappresentanze regionali, comunali, delle principali associazioni professionali e dei principali raggruppamenti del Privato Sociale, con l'obiettivo di definire un documento di convergenza da proporre alla base dell'evoluzione delle normative regionali.
- b. Articolazione del comitato in tre gruppi di lavoro:
 - Tipologia delle strutture e dei Servizi oggetto di accreditamento (con particolare attenzione alle strutture dedicate ai minori);
 - Requisiti di base richiesti per l'accredimento (con particolare attenzione per il ricorso ai Servizi accreditati da regioni diverse da quella di residenza);
 - Modalità di calcolo della remunerazione (con particolare attenzione per le forti differenze geografiche del valore delle rette per residenze comunitarie).



- c. Stesura di un documento di convergenza condiviso e costruzione di atto interministeriali di coordinamento e di indirizzo da concertare in Conferenza Unificata, con la determinazione di una griglia attuativa degli obiettivi di servizio in attuazione dei contenuti definiti dal documento e di una cabina tecnica di monitoraggio.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)

Stakeholder

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Amministrazioni regionali
- Amministrazioni comunali
- Aziende sanitarie
- Ordini Professionali
- Università ed Enti di Ricerca
- Enti del Terzo Settore
- Privato Sociale Accreditato
- Comunità per le dipendenze
- Cooperative di tipo A e B e Imprese Sociali
- Associazioni dei familiari
- Associazioni sindacali
- Associazioni datoriali
- Decisori politici regionali e locali
- Operatori Sociali

Risultati attesi

- Definizione di un documento operativo articolato sulle tre aree principali (tipologie strutture e Servizi, requisiti di base; calcolo remunerazione) come base per un atto di indirizzo e coordinamento a valenza nazionale
- Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento come accordo in Conferenza Unificata

Indicatori di risultato

- Approvazione dell'atto di indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Presa d'atto da parte delle Regioni e Province Autonome

Le risorse

Isorisorse

Tempi

12 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- La definizione della struttura della *governance* di indirizzo e di programmazione di livello nazionale, regionale e territoriale anche attraverso accordi quadro
- La struttura della *governance* multilivello: il livello nazionale, regionale e territoriale

10

Dipartimento per le Dipendenze

Titolo

Istituire il Dipartimento per le Dipendenze all'interno delle ASL

Descrizione sintetica

I cambiamenti intervenuti negli anni all'interno del fenomeno delle dipendenze sono molteplici, si esprimono attraverso contesti molto diversi: dalla marginalità (migranti, senza dimora, prostituzione ecc.) ai contesti del divertimento legali e illegali, cittadini ed extracittadini, ai diversi contesti di offerta di giochi d'azzardo. L'intervento in questa nuova pluralità di contesti richiede una più ampia articolazione dell'organizzazione dei Servizi per le Dipendenze strutturati sul modello dipartimentale in grado di rispondere ai bisogni differenziati che esprimono queste diverse realtà dei modelli di consumi di droghe legali e illegali e delle Dipendenze comportamentali (**A19**; **A21**).

La comprensione delle barriere che condizionano l'accesso ai Servizi rappresenta una sfida in costante evoluzione, dato ancora più rilevante quando si pensa alle persone giovanissime e/o con una dipendenza sine substantia. Oltre a queste vi sono poi altri tipi di ostacoli all'accesso relativi alla mobilità interregionale, alle preclusioni territoriali e orarie dei Servizi e alle difficoltà alla cura per persone ristrette in carcere (**A20**).

Ripensare a un sistema nazionale organizzato su base dipartimentale diventa fondamentale per comprendere a fondo e individuare strategie efficaci per ridurre tali barriere e per facilitare la presa in carico.

Il target

- ASL
- Servizi per le Dipendenze
- Enti del Terzo Settore (ETS)
- Operatori dei Servizi per le Dipendenze e operatori del Sistema dei Servizi integrato di territorio (Pubblici e Privati)
- Persone con dipendenze
- Familiari delle persone con dipendenze
- Persone a rischio di sviluppare dipendenze

Obiettivo / Contiene le azioni: **A19, A20, A21**

Istituire su tutto il territorio nazionale Dipartimenti dotati di autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale e di un'articolazione per modelli di consumo.

Il Dipartimento per le Dipendenze programma servizi, interventi e azioni su tutta la realtà complessa e diversificata del fenomeno dei consumi di sostanze psicoattive legali e illegali, del gioco d'azzardo e di altri comportamenti a rischio di dipendenza e dei problemi a essi correlati, secondo un modello organizzativo tipico dei servizi territoriali che individua e articola gli ambiti specifici di intervento nel contesto dell'obiettivo più generale di tutela della salute (come previsto per la Salute Mentale, la Salute delle Donne ecc.).



Funzioni e modalità operative

La necessità di strutturare, su tutto il territorio nazionale, Dipartimenti dotati di autonomia dirigenziale, organizzativa e funzionale e di un'articolazione per modelli di consumo, porta all'esigenza di delineare, attraverso la definizione e successiva approvazione in Conferenza Unificata, specifiche Linee di Indirizzo.

Solo a valle di tale provvedimento, il Dipartimento si potrà configurare come il sistema istituzionale sociosanitario che stabilisca collaborazioni e accordi di collaborazione con altri Enti Pubblici e con le realtà della società civile (Comuni, Amministrazione penitenziaria e Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE), Associazioni del territorio di riferimento, Associazioni rappresentative dei portatori di interesse).

Pertanto, la strumentazione per l'attuazione dovrebbe essere rappresentata da un Atto di Indirizzo della Conferenza Stato-Regioni (o della Conferenza Unificata qualora si intenda definire anche il livello dell'integrazione con i servizi sociali dei Comuni), elaborato attraverso un gruppo di lavoro costituito ad hoc comprendente rappresentanti del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), del Ministero della Salute, delle Regioni e Province Autonome e dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), orientato verso la valutazione delle soluzioni operative adottate per l'accesso, la presa in carico e il trattamento delle persone con dipendenza. Saranno altrettanto fondamentali l'elaborazione di un set di indicatori, l'adozione di un sistema di valutazione degli esiti ecc.

Il compito è quindi quello di realizzare un impianto che possa essere utilizzato (anche con i relativi adattamenti sul versante territoriale che tenga conto delle diverse realtà regionali) in modo da avere un sistema che in ambito nazionale possa consentire di far dialogare e comparare i diversi approcci.

Nondimeno, al fine di garantire i servizi per la presa in carico, trattamento, accompagnamento a più livelli, socio riabilitativi e di inclusione sociale, delle persone con dipendenza o a rischio di, il modello dipartimentale dovrà essere orientato verso i seguenti aspetti:

- la realizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute in integrazione con i dipartimenti di prevenzione, compresa la prevenzione e l'intercettazione precoce delle patologie correlate;
- interventi rivolti a valutare, contenere i rischi e limitare i danni correlati al consumo;
- interventi e servizi rivolti a ridurre i danni e a promuovere il supporto tra pari, con programmi trasversali alle diverse tipologie di azioni e servizi per le Persone che Usano Droghe, sostanze alcoliche e per i giocatori d'azzardo;
- cura e presa in carico delle comorbilità psichiatriche.

Per realizzare tutto ciò, il Dipartimento potrà essere articolato in una pluralità di strutture e di servizi specifici organizzati in coerenza con i diversi contesti e modelli di consumo di riferimento, con *equipe* multiprofessionali comprendenti eventualmente anche operatori pari.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)

Stakeholder

- Dipartimenti per le Dipendenze
- Enti Locali
- Operatori e dirigenti sanitari
- Rete territoriale dei Servizi
- Terzo Settore

Risultati attesi

- Elaborazione di un documento di Linee di Indirizzo, da parte di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del DPA, delle Regioni e Province Autonome e, per gli aspetti di integrazione sociosanitaria, dall'ANCI
- Approvazione in Conferenza Unificata delle Linee di Indirizzo
- Recepimento dell'Atto di Indirizzo da parte di tutte le Regioni e Province Autonome

Indicatori di risultato

- Approvazione dell'Atto di Indirizzo in Conferenza Unificata
- Numero di Regioni e Province Autonome che adottano l'Atto di Indirizzo
- Numero di aziende sanitarie che adottano le indicazioni operative

Le risorse

Isorisorse

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
- Flussi informativi
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi



11

Processi assistenziali integrati e Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati

Titolo

Linee di Indirizzo nazionali per la definizione dei Processi assistenziali integrati e dei Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati (PTRI) per la presa in carico integrata e multidimensionale.

Descrizione sintetica

I Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) sono uno strumento di gestione clinica per la definizione del migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili sull'argomento, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili; allo stesso tempo i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI) perseguono la personalizzazione dei programmi terapeutici, anche in relazione con ai bisogni assistenziali della persona e con le capacità della sua rete familiare.

Nell'ambito delle Dipendenze Patologiche emerge la duplice esigenza di definire Linee di Indirizzo nazionali che tengano insieme aspetti clinici, professionali e organizzativi diversi sia per organizzare dei nuovi processi di cura integrati tra sanità, sociosanitario e sociale, sia per definire progetti personalizzati caratterizzati da elevata complessità e multidisciplinarietà (A24).

La definizione del PDTA costituisce lo strumento per una integrazione dei Ser.D con i Servizi di bassa soglia in un'ottica di diagnosi e intervento precoce attraverso la definizione di modelli di intervento, strategie operative e *budget* relativi (A26).

Un tale approccio pone il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), all'interno del PDTA, e lo sancisce come lo strumento fondamentale per affermare la centralità della persona.

Per quanto riguarda i nuovi processi di cura e l'integrazione sociosanitaria, va sottolineato che il Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) e la valutazione multidimensionale rappresentano due elementi che il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021/2023 caratterizza come Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS) indicando, laddove non siano ancora realizzati, la necessità del loro potenziamento anche in integrazione con i già definiti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari e sociosanitari. Un'integrazione resa necessaria e importante in quanto alcuni dei LEA sociosanitari, come la presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e il progetto di assistenza individuale (Art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017, "Percorsi assistenziali integrati"), necessitano di un modello organizzativo adeguato, con modalità di coordinamento integrate, per un utilizzo funzionale delle risorse multiprofessionali e per la messa in rete di prestazioni e risorse, specialmente per le situazioni di maggiore complessità. In particolare, sarebbe anche opportuno sviluppare e implementare le competenze specifiche negli operatori sulle materie di confine tra prevenzione e clinica nei Ser.D (A11) al fine di assicurare la piena continuità nei percorsi di presa in carico.

Il target

- Gli operatori dei Servizi per le Dipendenze (Pubblici e del Privato Sociale)
- Gli operatori dei Servizi Sociali territoriali
- Gli operatori degli Enti del Terzo Settore (direttamente e/o indirettamente coinvolti nei percorsi terapeutici)
- Persone con dipendenze
- Familiari di persone con dipendenze
- Persone a rischio di sviluppare dipendenze

Obiettivo / Contiene le azioni:

A11, A24, A25, A26, A142

Definizione di Linee di Indirizzo nazionali per la determinazione dei PDTA e dei processi assistenziali integrati per l'area delle dipendenze, al fine di organizzare interventi e progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, caratterizzati da elevata complessità e multidisciplinarietà, da attuare anche attraverso il progressivo utilizzo dello strumento del Budget di Salute.

Funzioni e modalità operative

Il PDTA

Le Linee di Indirizzo dovranno in primo luogo assicurare percorsi di presa in carico delle persone con dipendenze basati su criteri di appropriatezza, continuità assistenziale e piena integrazione di risorse e interventi. Il PDTA fornisce indicazioni riguardo ai processi e ai passaggi fondamentali del percorso di cura: dall'accesso, valutazione diagnostica, definizione del progetto personalizzato, fino al monitoraggio e alla valutazione degli esiti, sulla base delle Linee Guida cliniche e delle raccomandazioni scientifiche di riferimento. L'estrema variabilità, legata tanto alle diversità territoriali, quanto alla tipologia delle problematiche e alle risorse delle persone, rende queste fasi non così rigidamente strutturate; tuttavia, proprio la loro individuazione le rende preziose come principio organizzatore dei sistemi di servizi territoriali.

Le diverse esigenze e caratteristiche delle persone con dipendenza suggeriscono di organizzare l'assistenza per livelli di intervento.

La Presa in carico precoce

Gli interventi di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR) intervengono nei contesti di vita del *target* di riferimento e all'interno di luoghi a bassa soglia di accesso, eseguendo azioni di intercettazione e presa in carico precoce.

Si pone quindi la necessità di definire *standard* per garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme sul territorio nazionale, soprattutto nella definizione di modalità di intervento e strategie operative con il sistema dei servizi sociali, sanitari ed educativi. Si tratta quindi di definire delle Linee di Indirizzo che favoriscano l'integrazione tra i servizi di RdD e LdR e i Ser.D e che tengano anche conto dei rapporti e delle sinergie con i Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) delle Prefetture.

Il PTRI

Le Linee di Indirizzo, inoltre, rappresentano lo strumento per sviluppare progetti personalizzati per la presa in carico globale della persona con dipendenze secondo indicazioni uniformi a livello nazionale, ponendo l'attenzione, sulla domanda della persona e sulla valutazione dei suoi bisogni, abilità e competenze. Il Progetto, più che sulle mancanze di risorse individuali e di sistema, è orientato all'attivazione e allo sviluppo delle capacità personali, familiari e di contesto. Presuppone quindi una partecipazione attiva della persona con dipendenza, per definire obiettivi, attività, risorse e tempi, associando agli interventi di cura, azioni nelle aree di vita che costituiscono i principali determinanti sociali di salute (l'abitare, la formazione e il lavoro, la socialità e l'affettività). Ciò presuppone che vi siano *equipe* con personale dedicato, integrate con l'area socioassistenziale, capaci di inserire i Progetti personalizzati all'interno delle reti territoriali. Il progetto PTRI, dove sostenuto da risorse economiche adeguate, rappresenta lo strumento fondamentale per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni e per garantire la continuità degli interventi.



La realizzazione del Progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, di interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto più possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. I PTRI dovranno pertanto indicare la natura dei bisogni, gli obiettivi, i risultati attesi, gli interventi, le relative risorse, le responsabilità dei diversi Servizi (sia Pubblici che Privati) coinvolti e le professionalità necessarie, i tempi e le modalità di monitoraggio e di valutazione degli esiti.

Il Budget di Salute

Lo strumento in grado di mettere insieme il percorso di cura con un PTRI e di vita della persona, sulla base di una valutazione condotta su tutte le aree di intervento (l'abitare, il lavoro, la socialità e l'affettività, l'apprendimento e la comunicazione) è rappresentato dal Budget di Salute (BdS).

Il BdS, costituito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, rappresenta uno strumento attivante che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito dei PTRI in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. Si configura inoltre come vettore di trasformazione organizzativa della rete stessa dei servizi, orientando processi di riallocazione delle risorse, assicurando la continuità nella presa in carico, individuando percorsi ed opportunità d'inclusione sociale, abitativa e lavorativa.

Il BdS rappresenta infine la modalità attraverso cui sviluppare modelli di sviluppo innovativi nei rapporti con gli Enti del Terzo Settore, attraverso gli strumenti regolativi dell'amministrazione condivisa (co-programmazione e co-progettazione).

NOTA:

Le linee programmatiche, sotto richiamate, con le specifiche declinazioni e gli opportuni adeguamenti, possono essere intese come applicabili a tutte le progettualità rivolte a persone che presentano bisogni sociosanitari complessi e per le quali sia appropriato l'intervento capacitante ed evolutivo:

"Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona - proposta degli elementi qualificanti", Approvate con l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti" (6 luglio 2022)

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Distretti
- Dipartimenti
- Ser.D
- Ambiti Sociali
- Enti del Terzo Settore (ETS)

Stakeholder

- Enti del Terzo Settore (ETS)
- Organizzazioni di rappresentanza delle Persone che Usano Droghe (PUD)
- Servizi sociali dei Comuni singoli o associati
- Servizi delle ASL e non solo quelli direttamente implicati
- Medici di Medicina Generale
- Servizi dei Centri per l'Impiego
- Servizi del Privato Sociale Accreditati
- Organizzazioni di rappresentanza di giovani (studenti, lavoratori ecc.)
- Organizzazioni del comparto educativo e scolastico ecc.

Risultati attesi

- Definizione delle Linee di Indirizzo nazionali per i PDTA per l'area delle dipendenze
- Estensione del modello del PTRI su tutto il territorio nazionale
- Applicazione dello strumento del BdS per la definizione dei progetti personalizzati
- Creazione di Accordi e Linee di Indirizzo nazionali che regolamentino i modelli di intervento e le strategie operative per la presa in carico precoce

Indicatori di risultato

- Adozione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Recepimento delle Linee di Indirizzo nazionali da parte di Regioni e Province Autonome
- Numero di accordi territoriali per ogni Regione e Provincia Autonoma per la costituzione di *equipe* multidisciplinari per l'area delle dipendenze per la valutazione e la redazione di PTRI attraverso lo strumento del BdS

Le risorse

Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)
Fondo povertà
Programma Operativo Nazionale (PON) Inclusione
Programma Operativo Complementare (POC)
Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali (Cap. 2 e Cap. 3)
Piani di azione regionali (da verificare con le Regioni e Province Autonome)

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
Flussi informativi
Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi



12

Recovery e presa in carico multidimensionale

Titolo

Dare effettività all'approccio della *Recovery* attraverso il potenziamento della presa in carico multidimensionale con percorsi di inclusione sociale, lavorativa, abitativa da inserire in progetti personalizzati realizzati attraverso l'utilizzo dello strumento del Budget di Salute (BdS).

Descrizione sintetica

Sviluppare Linee di Indirizzo nazionali finalizzate alla presa in carico dei bisogni complessi (A33) con la strutturazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze di azioni di formazione e di reinserimento sociale, lavorativo e abitativo (in un'ottica di appropriatezza e di continuità) (A32).

Il progetto personalizzato, all'interno di tale logica, cessa di essere più o meno equivalente all'erogazione di un pacchetto *standard* di prestazioni e diventa lo strumento di un modo nuovo di operare, dove l'insieme delle risorse che vengono investite nel cambiamento migliorativo costituisce il *budget* integrato di progetto e viene valutato rispetto ai risultati di cambiamento.

Il BdS è dunque lo strumento attraverso cui il progetto è in grado di mettere in campo, oltreché interventi nell'area della salute, dell'affettività e della relazionalità, del lavoro, anche interventi sull'abitare (Appartamenti Protetti, dispositivi di Residenzialità Leggera Supportata) (A36) e il potenziamento delle funzioni di domiciliarità dei Servizi (A34). Così come definito nell'intesa del 6 luglio 2022 in Conferenza Unificata "Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona- proposta degli elementi qualificanti". In tutto ciò diventano strategici gli interventi multidisciplinari e *multistakeholder* con il coinvolgimento attivo del territorio, e la partecipazione attiva della persona coinvolta (A30).

Il target

- Utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze e all'interno di percorsi di recupero presso strutture accreditate
- Persone che Usano Droghe (PUD)
- Singole persone e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario, specialmente se in condizione di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria
- Giovani in *drop out* scolastico
- Persone in uscita dal sistema carcerario e per le quali necessita un progetto di continuità e di presa in carico carcere-territorio

Obiettivo / Contiene le azioni: A33, A32, A36, A34, A30, A31

Sviluppare Linee di Indirizzo nazionali per promuovere progetti di riabilitazione e reinserimento per persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze in collaborazione tra Pubblica Amministrazione (Aziende USL, Comuni, Province, Regioni) ed Enti del Terzo Settore (ETS) (A31) attraverso lo strumento del BdS.

Funzioni e modalità operative

Si riscontra, a livello nazionale l'inadeguatezza, all'interno dei Servizi, delle competenze necessarie alla presa in carico globale di situazioni complesse sotto il profilo socio-sanitario e la disomogeneità degli interventi. Peraltro le azioni di reinserimento socio lavorativo e abitativo sono caratterizzate da una grande eterogeneità e sono generalmente previste solo dopo il completamento del trattamento farmacologico o integrato.

Si indica dunque la necessità di sviluppare:

- Linee di Indirizzo che, armonizzandosi con le indicazioni emerse da tavoli di confronto promossi da altre istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità) con particolare riferimento all'Area della disabilità, definiscano le possibilità di sperimentazione per le persone in carico ai Servizi per le Dipendenze con particolare riferimento a 4 aree di vita: benessere e salute, abitare, inclusione lavorativa e risorse economiche, inclusione sociale. Nel modello ispirato al Bds le risorse in campo (economiche, professionali, umane e relazionali) si attivano in maniera coordinata al fine di costruire, con la partecipazione attiva del destinatario, un progetto di cambiamento finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita dello stesso, promuovendo un processo di capacitazione. Questo impatta anche la modalità di gestione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) che dovrebbe adeguarsi alle altre esigenze di vita ed essere finalizzato a promuovere la maggiore autonomia possibile della persona. Le risorse in campo dovrebbero essere disponibili con una elevata flessibilità che permetta di intervenire in maniera puntuale e attualizzata durante lo svolgimento del percorso attivando tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato locale ed a Enti del Terzo Settore *no profit*.
- Le Linee di Indirizzo dovranno indicare i criteri per la costituzione di *equipe* multi-professionali appropriate e stabili in tutte le regioni, a livello degli ambiti territoriali, integrando e potenziando all'interno dei Servizi, laddove necessario, professioni sociali e socio-sanitarie con personale della Giustizia e con personale del Privato Sociale Accreditato, o favorendo anche percorsi professionalizzanti per le persone con esperienza diretta.

Le Linee di Indirizzo nazionali, elaborate con il coinvolgimento delle Regioni e Province Autonome e dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), dovranno essere strutturate verso interventi di formazione e di inserimento lavorativo e sociale appropriate a favore di differenti *target*:

- persone in fase attiva di consumo di sostanze o con comportamenti attivi di dipendenza, con particolare attenzione anche al fenomeno dell'abbandono scolastico, in un'ottica di Riduzione del Danno (RdD) e utilizzando strumenti di formazione e di inserimento sociale e lavorativo in coordinamento con l'Azione 5 del 5° Piano Nazionale di Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023;
 - persone più difficilmente occupabili (modello dei Laboratori protetti);
 - persone che hanno terminato il trattamento farmacologico o integrato;
 - persone che hanno concluso il percorso di dipendenza.
- Le Linee di Indirizzo dovranno inoltre essere rivolte anche all'area dell'abitare: finalizzate cioè alla progettazione di Appartamenti Protetti, a maggior intensità di supporto socio-sanitario, che dovrebbero essere nel novero degli strumenti disponibili dei Dipartimenti per le Dipendenze, anche attraverso l'integrazione tra Ser.D ed Enti Accreditati del Privato Sociale, e attraverso forme di Residenzialità Leggera, in cui l'abitare si realizza in abitazioni di proprietà pubblica o privata (ad esempio, dove possibile, dei pazienti stessi), in modalità individuale o di *cohousing*. Tutto ciò dovrà essere supportato dall'aiuto di personale specialistico con professionalità e intensità personalizzata in base alla tipologia di bisogno ed al livello di autonomia delle persone (Linee di Indirizzo per il Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta in Italia). L'abitare è infatti una delle aree fondamentali dei percorsi di riabilitazione e di *recovery*, forse quella prioritaria in quanto non è possibile pensare a percorsi di inserimento lavorativo o formativo, al miglioramento della cura di sé e della salute, allo sviluppo di reti relazionali interpersonali e sociali senza la condizione preliminare della dimensione abitativa. Alcune persone necessitano però, nel loro percorso riabilitativo, di periodi in cui questa dimensione abitativa deve essere supportata e accompagnata.



- Le Linee di Indirizzo inoltre, dovranno dare anche indicazioni per il potenziamento della domiciliarità come fondamentale strumento sia in fase conoscitiva e di valutazione dei bisogni della persona sia durante le diverse fasi del programma terapeutico riabilitativo, affrontando anche il tema della disomogeneità a livello nazionale di attività domiciliari attuate dai Servizi per carenza di risorse e per approcci culturali disomogenei.
- Infine, le Linee di Indirizzo potranno essere finalizzate alla promozione delle opportunità offerte dalla vigente normativa in merito alla riserva della partecipazione a procedure di gara e all'esecuzione di un contratto a favore di determinate tipologie di operatori economici, tra cui quelli che impiegano soggetti appartenenti a categorie socialmente svantaggiate e le organizzazioni *no profit* presso le Pubbliche Amministrazioni presenti sul territorio e all'attivazione di convenzioni per la realizzazione di progetti di riabilitazione e reinserimento di persone prese in carico per problemi di abuso di sostanze e/o dipendenza patologica in collaborazione con imprese sociali e in particolare con gli ETS che si occupano in modo specifico del reinserimento socio-lavorativo. Si riscontra infatti, a livello nazionale, una insufficiente conoscenza da parte degli Enti Pubblici delle opportunità offerte.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati

Stakeholder

- Ministero del Lavoro
- Ministero dell'Istruzione
- Ministero della Salute
- Agenzia Nazionale Politiche Attive Lavoro (Centri per l'Impiego)
- Organizzazioni Sindacali
- Associazioni datoriali e di categoria
- Agenzie formative accreditate
- Associazioni di familiari
- Associazioni di PUD
- Altri Enti del Terzo Settore non direttamente implicati nei percorsi di *recovery*
- Università ed Enti di Ricerca
- Ordini Professionali

Risultati attesi

- Definizione Linee di Indirizzo che individuino nella creazione di *equipe* multi-professionali appropriate, nell'integrazione delle competenze e nell'allargamento del *target* delle azioni di reinserimento sociale e lavorativo e di formazione le azioni fondamentali da implementare sul piano nazionale
- Approvazione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Progetti personalizzati redatti attraverso lo strumento del BdS, migliorando le competenze nella gestione autonoma dell'abitare da parte delle persone inserite nei percorsi riabilitativi e che prevedano l'attivazione di percorsi domiciliari
- Adozione delle Linee di Indirizzo nazionali da parte delle Regioni/PA per lo sviluppo sui diversi territori di atti e strumenti e la conseguente redazione di Accordi quadro territoriali, (Aziende Asl e Comuni/Ambiti sociali territoriali in primo luogo) per l'omogenea e integrata costruzione e attuazione di modelli di progetti personalizzati per la presa in carico ispirati al BdS, coerentemente alla programmazione sanitaria e sociale di ogni singola Regione e Provincia Autonoma
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il Sistema dei Servizi sociali, il Sistema sociosanitario e il Sistema delle politiche del lavoro e della formazione assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale.
- Assicurare l'integrazione diretta con altri servizi rivolti all'inclusione sociale, quali servizi per il lavoro e la formazione ed altre risorse di comunità

Indicatori di risultato

- Approvazione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Numero di Regioni e Province Autonome, che recepiscono le Linee di Indirizzo
- Numero di accordi/convenzioni stipulati a livello territoriale tra Aziende Asl/Comuni per l'adozione e l'implementazione delle Linee di Indirizzo
- Numero di progettazioni personalizzate che, anche attraverso lo strumento del Budget di Salute, prevedano percorsi di *recovery* e di inclusione sociale e lavorativa

Le risorse

Risorse del Fondo Sanitario Nazionale Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) "interventi socioriabilitativi, psicoeducativi e socioeducativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa" (DPCM 12 gennaio 2017)

Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (2021 – 2023) per il rafforzamento del sistema dei servizi sociali, Punti Unici di Accesso (PUA), valutazione multidimensionale dei bisogni

PNRR Missione 5 C2 Investimento 1.3.1 *Housing first* ove coerenti con le Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, approvate in Conferenza Unificata il 5 novembre 2015

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Attuazione coordinata del Piano di Azione Nazionale Dipendenze con il Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, Piano Nazionale della Prevenzione
- I programmi Fondo Sociale Europeo (FSE) PON
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- La definizione della struttura della *governance* di indirizzo e di programmazione di livello nazionale, regionale e territoriale anche attraverso accordi quadro
- La struttura della *governance* multilivello: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- PNRR
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Monitoraggio e valutazione
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi



13

Programmazione, Punti Unici di Accesso, *partnership* con Enti del Terzo Settore

Titolo

Sviluppare Linee di Indirizzo nazionali per promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale capaci di promuovere un approccio multidimensionale e di realizzare un sistema integrato di accesso ai Servizi, diffondendo la conoscenza rispetto al ruolo che gli Enti del Terzo Settore possono avere nei percorsi di inserimento lavorativo.

Descrizione sintetica

I Piani Locali Dipendenze possono essere gli strumenti di programmazione territoriale da promuovere a livello nazionale anche in funzione della creazione di un sistema integrato di accessi e di valutazione multiprofessionale.

Così come indicato nella Scheda Tecnica 11, la programmazione sociale (Piani di Zona) e quella delle Aziende ASL (così come prevista dalle rispettive Regioni o Province Autonome), dando precise indicazioni su cosa e come comporre la "strumentazione esecutiva", potranno rappresentare gli strumenti che assicurano la coerenza tra gli indirizzi nazionali e regionali e le esigenze territoriali specifiche. Ciò si traduce sul piano operativo e organizzativo con atti formali (Accordi di programma e convenzioni) ed è implementata sulla scorta di strumenti organizzativi ed operativi (Protocolli) che siano previsti e indicati all'interno della prospettiva di programmazione strategica regionale e territoriale sanitaria e sociale.

Il target

- Gli *stakeholder* territoriali implicati dalle rispettive programmazioni locali (Enti del Terzo Settore e altri soggetti pubblici/privati coinvolti nei processi di programmazione territoriale)

Obiettivo / Contiene le azioni: A29, A35

Promuovere l'elaborazione dei Piani Locali Dipendenze come strumenti di programmazione territoriale degli interventi di inclusione sociale (A29) che articolino a livello territoriale il rafforzamento di un sistema di Punti Unici di Accesso e di *Equipe* multiprofessionali per la gestione dell'integrazione sociosanitaria (rete integrata di accesso). (A35)

Funzioni e modalità operative

Si riscontra a livello nazionale una non omogenea applicazione dello strumento del Piano Locale Dipendenze che dovrebbe essere costruito a partire da una mappatura particolareggiata dei territori in grado di mettere in luce e in relazione tutte le componenti della rete dei servizi e tutti i potenziali *stakeholder* e da una conoscenza dei bisogni di salute e delle condizioni socioeconomiche della popolazione interessata. È pertanto necessario promuoverne l'elaborazione a livello nazionale, di concerto con Regioni, Province Autonome e con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) nell'ambito della Conferenza Unificata e l'attuazione a livello di ASL/Ambiti/Distretti/Zone-Distretto e monitorarne l'applicazione.

Attraverso la definizione della struttura della *governance* multilivello nazionale, regionale e territoriale si dovrà svilupparne l'introduzione e potenziarne le funzioni con particolare attenzione a quei servizi potenzialmente rivolti all'inclusione sociale delle persone con problematiche legate all'ambito delle dipendenze in coerenza con il modello dei Punti Unici di Accesso (PUA) previsto dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (Scheda intervento: Punti Unici di Accesso) nell'ambito dei Servizi sociali e sociosanitari, assicurando risorse finanziarie adeguate al fabbisogno di personale da potenziare.

Si rileva infatti che i Punti Unici di Accesso, intesi non solo come luogo fisico ma come modalità organizzativa che si ispira a un approccio multiprofessionale e integrato ai problemi del cittadino e come punto di interfaccia con la rete dei Servizi non sono sufficientemente implementati sui territori.

Inoltre si riscontra, a livello nazionale, una insufficiente conoscenza da parte degli Enti Pubblici delle opportunità offerte dalla vigente normativa in merito alla riserva della partecipazione a procedure di gara e all'esecuzione di un contratto a favore di determinate tipologie di operatori economici, tra cui quelli che impiegano soggetti appartenenti a categorie socialmente svantaggiate e le organizzazioni *no profit*.

Da tutto ciò la necessità di sviluppare e strutturare Linee di Indirizzo finalizzate alla promozione di questi strumenti normativi presso le Pubbliche Amministrazioni presenti sul territorio e all'attivazione di convenzioni per la realizzazione di progetti di riabilitazione e reinserimento di persone prese in carico per problemi di abuso di sostanze e/o dipendenza patologica in collaborazione con imprese sociali e in particolare cooperative sociali di tipo B.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore (ETS)

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Privati
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli ETS
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle Dipendenze



Risultati attesi

- Elaborazione di Linee di Indirizzo a livello nazionale
- Sviluppo attuativo dei Piani a livello territoriale
- Accordi quadro tra singola Regione/PA, Aziende Asl e Comuni/Ambiti sociali territoriali/Zone – Distretto

Indicatori di risultato

- Adozione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Numero di Piani sviluppati attuati a livello territoriale

Le risorse

Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021 – 2023, per il rafforzamento del sistema dei servizi sociali, Punti Unici di Accesso (PUA), valutazione multidimensionale dei bisogni

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Attuazione coordinata del Piano Locale delle Dipendenze in maniera integrata con la pianificazione sociale, sociosanitaria, sanitaria a livello regionale integrata con Piano Sanitario Nazionale, Piano Nazionale della Prevenzione, Piano d'azioni nazionale per la Salute Mentale, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), i programmi Fondo Sociale Europeo, Piano Operativo Nazionale vigenti e in corso di attuazione
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- La struttura della *governance* multilivello: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- Informazione e comunicazione

14

Valutazione di Impatto per Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

Titolo

Valutazione dell'Impatto Sociale dei Servizi e delle attività di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi.

Descrizione sintetica

La Valutazione d'Impatto Sociale o VIS è :“la valutazione qualitativa e quantitativa, sul breve, medio e lungo periodo, degli effetti delle attività svolte sulla comunità di riferimento rispetto all’obiettivo individuato” (Legge 6 giugno 2016, n. 106 “Delega al Governo per la riforma del Terzo Settore, dell’impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale”). La richiesta di VIS, sebbene non vincolante, è in ogni caso da considerarsi, nella previsione normativa, una opportunità per le Pubbliche Amministrazioni e i decisori politici da prevedere nei bandi rivolti agli Enti del Terzo Settore (ETS). Rappresenta un’occasione e una sfida per attività e servizi in cui estemporaneità e anonimato dei contatti richiedono un disegno dedicato per gli impianti di valutazione di impatto sia in termini di benessere che di efficacia delle risorse sociali ed economiche impiegate.

Fatte queste premesse, si ritiene che la VIS potrebbe essere uno strumento utilizzabile per tutte le attività e i progetti orientati alla Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR), viste le peculiarità spesso sperimentali e innovative dei servizi stessi e il potenziale alto impatto sul *target* diretto e indiretto in termini di salute e sicurezza personale e collettiva e di riduzione dei costi sociali correlati spesso non così evidente per le caratteristiche controintuitive associate a tali servizi.

Pur essendo palese, a chi osserva dall’interno i processi, il rilevante effetto moltiplicatore di qualità delle azioni di RdD e di LdR relativo ai destinatari diretti, ma anche alla comunità complessiva, questo non è facilmente traducibile e comunicabile al resto del sistema integrato dei Servizi, ai committenti e ai decisori politici. Al contrario, la costruzione di modelli accreditati e condivisi per la Valutazione dell’Impatto Sociale, che potrebbe trovare una risposta in progetti di tipo sperimentale, realizzati attraverso i percorsi di co-progettazione previsti dal nuovo Codice degli Enti del Terzo Settore, potrebbe aiutare a consolidare ed estendere tali pratiche a beneficio mutuo e collettivo.

Dato il rapido mutamento degli stili e delle modalità di consumo, è inoltre necessario prevedere attività di ricerca, di natura sia qualitativa sia quantitativa, sui nuovi fenomeni di consumo, con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose, per affiancare a una maggior conoscenza del fenomeno un’analisi dell’estensione dei consumi (A92).

L’indicazione a misurare gli effetti socioeconomici diretti e indiretti di progetti e azioni sociosanitarie, piuttosto che la semplice analisi dei costi, è in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle agende dei principali organismi internazionali come Nazioni Unite, *International Labour Organization* (ILO), Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), Unione Europea (l’invito a una maggiore partecipazione della società civile è stato ribadito da una indagine del *Civil Society Forum on Drugs* (CSFD) e dal Parlamento Europeo).

Il target

- Unità mobili, *drop-in*, Servizi di bassa soglia orientati alla RdD e LdR
- Singole attività di LdR e RdD
- Enti attuatori di servizi e progetti di prossimità appartenenti al settore sociosanitario pubblico e privato
- Pubbliche Amministrazioni



Obiettivo / Contiene le azioni: A92, A93

Misurazione degli effetti socioeconomici diretti e indiretti dei Servizi e dei progetti di RdD/LdR in riferimento a indicatori validati e *benchmark* per permettere ai decisori di operare le scelte più opportune nel perseguire il più alto livello di benessere collettivo.

Realizzazione di attività di ricerca sui nuovi fenomeni di consumo con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose.

Funzioni e modalità operative

A seguito dell'evoluzione del quadro normativo e delle indicazioni provenienti da organi nazionali, europei e globali, sono state sviluppate e/o sono in corso di sviluppo, piattaforme dedicate alla misurazione dell'impatto sociale. Viste le peculiarità dei servizi di RdD e LdR, alcune di esse, in collaborazione con reti ed esperti del settore, stanno realizzando modelli adatti ad azioni di RdR/LdR implementate in Servizi di prossimità e bassa soglia, con l'individuazione di indicatori e strumenti specifici per i quali siano noti, validati e reperibili dati di impatto che permettano di misurare l'indice SROI (*Social Return on Investment* - Ritorno Sociale sull'Investimento). Sono molte le esperienze in Europa che, sulla scorta di quanto premesso, hanno sviluppato un modello di VIS specifico per i servizi di RdD e LdR in fase di sperimentazione (a titolo esemplificativo, in Italia si segnala quella della piattaforma *Open Impact*).

Ai fini dell'estensione di tale modalità operativa, occorrerebbe stabilire fin da subito un Tavolo Nazionale Pubblico-privato multidisciplinare di esperti (composto da economisti, giuristi, sociologi, valutatori, esperti nell'ambito dei servizi di RdD e LdR ecc.) che possa indicare Linee Guida per l'implementazione e la validazione degli strumenti presenti e futuri (piattaforme, indicatori, *proxy* economici correlati ecc.) utilizzabili dai decisori all'atto della implementazione e/o dell'affidamento dei servizi di RdD/LdR come requisiti preferenziali (*non essenziali*) per:

- La costruzione di piattaforme dedicate e validate attraverso le quali sia possibile la valutazione sia ex-ante relativa alla presenza o all'assenza di specifici servizi sui territori (in termini di vantaggi/svantaggi socio-economici) sia la valutazione ex-post dei servizi e dei progetti;
- L'individuazione dei *benchmark* relativi alle diverse tipologie di Servizi e attività di RdD e LdR;
- La diffusione della cultura della Valutazione dell'Impatto Sociale (sia in termini di salute acquisita che di efficacia delle risorse impiegate riutilizzabili per ulteriori progettualità/servizi).

A seguito della definizione di tali Linee Guida, si prevede la possibilità di realizzare almeno n.3 sperimentazioni di misurazione della VIS in azioni di RdD/LdR scaturiti da percorsi di co-progettazione pubblico-privato, strumento attraverso il quale può essere conseguito al meglio tale risultato (in termini di partecipazione, di competenze e di risorse da mettere in campo) come previsto dalla normativa vigente in tema di appalti.

Le sperimentazioni potranno servire a creare le basi per un sistema stabile di valutazione di impatto nei programmi di RdD e LdR.

Il rapido mutamento degli stili e delle modalità di consumo, rende inoltre necessario un aggiornamento permanente dello stato dell'arte del fenomeno. In questi termini è essenziale comprendere i modelli di consumo nella prospettiva di chi fa uso di sostanze, delle culture, delle norme sociali e delle strategie di controllo e regolazione, al fine di individuare, in un'ottica di RdD e LdR, i fattori naturali di regolazione da sostenere, facilitare e accompagnare per rendere efficaci gli interventi. Per tale motivo occorre mettere in atto attività di ricerca, di natura sia qualitativa sia quantitativa, sui nuovi fenomeni di consumo, con particolare attenzione alla qualificazione e identificazione degli eventi acuti e delle sostanze pericolose, per affiancare a una maggior conoscenza del fenomeno un'analisi dell'estensione dei consumi.

Soggetti attuatori

- Tavolo Nazionale Multidisciplinare di esperti
- Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Privati
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli ETS
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema della RdD/LdR

Risultati attesi

- Elaborazione di Linee di Indirizzo a livello nazionale
- Sviluppo attuativo dei Piani a livello territoriale
- Accordi quadro tra singola Regione/Provincia Autonoma, ASL e Comuni/Ambiti sociali territoriali/Zone – Distretto

Indicatori di risultato

- Individuazione/costruzione di piattaforme dedicate e validate per misurare indice SROI
- Redazione del documento “Linee Guida nazionali sulla VIS nella RdD e LdR”
- Realizzazione di almeno n°3 sperimentazioni che attraverso gli strumenti dell’Amministrazione condivisa (co-progettazione), possano consentire la VIS nei Servizi/azioni di RdD e di LdR

Le risorse

Per l’avvio dovranno essere previste risorse finalizzate (europee, nazionali e regionali) alla definizione delle Linee Guida e la copertura delle spese di sperimentazioni nel territorio nazionale

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Formazione e ricerca
- Monitoraggio e valutazione
- Sensibilizzazione, informazione e comunicazione
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Valorizzazione delle esperienze europee



15

Movimenti secondari nella Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi

Titolo

Monitoraggio dei movimenti secondari (“secondary movements” - migrazione).

Descrizione sintetica

Il fenomeno migratorio risulta ancora una questione centrale sia a livello nazionale, dato che l’Italia si pone come paese di primo approdo, sia a livello europeo. Il flusso costante dei richiedenti asilo, che nel 2017 si è attestato intorno alle 633.000 richieste nella sola Europa, richiede una gestione del fenomeno di tipo comunitario adottando un approccio che non può prescindere da una conoscenza approfondita della questione stessa.

La tematica relativa al consumo di sostanze psicoattive da parte delle persone che sono in fase di migrazione attiene a molteplici fattori di tipo culturale, educativo, sociale e sanitario e riguarda il fenomeno della sicurezza e delle criminalità organizzate, in quanto spesso si configurano percorsi di tratta di esseri umani.

Per questa ragione la collaborazione intra-territoriale all’interno del contesto europeo sarà necessaria per istituire strategie comuni di gestione, attraverso:

- Azioni specifiche di Riduzione del Danno (RdD), Limitazione dei Rischi (LdR) e supporto sociosanitario (A85);
Interventi di raccolta di dati qualitativi e quantitativi per favorire una trattazione del fenomeno partendo dalla lettura delle esigenze del *target* a rischio (A95).

Il fenomeno dei movimenti secondari pone la necessità di attivare interventi specifici e mirati anche sul piano nazionale, regionale e locale.

In particolare, occorre prevedere attività specifiche indirizzate alle necessità di supporto legale nei servizi di *outreach*, con una funzione di sostegno al mantenimento della regolarità o al suo ottenimento e, laddove richiesto/necessario, attivare azioni con attività indirizzate alla presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dei Servizi di Secondo Livello, supportati sia dal punto di vista della piena integrazione culturale e con un approccio di tipo etnoclinico (A87; A91).

Il target

Migranti e richiedenti asilo in condizione di grave marginalità sociale e sanitaria.

Obiettivo / Contiene le azioni:**A85, A87, A91, A94, A95**

Sviluppare la collaborazione intra-territoriale all'interno del contesto europeo per perseguire l'obiettivo di istituire strategie comuni di gestione del fenomeno, attraverso azioni specifiche di RdD, LdR e supporto socio-sanitario, oltre che di raccolta di dati qualitativi e quantitativi per favorire una trattazione del fenomeno partendo dalla lettura delle esigenze del *target* a rischio. In particolare, ciò favorirà:

La raccolta di dati qualitativi e quantitativi per favorire una trattazione del fenomeno partendo dalla lettura delle esigenze del *target* a rischio;

- Il miglioramento dell'accesso dei migranti ai servizi specialistici, con una attenzione specifica al fenomeno dei consumi di sostanze psicoattive legali e illegali;
- La creazione di un sistema di interscambio di informazioni e monitoraggio del fenomeno europeo.

Funzioni e modalità operative

La collaborazione intra-territoriale all'interno del contesto europeo perseguirà l'obiettivo di istituire strategie comuni di gestione del fenomeno, attraverso azioni specifiche di RdD, LdR e supporto socio-sanitario, oltre che di raccolta di dati qualitativi e quantitativi per favorire una trattazione del fenomeno partendo dalla lettura delle esigenze del *target* a rischio.

All'interno di un tale approccio, gli interventi prioritari da introdurre sono costituiti da:

- Lo sviluppo di una ricerca quantitativa riguardante:
 - Le principali nazionalità di migranti/ricipienti asilo che vivono in insediamenti informali (mappatura dei principali insediamenti informali)
 - Le problematiche maggiormente rilevanti poste dalla loro condizione di senza fissa dimora (sanitarie, legali ecc....)
 - La mappatura dei servizi di bassa soglia a cui possono accedere (sanitari, sociali e legali)
 - La tipologia di sostanze psicoattive utilizzate (con focus su psicofarmaci)
- Lo sviluppo di una ricerca qualitativa riguardante:
 - Le ragioni e gli stili di consumo di sostanze psicoattive
 - Le modalità di orientamento dei richiedenti asilo sul territorio

La condivisione di buone pratiche e progettazioni attuate nei confronti del *target*, del materiale informativo con i contatti dei principali servizi di RdD che operano sui territori di riferimento

Ai fini non solo della ricerca, ma anche del miglioramento delle condizioni per l'accesso del gruppo *target* alla rete dei servizi specialistici, il processo dovrà prevedere la sottoscrizione formale di accordi e protocolli per la definizione del lavoro di rete tra tutti i Servizi coinvolti.

Parallelamente diventa essenziale anche la creazione di un sistema di rilevazione delle attività di RdD presenti sul territorio. Il sistema dovrà contenere le informazioni richieste dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e permettere lo scambio con i rispettivi *partner* europei. Questa azione non può prescindere inoltre da uno scambio serrato delle *best practice* europee, promuovendo quando possibile le iniziative italiane, permettendo quindi ai Paesi *Partner* di beneficiare delle esperienze, ma soprattutto delle soluzioni, adottate dai vari contesti europei in materia di RdD e LdR. (A94)

È di fondamentale importanza che si stabiliscano modalità operative tra i Servizi specialistici per le Dipendenze e i Servizi territoriali (sia del Pubblico sia del Privato Sociale) che a vario titolo forniscono assistenza e accoglienza ai migranti e ai richiedenti asilo.



In particolare, viene segnalata la necessità di strutturazione di sportelli di supporto legale in servizi di *outreach* ai fini del mantenimento della regolarità e all'ottenimento della stessa attraverso una presa in carico da parte del SSN e dei Servizi di Secondo Livello. A questo va aggiunto la possibilità di supporto etnoclinico. Tale azione risulta essere imprescindibile per un inquadramento corretto delle problematiche di consumo di sostanze riguardanti persone in fase di migrazione.

Soggetti attuatori

- Regioni, Province Autonome ed Enti Locali
- Università, Enti di ricerca
- Servizi specialistici: Servizi di mediazione culturale, Servizi di supporto legale, Servizi Sociosanitari; Servizi Sociali territoriali, Servizi Formazione e lavoro

Stakeholder

- Decisori politici regionali e locali
- Operatori del comparto della formazione al lavoro
- Operatori Sanitari
- Operatori Sociosanitari
- Operatori Sociali
- Persone che Usano Droghe (PUD)
- Società Scientifiche
- Enti del Terzo Settore
- Università, Enti di ricerca

Risultati attesi

- Creazione di una linea europea di gestione del fenomeno migratorio
- Creazione di un sistema di interscambio di informazioni e monitoraggio del fenomeno europeo
- Miglioramento dell'accesso dei migranti ai Servizi specialistici

Indicatori di risultato

- Costruzione di una Rete Europea di monitoraggio
- Aumento del numero di accessi dei migranti ai Servizi

Le risorse

Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), Fondo Sociale Europeo (FSE)
Fondi Ministero della Salute e Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) finalizzati e vincolati

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Valorizzazione delle esperienze europee
- Partecipazioni a reti europee e internazionali
- Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze
- Prospettiva di genere, Minori, Migranti
- Flussi informativi

16

Farmaci antagonisti

Titolo

Utilizzo dei farmaci antagonisti e percorsi formativi e di *training* diretti delle Persone che Usano Droghe e delle persone in carico ai Servizi.

Descrizione sintetica

Risulta necessario sviluppare un Protocollo d'Intesa che ponga le basi per un'operatività di Servizi a bassa soglia, Ser.D e Servizi specialistici permettendo una presa in carico dell'utente rapida, così da favorire un pronto intervento capace di scongiurare gravi danni alla salute del soggetto. Tale Protocollo dovrà prevedere anche il ricorso all'utilizzo della medicina a distanza, capace di garantire una connessione tra Servizi più efficace e meno vincolata al contesto territoriale (A86).

Inoltre, la promozione di un utilizzo capillare sul territorio di farmaci antagonisti (in particolare Naloxone) che coinvolga presidi pubblici, centri di aggregazione e Servizi di prossimità, nonché la formazione di operatori non sanitari (Forze dell'Ordine, operatori sociali, operatori alla pari) per la somministrazione di tali farmaci, potrebbero consentire di diminuire la mortalità e il rischio di eventi importanti dal punto di vista sanitario nei casi di *overdose* da oppiacei e oppioidi. Sarà fondamentale prestare particolare attenzione all'uscita delle persone dai percorsi di cura delle comunità terapeutiche e dagli Istituti di pena (A90).

Il target

- Cittadini che hanno violato gli Artt. 186 e 187 del Codice della Strada (Cds)
- Persone detenute tossicodipendenti
- Giovani utilizzatori dipendenti
- Giovani utilizzatori dipendenti con problematiche psichiatriche
- Persone che Usano Droghe (PUD)

Obiettivo / Contiene le azioni: A86, A90

Aumentare la disponibilità e l'uso dei farmaci antagonisti con particolare riferimento al Naloxone *spray* nasale nei diversi contesti ai fini della diminuzione delle conseguenze gravi e dei decessi da *overdose* di oppiacei e oppioidi.

Raccordare Servizi a bassa soglia, Ser.D e Servizi specialistici permettendo una presa in carico dell'utente rapida, così da favorire un pronto intervento capace di scongiurare gravi danni alla salute del soggetto, attraverso l'adozione di Protocolli di Intesa specifici.



Funzioni e modalità operative

Preliminare a tale attività risulta la costituzione di un Tavolo Tecnico di livello nazionale sull'utilizzo del Naloxone e dei farmaci antagonisti che definisca Linee Guida e/o raccomandazioni finalizzate a:

- Verificare la possibilità dell'applicazione del modello *Take Home Naloxone* intervenendo sul costo del farmaco;
- Verificare la possibilità di affidamento del Naloxone ai familiari (seguendo esempi e Linee Guida europee);
- Sviluppare un percorso finalizzato alla prescrivibilità del Naloxone *spray* nasale.

Le attività da promuovere al fine di rendere operative le strategie di intervento saranno:

- Tavolo Tecnico di concertazione con il Ministero della Salute finalizzato alla prescrivibilità del Naloxone *spray* nasale;
- Corsi di formazione/*training* di sopravvivenza per "uso sicuro/uso iniettivo", corsi di formazione/*training* per la gestione delle *overdose*, corsi di formazione per l'utilizzo del Naloxone, formazioni sul Pronto Soccorso, utilizzo di materiale sterile, informazioni sulle tematiche relative alle malattie a trasmissione sessuale;
- Attivazione di percorsi di *peer education* e formazione di utenti esperti finalizzati al miglioramento dell'offerta dei servizi, all'*empowerment* delle persone e alla prevenzione delle condizioni di cronicità;
- Attivazione di azioni dedicate a pazienti ristretti presso gli Istituti penitenziari, con particolare attenzione alle persone in fase di dimissione, con il chiaro obiettivo della diminuzione del rischio di *overdose* all'uscita dall'Istituto di pena e la sensibilizzazione sui rischi di *overdose* oltre che sulla promozione di stili di vita compatibili.

Soggetti attuatori

- Ministeri
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- Regioni e Province Autonome
- ASL (Prevenzione, Ser.D)
- Enti del terzo settore e associazionismo
- Enti di Ricerca

Stakeholder

- Decisori politici regionali e locali
- Operatori del comparto della formazione lavoro
- Operatori Sanitari
- Operatori Sociosanitari
- Operatori Sociali
- Persone che Usano Droghe (PUD)
- Società Scientifiche
- Terzo Settore
- Università ed Enti di Ricerca
- Forze dell'Ordine

Risultati attesi

- Prescrivibilità del Naloxone *spray* nasale
- Aumento delle competenze delle persone, adozione di stili di consumo compatibile e di promozione di percorsi di tutela della salute
- Diminuzione del numero di eventi avversi causati da *overdose* da oppiacei e oppioidi

Indicatori di risultato

- Numero di percorsi e tipologia di percorsi attivati
- Numero di persone coinvolte
- *Peer* e utenti esperti coinvolti in programmi specifici di tipo promozionale e preventivi nei Ser.D, nelle Unità di Strada (UdS) e nei *Drop-in*

Le risorse

Regionali (Sistema Sanitario Nazionale)

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali



17

Nuove Sostanze Psicoattive e servizi a bassa soglia

Titolo

Sperimentazione e valutazione di spazi di accesso a bassa soglia per consumatori di NPS.

Descrizione sintetica

Si rende necessaria un'attività di Sperimentazione, ai fini dell'elaborazione di indicazioni operative a livello nazionale, con attivazione di servizi di ascolto, orientamento e consulenza specialistica per i consumatori di Nuove Sostanze Psicoattive (NPS).

I consumatori di NPS, così come gli utilizzatori di altre sostanze psicoattive, tendono a non identificarsi come persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), ragion per cui un luogo stigmatizzato come i Ser.D, con operatori sociosanitari non adeguatamente formati sul tema, non rappresenta un punto di riferimento in caso di necessità per la valutazione dei rischi connessi alle proprie modalità di assunzione.

La creazione di uno spazio de-stigmatizzato può rappresentare una sede dove fornire una consulenza specialistica a cui può seguire, se necessaria, una presa in carico da parte dei Servizi o, più semplicemente, rappresentare un'occasione di "aggancio" attraverso forme "leggere" di consulenza e/o di orientamento.

La realizzazione di servizi specifici (in *setting* diversi rispetto a servizi di tipo specialistico fortemente connotati) e che abbiano la caratteristica della bassa soglia di accesso, può aiutare a sostenere le persone nella tutela del loro benessere psicofisico in un'ottica di prevenzione, di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR).

Il target

Il *target* verso il quale andranno orientati questi servizi è rappresentato da giovani e giovani adulti, consumatori di NPS che non accedono (e/o non sono disponibili a farlo) al sistema dei servizi pubblici

Obiettivo / Contiene le azioni:

A82, A83, A84, A87, A89

Sperimentare la realizzazione di spazi neutri in cui sia possibile per i consumatori di NPS (soprattutto per i più giovani) accedere in modalità di bassa soglia al fine di realizzare percorsi di ascolto, orientamento e se necessario accompagnamento verso forme di presa in carico più o meno strutturata.

La sperimentazione va accompagnata con delle raccomandazioni per gli interventi di RdD che definiscono le procedure, i limiti e gli *standard* di qualità degli interventi stessi (A82; A83). Tali raccomandazioni potranno anche prevedere l'istituzione *equipe* sovra-territoriali per la copertura di grandi e grandissimi eventi, formali e informali (A84).

Funzioni e modalità operative

Le diverse caratteristiche di ciascuna realtà regionale e territoriale, accanto alla necessità di strutturare risposte mirate verso gruppi di popolazione con specifiche necessità e bisogni, e che di fatto sfuggono all'attuale organizzazione territoriale dei Servizi, spingono verso sperimentazioni che possano essere pensate e articolate come:

- servizi in affiancamento alle attività e/o agli interventi dei Servizi territoriali già strutturati;
- interventi specifici con una loro autonoma organizzazione, dotazione di personale ecc.

Il Servizio, per poter funzionare si rapporta, ai fini della presa in carico o della semplice attività di consulenza/orientamento, con gli altri Servizi sociali e sociosanitari e, laddove ciò si renda necessario, attraverso l'attivazione degli operatori dei Servizi, sia pubblici sia del Privato Sociale, che possono essere funzionali a una presa in carico o, più semplicemente, ad attività "leggere" di ascolto, di orientamento e ove necessario di accompagnamento.

L'intervento per sua natura deve poter operare in maniera integrata con tutti i Servizi territoriali attraverso specifici accordi e protocolli a livello regionale e locale.

La natura di intervento a bassa soglia, che dovrà essere adattata alle diverse caratterizzazioni territoriali, dovrà essere di tipo universalistico, ad accesso pubblico diretto (con operatori in presenza, con numero verde ecc.), oppure attivabile dai Servizi Pubblici e Privati anche attraverso le procedure previste dagli strumenti dell'amministrazione condivisa (co-programmazione, co-progettazione e accreditamento).

Va inoltre sottolineato che un'attenzione particolare andrà dedicata alla formazione dei professionisti al fine di facilitare le attività di accoglienza e aggancio dei bisogni dei gruppi *target* che normalmente sfuggono ai servizi di tipo tradizionale.

L'intervento deve quindi garantire le seguenti funzioni:

- uno spazio "neutro" in cui il bisogno psicologico delle persone venga accolto e ascoltato e in cui i soggetti possano liberamente parlare di sostanze senza avere il timore di essere in qualche modo etichettati;
- la possibilità di accogliere giovani adolescenti al fine di intervenire precocemente su un *target* che presenta maggiori fragilità;
- la possibilità di risposte con una soglia di accesso bassa e compatibile con le esigenze del *target* (sia in ordine di tempo che di tipo logistico);
- la possibilità di istituire canali bidirezionali con tutta la rete dei Servizi territoriali sia per l'accesso sia per eventuali attività di orientamento e accompagnamento;
- il ricevimento delle segnalazioni nelle modalità concordate a livello territoriale (direttamente dalle persone in condizioni di bisogno, da altri cittadini, dai Servizi Pubblici e Privati che hanno sottoscritto uno specifico accordo ecc.);
- una risposta immediata ai bisogni di accoglienza per periodi brevi in attesa dell'accesso ai Servizi;
- l'attivazione di attività di aggancio, ascolto e lettura del bisogno attraverso: operatori del Servizio, intervento delle Unità di Strada (UDS);
- una prima valutazione del bisogno, documentazione dell'intervento e segnalazione successiva per l'eventuale presa in carico.

Va anche sottolineata la necessità di un intervento specifico sulle famiglie finalizzato alla informazione/promozione/attivazione, con l'ausilio di operatori (a loro volta formati e specializzati) che potrebbero indirizzarsi verso questa particolare azione specifica.

Le azioni formative e di supervisione degli operatori sono strutturali ed economicamente previste nella gestione di servizi di questo tipo.

Sarà anche opportuna la costituzione di un gruppo di lavoro nazionale finalizzato alla valutazione e validazione della presente sperimentazione.



Infine, diventa importante sviluppare raccomandazioni per gli interventi di RdD e LdR che definiscono le procedure, i limiti e gli *standard* di qualità degli interventi stessi. Le raccomandazioni potranno essere di aiuto nel definire gli *standard* per garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme sul territorio nazionale.

Tali raccomandazioni potranno affrontare anche il tema delle popolazioni *target* (migranti, giovani, detenuti ecc.) e del ruolo dei farmaci agonisti e del Naloxone, sulla falsariga delle Linee Guida europee sulla somministrazione dello stesso. Infine, potranno anche prevedere l'istituzione di *equipe* sovra-territoriali per la copertura di grandi e grandissimi eventi, formali e soprattutto informali.

Soggetti attuatori

- Regioni e Province Autonome
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Enti di Ricerca
- Servizi specialistici: Servizi di mediazione culturale, Servizi di supporto legale, Servizi Sociosanitari; Servizi Sociali territoriali, Servizi Formazione e lavoro

Stakeholder

- Enti del Terzo Settore (ETS)
- Organizzazioni di rappresentanza delle Persone che Usano Droghe (PUD) e di consumatori di NPS
- Servizi sociali dei Comuni singoli o associati
- Servizi delle ASL e non solo quelli direttamente implicati
- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Servizi dei Centri Per l'Impiego (CPI)
- Servizi del Privato Sociale accreditati
- Organizzazioni di rappresentanza di giovani (studenti, lavoratori ecc.)
- Organizzazioni del comparto educativo e scolastico ecc.

Risultati attesi

- Sperimentazione di questa azione in almeno 3 città metropolitane (Nord, Centro, Sud e Isole)
- Incremento del numero di persone che richiedono una consulenza per consumo di NPS
- Sperimentazione di questa azione in almeno 3 città metropolitane (Nord, Centro, Sud e Isole)
- Attivazione di formazioni specifiche sulla gestione di questo *target*/bisogno
- Definizione di raccomandazioni per:
 - la definizione di Procedure, Protocolli di Collaborazione e Indicazioni Operative per l'attivazione di tali servizi
 - garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme sul territorio nazionale
 - prevedere l'istituzione *equipe* sovra-territoriali per la copertura di grandi e grandissimi eventi

Indicatori di risultato

- Numero di sperimentazioni attivate
- Numero di professionisti formati
- Numero di Protocolli Operativi e procedure condivise sottoscritti
- Numero di persone che richiedono consulenza per consumo di NPS e numero di accessi al servizio
- Numero di persone indirizzate, inviate e/o accompagnate ad altri servizi specialistici
- Numero di servizi che hanno adottato le raccomandazioni

Le risorse

Sperimentazione: Risorse nazionali e Regionali

Formazione (Programma Operativo Regionale/Fondo Sociale Europeo): da destinare a operatori sia del comparto pubblico che di quello privato che andranno individuate/definite sulla base delle specificità territoriali e del percorso scelto

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Partecipazione a reti europee e internazionali
- Percorsi formativi per il settore delle dipendenze
- Prospettiva di genere, Minori, Migranti
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi all'uso di sostanze e Dipendenze comportamentali



18

Partecipazione a reti europee e internazionali

Titolo

Promozione di scambi di buone pratiche ed esperienze e partecipazione a reti professionali di stampo europeo e internazionale.

Descrizione sintetica

Aumentare la partecipazione alle reti europee e internazionali dei livelli nazionali, regionali e locali per la conoscenza e lo scambio delle pratiche efficaci e riconosciute e per l'implementazione di un sistema europeo di allerta precoce.

La necessità di uno scambio reciproco di conoscenze, *know-how* e *skills*, renderebbe sistematica la possibilità di mettere in atto le azioni proposte dall'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) e dalle organizzazioni internazionali sul territorio nazionale.

Questa azione porterebbe alla identificazione di buone pratiche presenti nei diversi contesti nazionali, compreso quello italiano, contribuendo a darne visibilità all'interno di reti europee e internazionali, promuovendone la loro replicabilità e/o il loro adattamento a contesti simili. Questa azione non può prescindere, inoltre, da uno scambio serrato delle *best practice* europee (validate tramite le pubblicazioni dell'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e/o ricerche pubblicate *peer review*) promuovendo le iniziative sviluppate nei contesti nazionali, permettendo ai Paesi *Partner* di beneficiare delle esperienze, ma soprattutto delle soluzioni adottate in materia di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) (A94).

Il fenomeno dell'uso di sostanze muta rapidamente e si adatta ai nuovi stili di vita globalizzati nonché ai nuovi mezzi di comunicazione a disposizione (*web*). Al modificarsi del fenomeno è quindi necessario che faccia seguito una modifica del sistema di rilevazione e diffusione dello stesso. Per questa ragione viene reputata essenziale l'adesione alla rete *Trans European Drug Information Project* (TEDI) al fine di consentire un monitoraggio europeo del fenomeno oltre che istituire una rete capillare di *drug checking*. Parallelamente a ciò è essenziale la creazione di un sistema di rilevazione delle attività di RdD/LdR presenti sull'intero territorio nazionale. Il sistema dovrà contenere le informazioni richieste dalla EMCDDA e permettere lo scambio con i rispettivi *partner* europei. (A78)

Ai fini di una più adeguata lotta al narcotraffico appare necessario rendere efficace e tempestivo lo scambio di informazioni tra le agenzie di *law enforcement* sia nella fase di azione preventiva che in quella repressiva delle attività antidroga di rilievo transnazionale. (A79) oltre che promuovere la cooperazione internazionale di polizia sul piano bilaterale e multilaterale (A71) (A75).

Occorrerà raggiungere una uniformità di approccio e di raccolta dati a livello nazionale, che deve essere garantita tramite la redazione di Protocolli Operativi definiti.

Sarà fondamentale costruire un sistema di cooperazione con i servizi europei di allerta precoce con lo scopo di creare un database comune alle organizzazioni *partner* rispetto ai dati rilevati dai servizi di *drug checking* con particolare attenzione alla tipologia di servizio erogato. Tale iniziativa permetterà sempre di più di identificare precocemente fenomeni pericolosi per la salute del singolo e della collettività. A partire dal 2018 l'EMCDDA ha riconosciuto l'importanza di tale rete e della condivisione di dati, ritenendoli utili al monitoraggio dei mercati delle sostanze illecite e inserendo tali rilevazioni nello *European Drug Report* (A88).

Il target

- Sistema dei Servizi regionali di settore
- Rete Territoriale dei Servizi per le Dipendenze sia pubblici che privati
- Dipartimenti per la prevenzione delle ASL
- Rete delle Comunità di accoglienza
- Cooperative e imprese sociali
- Enti del Terzo Settore (ETS)

Obiettivo / Contiene le azioni: A71, A75, A78, A79, A88, A94

- Aumentare la conoscenza e la diffusione delle *best practices* al fine di rendere stabile, sistematica e validata l'adozione delle azioni proposte dall' EMCDDA e dalle organizzazioni internazionali su tutto il territorio italiano.
- Sviluppare la cooperazione con i servizi europei ai fini della divulgazione del sistema di allerta precoce con attenzione alle specificità dei servizi erogati.
- Stabilizzare, implementare e promuovere servizi di *drug checking* in ogni contesto regionale.

Funzioni e modalità operative

Al fine del raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, è auspicata l'adesione del sistema dei servizi per le dipendenze (Pubblici e del Privato Sociale) alla rete *Trans European Drug Information Project* (TEDI) al fine di consentire un monitoraggio europeo del fenomeno oltre che istituire una rete capillare di *drug checking*.

Il sistema dovrà contenere le informazioni richieste dall' EMCDDA e permettere uno scambio con i rispettivi *partner* europei.

Parallelamente è di fondamentale importanza, rafforzare l'attuale Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP), al fine di rendere possibile non solo la divulgazione tempestiva di informazioni corrette in tempi rapidi agli operatori del sistema dei servizi ma anche di sviluppare una forma di comunicazione adeguata al mondo dei consumatori con la finalità di RdD e LdR. Occorre realizzare, implementare e stabilizzare sul territorio nazionale servizi di *drug checking* di tipo integrato, ovvero in grado di unire all'analisi chimica della sostanza un *counselling* specifico e focalizzato sulle esigenze che la persona sta rappresentando in quello specifico momento.

Inoltre, va sottolineato che, se la chiave di volta per l'efficacia del servizio è la relazione con la persona, di pari importanza sono le tecniche di analisi utilizzate e il coinvolgimento dei Laboratori di Tossicologia Forense, al fine di garantire analisi di secondo livello. Nel merito di quest'ultimo punto, è cruciale che le risposte siano rapide, al fine di aggiornare tempestivamente le istituzioni locali ed europee sulla potenziale presenza di un fenomeno pericoloso in materia di sostanze.

Tra le attività da implementare su scala regionale vi possono essere:

- L'attivazione di un servizio su scala regionale in cui viene erogato il *drug checking* e che aderisce alla rete TEDI, condividendo i dati con l'EMCDDA
- L'impiego di strumenti qualitativi e/o quantitativi che soddisfino i requisiti scientifici richiesti dalla rete TEDI e dall'EMCDDA e che siano in grado di dare risposte rapide
- Individuare in ogni regione, laddove possibile, almeno un laboratorio di tossicologia forense che sia in grado di garantire analisi di secondo livello in tempi efficaci
- Realizzare la traduzione in italiano e divulgare il *best practices portal* sviluppato dall'EMCDDA
- Definire procedure uniformi per l'inserimento dei dati raccolti negli interventi di RdD/LdR condotti da organizzazioni *community-based*



Soggetti attuatori

- Regioni e Province Autonome
- Enti Locali
- Università ed Enti di Ricerca
- Servizi specialistici: Servizi di mediazione culturale, Servizi di supporto legale, Servizi Sociosanitari; Servizi Sociali territoriali, Servizi Formazione e lavoro

Stakeholder

- Decisori politici regionali e locali
- Forze dell'Ordine
- Legislatore
- Operatori Sanitari
- Operatori Sociali
- Persone che Usano Droghe (PUD)
- Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP)
- Enti del Terzo Settore (ETS)
- Università ed Enti di Ricerca
- Centri di Ricerca
- Ministero dell'Interno
- Ministero degli Esteri
- Medici

Risultati attesi

- Creazione di procedure omogenee per l'inserimento dei dati nei sistemi di interscambio
- Creazione di un sistema di interscambio contenente:
 - Dati relativi alle azioni di RdD e LdR
 - Dati rilevati dai servizi di *drug checking*
 - *Best practice* di LdR e RdD
 - Creazione in ogni contesto regionale di almeno un servizio di *drug checking*

Indicatori di risultato

- Percentuale di Servizi che aderiscono alla rete TEDI
- Costituzione formale del servizio di *drug checking* a livello regionale
- Assolvimento del debito informativo da parte dei Servizi aderenti alla rete

Le risorse

Fondi Comunità Europea (ad assegnazione diretta)
Ministero dell'Università e della Ricerca
Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
Ministero della Salute
Regioni e Province Autonome

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Valorizzazione delle esperienze europee
- Partecipazioni a reti europee e internazionali
- Potenziamento della ricerca in ambito delle dipendenze
- Flussi informativi
- La rete degli osservatori

19

Diagnosi e Riduzione del Danno nelle Dipendenze comportamentali

Titolo

Redazione di Linee di Indirizzo per la diagnosi e l'attivazione di interventi di LdR e RdD nelle Dipendenze comportamentali.

Descrizione sintetica

Nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ovvero dal 2013, vengono definite ed elencate le Dipendenze comportamentali senza che tuttavia siano chiariti in modo univoco i criteri diagnostici e ciò ha portato a una pluralità di interpretazioni da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), e talvolta anche all'interno dei singoli Servizi. Questa mancanza di omogeneità rischia di incidere sulla garanzia di equità di trattamento e quindi sulla possibilità di tutela dal punto di vista medico-legale dell'utente.

Si rileva quindi la necessità di sviluppare Linee di Indirizzo condivise che permettano la standardizzazione della diagnosi (A99) e che pongano degli utili punti di riferimento per l'attuazione di interventi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi (RdD e LdR) (A103).

Il target

- Operatori e professionisti dei Servizi Pubblici e Privati dell'area delle dipendenze e in particolar modo di coloro che intervengono nell'area della RdD e della LdR
- Operatori Sociosanitari e socio assistenziali degli Enti Locali e degli Enti del Terzo Settore (ETS)
- Medici di Medicina Generale (MMG) ed altri operatori del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (es. personale del Pronto soccorso)

Obiettivo / Contiene le azioni: A99, A103

Definire indirizzi uniformi per la diagnosi delle Dipendenze comportamentali e per l'attuazione di interventi di RdD e LdR correlati garantendo l'uniformità di servizi sul territorio nazionale.



Funzioni e modalità operative

Al fine di garantire un'uniformità nazionale dell'offerta dei servizi è necessario che le Linee di Indirizzo:

- Standardizzino il percorso di diagnosi prendendo spunto dalle linee di azione individuate dal Ministero della Salute per la diagnosi delle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), definendo i criteri per il riconoscimento dei disturbi, la strumentazione tecnica adeguata alla loro individuazione e le modalità di presa in carico.
- Declinino gli interventi di RdD e LdR, il cui approccio si è sviluppato nel quadro delle dipendenze da sostanza, nel contesto delle Dipendenze comportamentali. Ovvero, prendendo spunto da quanto affermato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), individuino gli *standard* per garantire all'utenza un servizio di qualità e uniforme definendo le procedure, i limiti e gli *standard* di qualità degli interventi stessi.
- Al fine di redigere le suddette Linee di Indirizzo saranno necessari:
- Ricognizione dei percorsi diagnostici attuati dai Servizi, individuando i percorsi virtuosi e identificando la strumentazione diagnostica adeguata
- Redazione, sulla base delle rilevate ottenute dalla ricognizione e dalla letteratura scientifica in merito, di Linee di Indirizzo contenenti quanto sopra descritto da parte di una consulta di esperti
- Approvazione formale delle Linee di Indirizzo
- Disseminazione e informazione in merito al documento redatto e, qualora necessario, formazione tecnica al personale dei Servizi

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)

Stakeholder

- Comuni singoli o associati
- Dipartimenti per le Dipendenze, Ser.D e Servizi del Privato Sociale Accreditato
- Enti del Terzo Settore (ETS) che a vario titolo si possono integrare nei percorsi di presa in carico di persone con Dipendenze comportamentali
- Persone con Dipendenze comportamentali e loro familiari
- Decisori politici
- Enti Pubblici e Privati
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli ETS
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema della RdD/LdR

Risultati attesi

- Elaborazione e diffusione delle Linee di Indirizzo per percorsi diagnostici delle dipendenze comportamentali in modo uniforme su tutto il territorio nazionale
- Eventuale integrazione di tali linee con Linee di Indirizzo per la RdD e LdR nelle quali siano individuati gli *standard* di qualità per questi interventi nell'ambito delle dipendenze comportamentali

Indicatori di risultato

- Atto formale di approvazione delle Linee di Indirizzo in sede di Conferenza Unificata
- Numero di Servizi per ogni Regione e Provincia Autonoma che adottano le Linee di Indirizzo

Le risorse

Isorisorse

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Flussi informativi
- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- La rete degli Osservatori
- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Sensibilizzazione, informazione e comunicazione
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi



20

Dipendenze da nuove tecnologie

Titolo

Sviluppare programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *Internet* e alle nuove tecnologie.

Descrizione sintetica

Le evidenze scientifiche mostrano come gli esordi psicopatologici con quadri clinici confusi e confusivi, dove dipendenza e disagio diventano sovrapposti, sono sempre più frequenti. È in questo ambito che si iscrive il tema delle Dipendenze comportamentali, fenomeno che scardina i vecchi schemi di inquadramento nosografico: attualmente, nonostante la diffusione di *pattern* di dipendenza e dipendenza patologica, non è presente una classificazione ufficiale in categorie diagnostiche definite, a eccezione del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

È infatti solo dal 2013, nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), che vengono ridefinite ed elencate le cosiddette "Dipendenze comportamentali", senza che tuttavia siano chiariti i criteri diagnostici. In particolare, l'*Internet Addiction Disorder* (IAD) non è stato inserito nella categoria diagnostica delle dipendenze non da sostanze ma viene incluso nella sezione 3 del manuale, riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche prima di essere formalmente considerate disturbi. Pertanto è necessario sviluppare programmi di aggiornamento per gli operatori e per tutta la comunità che a vario titolo opera nell'ambito delle dipendenze, finalizzati a una identificazione precoce di tali problematiche (A98).

Il target

- Operatori e professionisti dei Servizi Pubblici e Privati dell'area delle dipendenze e in particolar modo di coloro che intervengono nell'area della Riduzione del Danno (RdD) e della Limitazione dei Rischi (LdR)
- Operatori Sociosanitari e socio assistenziali degli Enti Locali e degli Enti del Terzo Settore (ETS)
- Medici di Medicina Generale (MMG) ed altri operatori del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (es. personale del Pronto soccorso)

Obiettivo / Contiene le azioni:

A98

Definire Linee di Indirizzo per la creazione di percorsi di formazione e di aggiornamento capaci di fornire agli operatori sia del Pubblico che del Privato Sociale gli strumenti necessari a intercettare, comprendere e prendere in carico le nuove Dipendenze comportamentali derivanti dalle interazioni con le nuove tecnologie.

Funzioni e modalità operative

Partendo dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) e dalle risultanze della Conferenza Nazionale Alcol diviene utile costituire un gruppo di lavoro, coordinato dal Ministero della Salute, che produca un documento di indicazione per l'attuazione di programmi di aggiornamento, sensibilizzazione e identificazione precoce dei comportamenti a rischio correlati a *Internet* e alle nuove tecnologie.

Sulla base delle indicazioni e Linee di Indirizzo si potranno strutturare i percorsi di formazione specifici per realizzare, in modo uniforme:

- una fase di *screening* sul territorio con programmi di rilevazione delle conoscenze e competenze degli operatori dei Servizi e del Privato Sociale Accreditato in tema dell'IAD;
- pianificazione e realizzazione di percorsi di aggiornamento degli operatori dei Servizi che si concentri, oltre che sui nuovi linguaggi, anche sugli strumenti e le piattaforme utilizzate, sulle modalità di azione e messa a terra degli interventi, ponendo quindi una comune cornice di riferimento;
- attivazione di programmi territoriali di sensibilizzazione e di informazione mirati per gruppi *target* e per le varie tipologie di IAD (con un focus su pre-adolescenti e adolescenti);
- progettazione di programmi di intervento precoce per utenti a rischio.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Servizi Privati Accreditati
- Comuni singoli o associati

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Enti del Terzo Settore (ETS) direttamente o indirettamente implicati negli interventi nell'area delle Dipendenze comportamentali
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli ETS
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema della RdD/LdR

Risultati attesi

- Istituzione di un gruppo integrato dal DPA/Ministero della Salute/Regioni/Province Autonome/ANCI per la produzione delle Linee di Indirizzo
- Attivazione e promozione di programmi di formazione e di aggiornamento per gli operatori partendo dalla documentazione relativa al PNP e dalle risultanze della Conferenza Nazionale Alcol
- Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione su comportamenti a rischio correlati a *Internet* e alle nuove tecnologie



Indicatori di risultato

- Approvazione del documento in sede di Conferenza Unificata
- Numero di Regioni e Province Autonome che hanno adottato le Linee
- Numero di programmi attivati
- Numero di iniziative promozionali realizzate

Le risorse

Fondi dedicati del Ministero della Salute
Regioni e Province Autonome

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- La rete degli Osservatori
- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Sensibilizzazione, informazione e comunicazione
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi

21

Dipendenze comportamentali e accessibilità ai Servizi

Titolo

Sviluppare una rete territoriale dei Servizi e migliorare l'accessibilità per persone affette da Dipendenze comportamentali.

Descrizione sintetica

I Servizi per le Dipendenze rivestono un ruolo centrale nella risposta ai bisogni territoriali sulle Dipendenze comportamentali e, in funzione di questo ruolo, necessitano di un continuo processo di sviluppo che sia in grado di cogliere dinamicamente le nuove necessità degli utenti e che possa risolvere alcune vulnerabilità sistemiche. Considerando che le Dipendenze comportamentali presentano una natura estremamente eterogenea e necessitano di percorsi di cura articolati che prevedano una forte integrazione ambientale, sociale e sanitaria, è essenziale che i Ser.D riescano a strutturare un'offerta capace di intercettare l'utenza, in particolare al momento dell'ingresso, andando a incidere sulle barriere di ingresso e stimolando una maggiore ottica di rete.

Allo stato attuale vengono rilevate diverse barriere all'ingresso, sia di natura interna (stigma e percezione soggettiva) sia esterna (collocazione delle strutture).

Alla luce di ciò, comprendere la percezione dei Servizi e destrutturarne la percezione negativa e distorta diviene quindi un punto essenziale per facilitare la presa in carico (A100).

Tale presa in carico richiede una flessibilità e multidimensionalità a cui è possibile rispondere solo riducendo la distanza esistente tra i Servizi Pubblici e Privati e strutturando una collaborazione permanente e ben delineata (A97). Si tratta quindi non solo di stabilire le modalità di cooperazione e integrazione ma anche di creare una rete di soggetti territoriali, coinvolti nei percorsi di cura, trattamento e riabilitazione, che possano rispondere in modo olistico ai bisogni dell'utenza (A101) e che riescano ad attivare interventi di prevenzione ambientale di riduzione dell'offerta, ove possibile (A102).

Il target

- Operatori e professionisti dei Servizi Pubblici e Privati dell'area delle Dipendenze
- Persone affette da Dipendenze comportamentali e loro associazioni
- Associazioni dei familiari
- Medici di Medicina Generale
- Operatori Socioassistenziali dei Comuni singoli o associati
- Operatori Sociosanitari e Socioassistenziali degli Enti del Terzo Settore

Obiettivo / Contiene le azioni: A97, A100, A101, A102

L'obiettivo è la creazione di un sistema per le Dipendenze interconnesso e capace, tramite una rete diffusa, di rispondere in modo eterogeneo e più efficace ai bisogni multidimensionali degli utenti, facilitandone l'accesso e la permanenza nei percorsi di cura, trattamento e riabilitazione.



Funzioni e modalità operative

Per rispondere in modo più efficace ai bisogni del territorio, il sistema dei Servizi trova supporto nella costruzione di una rete territoriale intorno all'utente che comprenda, al suo interno, una moltitudine di soggetti (Pubblici e Privati) capaci di prendere in carico la complessità del paziente, nonché di rispondere con un approccio multidimensionale ai suoi problemi. Per permettere tale coordinamento è fondamentale:

- analizzare la percezione dei Servizi nella popolazione locale e individuare le barriere soggettive e fisiche all'accesso;
- prevedere, ove necessario e nelle modalità ritenute più efficaci a seconda del contesto locale, interventi di sensibilizzazione e informazione sui Servizi, aumentando la consapevolezza del loro ruolo nella popolazione generale e nei possibili utenti.
- creare dei Protocolli Operativi tra Servizi Pubblici e Privati, che permettano l'integrazione degli interventi e una maggior adattabilità delle azioni, nonché uno scambio di informazioni e *best practice* tra territori e tra Servizi;
- istituire, nella forma più adeguata alle dimensioni e al contesto locale, un organo di coordinamento della rete dei Servizi Pubblici e Privati nonché dei principali *stakeholder* coinvolti negli interventi al fine di monitorarne l'efficacia e la rimodulazione, ove necessaria.

Adattabilità e flessibilità sono quanto mai necessarie in questo ambito, sia in termini di accessibilità sia di interventi, in modo da rendere possibile l'aggancio di un'utenza difficilmente intercettabile. Molti interventi, in particolare nella fase di aggancio, sono interventi di Riduzione del Danno (RdD) e Limitazione dei Rischi (LdR) con azioni consolidate che permettono un miglioramento delle condizioni generali dell'utente. Inoltre, il coinvolgimento di soggetti istituzionali all'interno della rete permette di strutturare interventi di prevenzione ambientale. Un esempio, in relazione al Disturbo da gioco d'azzardo (DGA), è la possibilità di rendere più difficile l'accesso al gioco, attraverso divieti e altri interventi istituzionali (quali i regolamenti comunali in materia), intervenendo quindi dal lato dell'offerta e non solo della domanda, a integrazione di un'efficace strategia di Limitazione dei Rischi e di Riduzione del Danno.

Soggetti attuatori

- Dipartimenti
- Ser.D
- Rete dei Servizi Privati Accreditati

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Enti del Terzo Settore (ETS) direttamente o indirettamente implicati negli interventi nell'area delle Dipendenze comportamentali
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli ETS
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema della RdD/LdR

Risultati attesi

- Individuazione delle principali barriere di accesso per le persone con Dipendenze comportamentali
- Sviluppo di Indicazioni Operative per facilitare l'accesso
- Sviluppo di accordi e Protocolli Operativi per l'integrazione tra Servizi Pubblici e Privati
- Monitoraggio dei fenomeni legati alle Dipendenze comportamentali sui territori e scambio di informazioni fra i soggetti coinvolti nelle reti territoriali

Indicatori di risultato

- Numero di Servizi che adottano le indicazioni operative per facilitare l'accesso
- Numero di reti territoriali istituite per ogni Regione e Provincia Autonoma
- Numero di iniziative congiunte promosse dalle reti per ogni Regione e Provincia Autonoma

Le risorse

Regioni e Province Autonome
ASL
Enti Locali

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- La rete degli Osservatori
- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Sensibilizzazione, informazione e comunicazione
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi



22

De-stigmatizzazione

Titolo

Modificare lo stigma verso le Persone che Usano Droghe (PUD) attraverso una formazione specifica degli operatori sanitari, degli operatori sociali e delle Forze dell'Ordine e stimolare processi e metodologie di valutazione dello stigma nell'ambito dei Servizi dedicati Pubblici e Privati, per modificare la percezione delle PUD.

Descrizione sintetica

Lo stigma è un elemento ancora presente nell'ambito delle Dipendenze e coinvolge diverse categorie di *stakeholder*, dagli operatori a contatto con le PUD fino alle PUD stesse rispetto al loro rapporto con i servizi dedicati. L'esistenza dello stigma determina tanto una minore efficacia della presa in carico e degli interventi, quanto una minore accessibilità ai Servizi.

Il linguaggio costituisce un elemento di rilievo rispetto al modo in cui ci si appropria alla questione, in quanto il modo in cui vengono nominate persone o cose, spesso rivela anche un giudizio sottostante quel determinato termine. Si inseriscono, inoltre, ulteriori elementi che possono aumentare in tutti gli operatori che lavorano con le PUD la consapevolezza degli effetti dello stigma, a partire dalla dimensione neurobiologica e gli effetti psicologici e biochimici delle sostanze psicoattive; i determinanti sociali dello sviluppo di disturbi di *addiction*; gli aspetti sociali; la marginalità economica e relazionale; l'isolamento; le dimensioni fondamentali della casa, del lavoro, della storia familiare; gli aspetti relativi all'uso problematico correlati allo sviluppo traumatico e/o le altre possibili comorbidità; gli effetti della violenza sistemica e il concetto di barriera verso il trattamento e di vulnerabilità di gruppi specifici, ad esempio donne in gravidanza, migranti ecc.

Sul versante della percezione dei Servizi da parte delle PUD, specifiche analisi e ricerche di natura qualitativa possono consentire di individuare quegli elementi che al momento frenano o inibiscono l'accesso ai Servizi dedicati da parte di queste persone, restituendo ai Servizi stessi elementi in grado di incidere sulla propria capacità di *engagement* dell'utenza.

Lavorare sul tema dello stigma, che caratterizza il settore delle Dipendenze, sia sul fronte degli operatori (A139) sia su quello delle PUD (A138), rappresenta indubbiamente il punto di partenza per incidere, più in generale, su quei processi di stigmatizzazione presenti poi nella popolazione generale.

Il target

- Operatori del comparto sanitario, sociale, educativo, professionale ecc. sia Pubblici che del Privato Sociale
- Operatori delle Forze dell'Ordine
- Giovani e popolazione in genere

Obiettivo / Contiene le azioni:

A138, A139

Liberare dallo stigma i Servizi per le Dipendenze, sia dal punto di vista degli operatori che in essi vi operano sia da quello della percezione da parte delle PUD.

Funzioni e modalità operative

Processi di de-stigmatizzazione degli operatori dei Servizi

Sul versante dei processi di de-stigmatizzazione degli operatori nei confronti delle PUD, si auspica una formazione continua e specifica rivolta a ogni categoria di operatori che lavora con le PUD, capace di sensibilizzare gli operatori sociali, sanitari, educativi e della sicurezza in merito alle rappresentazioni relative all'uso di sostanze e al rischio di stigmatizzazione delle PUD. L'auspicio è quello di creare un percorso di riflessione, capace di mettere in dialogo i soggetti accreditati alla formazione negli ambiti sanitari e sociali con le PUD organizzate in soggetti rappresentativi, al fine di incidere sulle culture di aiuto dei Servizi preposti, in termini di apertura, partecipazione ed *empowerment*. Sembra necessario incentivare un tale circuito formativo attraverso il riconoscimento dei crediti ECM necessari per gli operatori sanitari e la valorizzazione delle PUD come soggetti portatori di competenze e facilitatori di processi di conoscenza e apprendimento per gli *helpers*. La riflessione sugli ambiti formativi non si esaurisce con gli operatori già attivi: può essere interessante programmare interventi di formazione e sensibilizzazione indirizzati a percorsi universitari specifici (Medicina, Scienze infermieristiche, Scienze dell'Educazione, Psicologia., Servizio Sociale...).

Sarà necessario, inoltre, collaborare con soggetti accreditati e che operano nell'ambito della formazione sociale e sanitaria al fine di inserire specifici percorsi formativi nel sistema ECM e anche all'interno del percorso di laurea degli operatori sociali e/o sanitari che si interfacciano con le PUD.

Allo stesso modo sarà necessario formare le PUD organizzate in soggetti collettivi formali e informali affinché abbiano gli strumenti per confrontarsi con i professionisti in modo sempre meno asimmetrico, per integrare la loro azione con soggetti accreditati che operano nel campo della formazione sociale e sanitaria, per costruire insieme moduli formativi che siano parte dei cataloghi regionali e abbiano accesso all'accREDITAMENTO ECM per i partecipanti.

Processi di de-stigmatizzazione della percezione dei Servizi da parte delle PUD

L'analisi e valutazione degli elementi di stigma relativi ai Servizi percepiti dalle PUD può avvenire attraverso strumenti di ricerca quantitativa (già presenti nella letteratura internazionale) e qualitativa. L'utilizzo di questi strumenti può coinvolgere, oltre all'utenza dei Servizi, anche destinatari potenziali – ad esempio i giovani – così da restituire elementi utili alla costruzione di strategie proattive di *engagement*.

Dopo aver elaborato i risultati, ogni Servizio potrebbe, attraverso un lavoro di *equipe* supervisionato, discutere i risultati ottenuti e modificare le proprie strategie relazionali, linguistiche e culturali per migliorare il modo in cui il Servizio si relaziona con le persone che lo utilizzano.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Regioni e Province Autonome
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Centri di formazione accreditati

Stakeholder

- Decisori politici
- PUD
- Università, Enti di ricerca
- Enti Terzo Settore
- Società Scientifiche
- Agenzie formative
- Reti locali e nazionali degli Enti del Terzo Settore
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle Dipendenze



Risultati attesi

- Elaborazione di raccomandazioni per l'adozione di moduli formativi finalizzati alla riduzione dello stigma
- Formazione agli operatori in ambito Dipendenze su stigma e linguaggi stigmatizzanti
- Maggiore comprensione delle barriere di accesso ai Servizi e dello stigma nella percezione delle PUD
- Elaborazione di raccomandazioni per l'utilizzo di approcci e metodologie standardizzati per la valutazione dello stigma

Indicatori di risultato

- Numero di Servizi che adottano le raccomandazioni per l'adozione di moduli formativi finalizzati alla riduzione dello stigma
- Numero di progetti di formazione attivati su stigma e linguaggi stigmatizzanti
- Numero di Operatori sociosanitari che partecipano ai corsi
- Numero di Servizi che adottano le raccomandazioni per l'utilizzo di approcci e metodologie standardizzati per la valutazione dello stigma.

Le risorse

Isorisorse

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale Dipendenze
- Informazione e comunicazione interna al settore delle Dipendenze
- La rete degli osservatori
- Partecipazioni a reti europee e internazionali
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Potenziamento della ricerca in ambito delle Dipendenze
- Prospettiva di genere; Minori; Migranti;
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Cooperazione internazionale
- Formazione e ricerca
- Popolazioni specifiche
- Monitoraggio e valutazione
- Sensibilizzazione, informazione e comunicazione

23

Operatore pari

Titolo

Promuovere la figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, con particolare attenzione ai giovani *under 25*, anche attraverso l'individuazione di un profilo di competenze.

Descrizione sintetica

È necessario individuare il profilo di competenze in grado di agire con una modalità di tipo orizzontale, soprattutto in relazione alle nuove forme di consumo (A143). Il *Peer support* rappresenta un modello operativo di interazione tra Persone che Usano Droghe (PUD) e Servizi di bassa soglia. I consumatori giovani, in particolare, hanno una modalità di avvicinamento e di uso delle sostanze diversi da quelli delle precedenti generazioni: la loro esperienza può essere utilizzata per comprendere meglio alcuni fenomeni.

L'integrazione delle Persone che Usano Droghe nei Servizi deve tenere conto dei diversi *setting* e delle specifiche competenze richieste, individuando quali possono essere utili, per quali Servizi e quale funzione possono svolgere le persone che verranno integrate (A127).

I Servizi hanno funzioni diverse, pertanto, in ciascuno di essi saranno necessarie competenze diverse: ad esempio, nei Servizi di trattamento saranno più utili determinate competenze mentre nei Servizi di Limitazione dei Rischi (LdR) e Riduzione del Danno (RdD) potrebbero servirne altre. Discorso ancora diverso per i Servizi dedicati esplicitamente alle persone che fanno uso di sostanze, ad esempio il *Drug Checking* e gli interventi di RdD nei grandi eventi o *rave* e più in generale nei luoghi in cui avviene il consumo (A141).

Il target

- Persone che Usano Droghe
- Persone che hanno terminato un percorso riabilitativo

Obiettivo / Contiene le azioni: A127, A141, A143

Individuare modalità, *setting* e profilo di competenze per il coinvolgimento dell'operatore pari nei percorsi di *recovery*.

Funzioni e modalità operative

L'operatore pari, o *peer support*, è una persona che vive o che ha vissuto attivamente il contesto del consumo e rappresenta il modello operativo più diretto di interazione tra PUD e Servizi di bassa soglia. Tale figura può assumere particolare rilevanza nei percorsi di *recovery*, negli interventi di RdD e LdR, come già avviene per esempio negli interventi di distribuzione del Naloxone.

Per ognuno dei diversi *setting* assistenziali occorre individuare profili di competenze e modalità di coinvolgimento delle PUD, che siano adeguati a rendere l'intervento tra pari maggiormente efficace e rispondente alla logica *peer support*. La figura dell'operatore pari dovrà ricevere una formazione preliminare o verificata prima di operare sul campo. In particolare su temi quali la relazione e la verifica della conoscenza e compatibilità di alcuni contenuti "scientifici" e organizzativo operativi.

A tal fine, si ritiene propedeutica una mappatura delle buone pratiche presenti a livello nazionale, in grado di mettere a sistema le migliori esperienze e procedure attive sui territori. Questa attività ricognitiva, insieme alla definizione dei *setting* e dei profili di competenze degli operatori pari, diventa funzionale alla costruzione di Linee di Indirizzo e di un *report-guida* per l'integrazione delle PUD nei servizi.



Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Terzo Settore (ETS)
- Comuni singoli o associati
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Agenzie formative
- Reti locali e nazionali degli ETS
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle Dipendenze

Risultati attesi

- Riconoscimento della figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, in particolare fra i giovani e nei contesti di RdD e LdR
- Individuazione e formalizzazione del profilo di competenze appropriate per la figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta, con particolare attenzione alle PUD giovani
- Elaborazione ed adozione di un *Report*-guida per l'integrazione delle PUD nei servizi

Indicatori di risultato

- Numero di Regioni e Province Autonome che hanno riconosciuto formalmente la figura del *peer support*
- Adozione di *Report*-guida per l'integrazione nei Servizi delle Persone che Usano Droghe da parte delle ASL
- Numero di servizi che si avvalgono delle indicazioni condivise per individuare operatore pari/operatore con esperienza diretta
- Numero di interventi/progetti per ogni Regione e Provincia Autonoma che si avvalgono della figura dell'operatore pari/operatore con esperienza diretta

Le risorse

Isorisorse

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
- Informazione e comunicazione interna alle Dipendenze
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani Attuativi territoriali

24

Partecipazione attiva delle Persone che Usano Droghe

Titolo

Elaborare raccomandazioni operative per l'integrazione delle Persone che Usano Droghe (PUD) attraverso le loro forme associative ai diversi livelli del sistema di *governance* regionale e territoriale (programmazione regionale, co-programmazione e co-progettazione dipartimentale e territoriale, organizzazione e coinvolgimento nella definizione dei servizi territoriali di Riduzione del Danno/Limitazione dei Rischi).

Descrizione sintetica

Il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti dei Servizi e in particolare delle Persone che Usano Droghe (PUD) è considerata una delle principali sfide future. La partecipazione alla realizzazione dei programmi annuali dei Dipartimenti, l'inserimento di associazioni di rappresentanza nei Tavoli di concertazione dipartimentali nonché nei processi di co-programmazione e co-progettazione rappresenta un elemento di forza (A141). È dunque indispensabile potenziare il coinvolgimento delle PUD nei Servizi di Riduzione del Danno (RdD)/Limitazione dei Rischi (LdR), oltre che renderle parte attiva sia nei servizi di prossimità sia nei processi di continuità terapeutica.

Ne discende la necessità di sviluppare modalità efficaci per garantire e favorire ai diversi livelli (nazionali, regionali e territoriali) i processi partecipativi delle PUD in grado di rendere pubblici i risultati raggiunti, argomentando in piena trasparenza le scelte di accoglimento o non accoglimento delle proposte emerse, favorendo il processo decisionale e riconoscendo il valore aggiunto che deriva dalla partecipazione (A140).

Il target

- Persone che Usano Droghe (PUD) e le loro associazioni
- Associazioni di persone che sono uscite dalla dipendenza (ex)
- Associazioni dei familiari

Obiettivo / Contiene le azioni: A140, A141

L'obiettivo è quello di assicurare la piena partecipazione delle PUD nei diversi processi di programmazione e progettazione sviluppando un approccio simmetrico a due vie, finalizzato a prendere decisioni condivise tra l'amministrazione e gli *stakeholder* individuati ed invitati a partecipare al processo decisionale pubblico.

Funzioni e modalità operative

Strutturare percorsi di partecipazione e di coinvolgimento di tutti gli attori per la definizione di raccomandazioni che potranno essere poi tradotte, nei diversi territori, rispondendo alle diverse esigenze e ai bisogni.

Tale strutturazione dovrà prestare particolare attenzione alle modalità attraverso cui garantire la massima partecipazione ai processi e la loro trasparenza e all'elaborazione dei documenti da parte di tutti i soggetti.

Questo approccio si basa sul riconoscimento di un ruolo di grande importanza agli *stakeholder* e presuppone che questi ultimi siano attivi, dinamici e consapevoli e che vengano motivati alla partecipazione al dialogo e alla proposizione di nuove idee e soluzioni.

Il rapporto di collaborazione/partecipazione punta ad essere continuativo e duraturo nel tempo e, nella sua massima espressione, mira a consentire a tutti i soggetti coinvolti di prendere l'iniziativa e di contribuire alla determinazione dei documenti segnalando le questioni che essi ritengono più importanti.



Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- Comuni singoli o associati
- ASL

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Privati
- Scuole
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Enti del Terzo Settore
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle Dipendenze

Risultati attesi

Elaborazione di Raccomandazioni specifiche per:

- il coinvolgimento delle forme associative delle PUD nella programmazione regionale e nella programmazione territoriale (es. Piani di Zona)
- il coinvolgimento delle forme associative delle PUD nei percorsi di co-programmazione e co-progettazione per la definizione dei servizi/progetti di Riduzione del Danno/ Limitazione dei Rischi.

Indicatori di risultato

- Adozione da parte di Regioni e Province Autonome delle raccomandazioni
- Numero di Piani Regionali e territoriali che adottano le raccomandazioni operative
- Numero di processi di co-programmazione e co-progettazione in cui sono inserite associazioni di rappresentanza delle PUD come soggetti portatori di interessi specifici

Le risorse

Isorisorse

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale Dipendenze
- Informazione e comunicazione interna alle Dipendenze
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale.

25

Misure alternative alla detenzione

Titolo

Sviluppare Linee di Indirizzo per l'aggiornamento del protocollo di applicazione dell'Art.94 del DPR 309/90 e l'implementazione delle misure alternative.

Descrizione sintetica

Per quanto strumenti essenziali, le misure alternative necessitano ancora di un processo di definizione della loro applicabilità e messa in atto (A114; A105), nonché di una qualificazione degli interventi con l'obiettivo di abbattere il tasso di recidiva sia criminale sia tossicomana. A tal fine risulta essenziale la creazione di un linguaggio comune e di un Tavolo di confronto tra operatori sanitari e della giustizia (A104). Inoltre, diviene essenziale definire Linee di Indirizzo chiare per una standardizzazione dell'attuazione delle misure alternative anche in termini di valutazione delle stesse, sviluppando apposite modalità e metodologie (A105; A116; A109).

Il target

- Personale dell'Amministrazione Penitenziaria
- Personale dei Servizi Pubblici e del Privato accreditato e degli Enti Terzo Settore – volontariato direttamente implicati nell'implementazione delle misure alternative
- Magistrati
- Detenuti e familiari delle persone detenute

Obiettivo / Contiene le azioni: A104, A105, A109, A114, A116

Aggiornare il Protocollo per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute tossico/alcoldipendenti e sviluppare Linee di Indirizzo sia per l'interpretazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative sia per la valutazione del Percorso Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in carcere e in misura alternativa; a tale scopo creare tavoli permanenti fra operatori sanitari e operatori della giustizia.

Funzioni e modalità operative

L'estrema variabilità delle metodiche e delle prassi operative dei Servizi per le Dipendenze, porta, a parità di situazione soggettiva del richiedente, al variare dell'esito giudiziale di concessione della misura alternativa, a interpretazione del Servizio e del Magistrato di Sorveglianza competenti. Occorre pertanto individuare canoni procedurali appropriati e standardizzati, così da ridurre drasticamente le disparità di valutazione. Inoltre, è necessario che le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate producano documenti metodologicamente omogenei, e che la Magistratura di Sorveglianza si avvalga dei Servizi specialistici pubblici per acquisire le necessarie delucidazioni, anche al fine di migliorare le modalità esecutive della misura alternativa concessa.

In particolare, occorre concordare aggiornamenti procedurali nelle seguenti aree:

- a. modalità multidisciplinare, e non solo tossicologica, di certificazione dello stato di tossico/alcoldipendenza;
- b. verifica dell'attualità della dipendenza in forma multidisciplinare e non solo tossicologica;
- c. valutazione del presupposto della "non strumentalità" della richiesta da parte della persona detenuta/paziente;



- d. formulazione del programma terapeutico (ambulatoriale, diurno, residenziale);
- e. monitoraggio dell'attuazione del programma terapeutico;
- f. consegna di certificazione/attestazione di tutte le terapie farmacologiche seguite in carcere come previsto dalla Circolare dell'11 giugno 2002 n.1907 (Direzione Generale Detenuti e Trattamento), e consegna del Naloxone per ridurre il rischio di episodi di *overdose* in dimissione per le persone detenute dipendenti da oppiacei;
- g. sviluppo di una terminologia condivisa per eliminare la discrasia tra ambito sanitario e ambito giuridico

Di conseguenza risulta necessaria la definizione di Linee di Indirizzo, di interpretazione e applicazione chiare e condivise allo scopo di:

- dare una maggiore qualificazione delle misure alternative, soprattutto in ambito socioassistenziale (casa e lavoro in primis), anche allo scopo di abbattere il tasso di recidiva, sia tossicomana sia criminale, e al fine di rendere più efficaci le risposte alla tossicodipendenza e alla criminalità con una presa in carico non solo sanitaria ma psico-socio-educativa;
- stabilire modalità e metodologie standardizzate per effettuare la valutazione del percorso terapeutico, intracarcerario o in misura alternativa, e che individuino altresì i soggetti preposti a tale valutazione. Una valutazione positiva è inoltre condizione necessaria a garantire l'auspicata concessione di un permesso di soggiorno in prova, di durata triennale e da valutare in itinere, ai migranti come misura da erogare a fine pena per consentire l'opportunità di reinserimento lavorativo e reintegrazione sociale a seguito del percorso riabilitativo condotto in carcere.

Al fine di valutare la prosecuzione degli interventi terapeutici posti in essere per le persone detenute tossicodipendenti, è necessario istituire incontri periodici di confronto tra gli operatori sanitari e delle strutture carcerarie, a base almeno mensile, calibrando l'intervento a seconda della situazione e del contesto vigente. Sebbene questa azione si leghi al tema della formazione e creazione di un linguaggio comune tra mondo della Salute e mondo della Giustizia, viene ribadita la necessità di programmare momenti di confronto separati dalla formazione. Oltre a questi incontri, specifici e locali, è necessaria la calendarizzazione di un incontro periodico nazionale, a base annuale, che possa configurarsi come un momento di confronto formalizzato tra tutti gli operatori, anche nella prospettiva della ricomposizione della consulta nazionale degli operatori.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Ministero della Giustizia anche nelle sue articolazioni locali (Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), operatori e dirigenti delle strutture carcerarie)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- ASL

Stakeholder

- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Ministero dell'Interno
- Magistratura di Sorveglianza e dei Tribunali (GIP)
- Garante per i diritti delle persone detenute
- Magistrati
- Forze dell'Ordine
- Comuni singoli o associati
- Operatori Sanitari e operatori sociali pubblici e del Privato Sociale Accreditato
- Associazioni delle Persone che Usano Droghe
- Enti del Terzo Settore direttamente o indirettamente coinvolti nei percorsi di progetti che prevedono l'applicazione di misure alternative
- Università ed Enti di Ricerca
- Società Scientifiche
- Avvocati

Risultati attesi

- Linee di Indirizzo per l'applicazione delle norme relative al percorso di concessione delle misure alternative
- Incremento dell'accesso alle misure alternative
- Attenuazione del tasso di recidiva
- Attenuazione del sovraffollamento carcerario
- Sviluppo di un protocollo di standardizzazione procedurale per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute tossico/alcoldipendenti
- Sviluppo di Linee di Indirizzo nazionali per la valutazione del Percorso Terapeutico Riabilitativo Individualizzato effettuato nel contesto carcerario o in misura alternativa
- Sviluppo di Tavoli locali di confronto fra operatori sanitari e della giustizia
- Incremento dell'efficacia nelle comunicazioni sugli interventi

Indicatori di risultato

- Numero Magistrate di Sorveglianza che recepiscono le Linee di Indirizzo
- Numero di Magistrate di Sorveglianza che applicano il protocollo standardizzato
- Numero di misure alternative concesse
- Numero di recidive
- Numero di misure alternative revocate
- Numero di Servizi che recepiscono le Linee di Indirizzo per la valutazione del Percorso Terapeutico Riabilitativo individualizzato
- Numero di valutazioni prodotte

Le risorse

Utilizzo del budget dell'Amministrazione Penitenziaria
Risorse del Servizio Sanitario Nazionale
Risorse Enti Locali, Comuni, Città Metropolitane
Cassa Ammende
Utilizzo del *Budget* di Salute

Tempi

24 mesi
12 mesi per l'istituzione Tavoli di confronto
Tempi di vigenza del Piano



26

Istituti a Custodia Attenuata per il trattamento delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze

Titolo

Rilanciare e potenziare gli Istituti di Custodia Attenuata nella loro funzione riabilitativa.

Descrizione sintetica

Sussiste la necessità di dare piena attuazione agli Istituti di Custodia Attenuata (ICATT) e alle Sezioni a custodia attenuata (SeATT), sia ristabilendo la loro funzione originaria, finalizzata alla facilitazione delle condizioni necessarie alla piena realizzazione di un Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), sia nella definizione dell'accesso alla misura (A120). In particolare, è necessario prevedere l'istituzione di ulteriori ICATT femminili (A121) e la figura dell'Agente di Rete con funzione di collegamento tra ICATT e territorio (A122).

Il target

- Persone detenute
- Persone detenute tossicodipendenti
- Familiari delle persone detenute tossicodipendenti

Obiettivo / Contiene le azioni:

A120, A121, A122

Dare piena attuazione agli Istituti e alle Sezioni a custodia attenuata e inserirli all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali, potenziando l'istituzione degli ICATT, attivando SeATT femminili e istituendo la figura dell'Agente di Rete.

Funzioni e modalità operative

Si rende necessario prevedere la piena attuazione degli Istituti di custodia attenuata (ICATT) e delle Sezioni a custodia attenuata (SeATT) all'interno degli Istituti di pena su tutto il territorio nazionale, come disposto dal dettato legislativo del DPR 309/90. A tal fine occorre ripristinare la loro funzione originaria, finalizzata alla facilitazione delle condizioni per la realizzazione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato delle persone tossicodipendenti, in stretto collegamento con il territorio in cui è collocata la struttura. In tal senso negli Istituti e nelle Sezioni a custodia attenuata la vita interna deve essere il più possibile improntata a un modello comunitario, tali sezioni devono essere aperte al territorio circostante e i percorsi a custodia attenuata strutturati all'interno della rete delle iniziative e degli interventi territoriali.

Sussiste inoltre la necessità di revisione dei regolamenti che escludono dall'accesso agli ICATT le persone con comorbidità tossico-psichiatrica non grave, essendo la conclusione dei trattamenti con oppioidi un requisito di accesso. La permanenza in queste aree dovrebbe comunque essere propedeutica alle misure alternative, come l'affidamento in prova "terapeutico", disciplinato dall'Art. 94 DPR 309/90, e la detenzione domiciliare speciale, ex Art. 47-quinquies legge sull'ordinamento penitenziario.

In particolare, ad oggi in Italia esiste un solo Istituto completamente femminile, mentre è solitamente più probabile la creazione di sezioni femminili negli istituti (in generale la popolazione detenuta femminile è circa il 6% del totale della popolazione detenuta). Nel rispetto della territorialità, dovrebbero essere previsti più ICATT esclusivamente femminili (e non sezioni o settori di istituti maschili) comprensivi di aree indicate per le donne detenute con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS).

Infine, l'Agente di Rete si configura come una figura fondamentale nella transizione tra Istituto penitenziario e territorio, in particolare nel mantenimento della continuità del trattamento. Il suo ruolo è infatti quello di creare ponti per la persona detenuta con tutto il territorio, favorendone il reinserimento sociale. Questa professionalità non limita il proprio intervento alle dipendenze, ma si apre al concetto di salute e, in tale accezione, può assumere anche un ruolo di promotore della salute in carcere. L'Agente di Rete è particolarmente importante nei momenti più critici, ovvero l'ingresso e l'uscita dal carcere: all'ingresso l'Agente instaura un rapporto con familiari e avvocati della persona detenuta, mentre all'uscita può fare da raccordo con i dormitori e con le risorse territoriali.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Ministero della Giustizia anche nelle sue articolazioni locali (Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), operatori e dirigenti delle strutture carcerarie)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- ASL

Stakeholder

- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Ministero dell'Interno
- Magistratura di Sorveglianza e dei Tribunali (GIP)
- Garante dei diritti delle persone detenute
- Magistrati
- Forze dell'Ordine
- Comuni singoli o associati
- Operatori Sanitari e operatori sociali pubblici e del Privato Sociale Accreditato
- Associazioni delle Persone che Usano Droghe
- Enti del Terzo Settore (ETS) direttamente o indirettamente coinvolti nei percorsi di progetti che prevedono l'applicazione di misure alternative
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Avvocati

Risultati attesi

- Piena attuazione degli ICATT e delle Sezioni a custodia Attenuata (SeATT) all'interno degli Istituti di pena su tutto il territorio nazionale
- Istituzione di ICATT femminili su tutto il territorio nazionale
- Istituzione della figura dell'Agente di rete come professionalità riconosciuta, extra-ministeriale

Indicatori di risultato

- Numero di ICATT e di sezioni a custodia attenuata all'interno degli Istituti di pena attivati sul territorio nazionale
- Numero di ICATT femminili attivati sul territorio nazionale
- Numero di persone per le quali viene predisposta la custodia attenuata
- Numero di Agenti di Rete sul territorio nazionale



Le risorse

Fondi Regionali (Programma Operativo Regionale)
Fondi Ministeriali (Programma Operativo Nazionale)
Risorse utilizzabili per investimenti
Fondi relativi all'Art. 96 del DPR 309/90

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Potenziamento della ricerca in ambito delle Dipendenze
- Formazione e ricerca
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali
- Flussi informativi
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- La rete degli Osservatori
- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Prospettiva di genere
- Minori
- Migranti
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi
- Valorizzazione delle esperienze europee
- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze

27

Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e continuità carcere-territorio

Titolo

Implementazione di metodiche e strumenti relativi al Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, inclusi protocolli di valutazione medico-farmacologica in funzione della continuità terapeutica carcere-territorio.

Descrizione sintetica

Per rendere maggiormente efficace il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI) occorre condividere i suoi obiettivi non solo con il paziente ma con l'intera rete di operatori coinvolti nella sua implementazione, a cominciare dai Servizi specifici per le Dipendenze, la salute mentale (A112, A110, A113) e includendo il coinvolgimento delle Persone che Usano Droghe (PUD) in linea con l'approccio del Budget di Salute (A142), potenziando lo stanziamento delle risorse finalizzate alla *recovery* (A119) e istituendo protocolli di valutazione medico farmacologica precoce (A125). Occorre inoltre attribuire a ogni progetto un Budget di Salute (BdS) in grado di sancire e garantire le risorse economiche e professionali idonee alla realizzazione del PTRI (A107, A115) inserendo nel PTRI anche le proposte di giustizia riparativa (A108). Il percorso avviato con il PTRI deve inoltre poter proseguire in continuità al momento della dimissione dal carcere, anche tramite la figura del *Case-Manager* individuato dai Servizi territoriali di competenza (A117). Infine, per garantire il corretto passaggio di informazioni tra Servizi, è necessario implementare una cartella informatizzata unica o almeno interoperabile che risulti funzionale al superamento delle differenze territoriali presenti sul territorio nazionale (A106).

Il target

- Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sia dei Servizi per la salute mentale sia dei Servizi per le Dipendenze, che di altre strutture pubbliche che lavorano in ambito penitenziario
- Medicina penitenziaria
- Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno
- Operatori Sociosanitari dei Comuni singoli o associati e operatori degli Enti del Terzo Settore (ETS)
- Persone detenute
- Persone detenute tossicodipendenti
- Familiari delle persone detenute tossicodipendenti

Obiettivo / Contiene le azioni:

A106, A107, A108, A110, A112, A113, A115, A117, A119, A125, A142

Strutturare un modello/strumento operativo finalizzato a condividere gli obiettivi del PTRI tra Istituzioni e operatori, che implichi nello specifico l'adozione dello strumento del Budget di Salute (BdS), l'adozione di protocolli di valutazione multidisciplinari e che preveda percorsi operativi strutturati che assicurino la continuità carcere-territorio mediante la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica e sostenuti dall'implementazione di una cartella informatizzata unificata o almeno interoperabile.



Funzioni e modalità operative

Gli obiettivi del PTRI, concordati con la persona e con altri soggetti significativi, devono trovare declinazione di tempi, modalità e *setting* dell'intervento complessivo, nonché monitoraggio del percorso e indicatori di efficacia, nella condivisione fattiva tra istituzioni, operatori coinvolti e pazienti.

Tale processo si articola conseguentemente secondo le seguenti modalità operative:

- per qualificare il PTRI si attribuisca a ogni PTRI un Budget di Salute (BdS) in grado di sancire e garantire le risorse economiche e professionali idonee alla sua realizzazione; il BdS è individuato come strumento funzionale a rendere sostenibile la realizzazione dei PTRI, anche ponendo un argine alle disuguaglianze territoriali esistenti. Il BdS è già parte di diversi atti regionali e oggetto di una proposta di legge (Proposta di Legge di iniziativa parlamentare D'Arrando n.1752 9 aprile 2019 "Introduzione sperimentale del metodo del Budget di Salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" del 2019), che lo introduce come metodo di lavoro nel campo dei servizi alla persona e si lega a progetti terapeutico-riabilitativi costruiti a livello territoriale anche in un contesto di co-programmazione e co-progettazione, cui destinare almeno il 10% delle risorse dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sociosanitari. L'applicazione in ambito carcerario del BdS è necessaria per rendere operativi i PTRI, trattandosi di uno "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale".
- Si adotti un modello di presa in carico integrata e multidimensionale della persona con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) in regime detentivo, tenendo conto della necessità di una precoce valutazione medico-farmacologica-psicologica per disporre eventuali interventi sanitari d'urgenza e favorire lo *screening* per patologie infettive o correlate al DUS. Si evidenzia la necessità di garantire la specificità dell'intervento sanitario e di dedicare particolare attenzione da un lato alle patologie infettive e dall'altro alle patologie psichiatriche correlate.
- In tal senso si rende anche necessaria una valutazione psicologica e un'approfondita indagine sociale della persona e del suo contesto e una valutazione psichiatrica o di altra specialità utile allo scopo. In particolare, alla luce del fatto che negli Istituti penitenziari molti pazienti in carico per DUS presentano anche sintomatologie o disturbi che coinvolgono i servizi della salute mentale e sono carenti risorse dedicate per assicurare le necessarie dotazioni organiche dei servizi, si sviluppi un programma congiunto nel quale trovino attuazione differenti protocolli applicativi.
- Iniziare il percorso di inserimento lavorativo e professionalizzazione già durante la pena, favorendo, una volta usciti, il processo di reinserimento, anche ampliando la disponibilità abitativa e sviluppando percorsi di inserimento lavorativo. Risorse specifiche vanno utilizzate per prevedere degli accordi con imprenditori del territorio per la defiscalizzazione volta all'assunzione di ex-detenuti. Per quanto riguarda lo stanziamento di risorse è prevista già la stipula di un Protocollo d'Intesa per creare gruppi di lavoro integrati (Aziende Asl, Istituti penitenziari) secondo quanto previsto in accordo tra Stato e Regione all'interno della Conferenza.
- Al fine di limitare drasticamente l'occorrenza di patologie infettive nella popolazione detenuta, si rende necessario, su tutta la popolazione *target*, lo *screening* per HCV mediante prelievo ematochimico o, in alternativa, *test* salivare nei casi in cui per motivazioni culturali, religiose o psicologiche la persona detenuta rifiuti il prelievo. Allo stato attuale, lo *screening* HCV viene supportato dal decreto attuativo dello «Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV» del Ministero della Salute.
- In relazione alle infezioni da epatite B (HBV) si dispone la messa a sistema di una vaccinazione rapida in ambito detentivo. La vaccinazione anti Epatite Virale tipo B (HBV) viene effettuata secondo la seguente scheda: 1° dose al T0, 2° dose dopo un mese e 3° dose dopo sei mesi. La permanenza media di detenzione, soprattutto nelle Case Circondariali, può inficiare il completamento del ciclo vaccinale, pertanto si rende necessario utilizzare una modalità accelerata che preveda la somministrazione di: 1° dose al T0; 2° dose dopo una settimana; 3° dose dopo 3 settimane dalla 1° dose; un richiamo dopo dodici mesi dalla 1° dose. Nel caso di liberazione molto precoce a vaccinazione non completata il paziente dovrà essere indirizzato ai servizi di vaccinazione territoriale.

- Si ipotizzi una correlazione tra l'istituto della messa alla prova e le fattispecie delittuose contenute nell'Art. 73 per le fattispecie delittuose di minore gravità, al fine di consentire l'applicazione del paradigma riparativo, prevedendo la possibilità per i soggetti con problemi di dipendenza di frequentare un progetto socioriabilitativo, con contenuti adeguati, quale forma di riparazione del sé e della relazione con la società che ne trae beneficio. Il paradigma riparativo richiede la volontarietà e la spontaneità della richiesta da parte del reo, per cui è possibile costruire un momento in cui l'imputato si sente incoraggiato alla scelta riparativa e inclusiva, dando spazio al comma 5 bis dell'Art. 73 del DPR 309/90. È necessario definire con estrema chiarezza i criteri che qualificano questa specifica area (consensualità, riconoscimento della vittima, partecipazione attiva ecc.). A tal fine occorre prevedere una formazione preliminare degli operatori coinvolti e un'informazione pubblica adeguata. Contestualmente si deve prevedere un accompagnamento educativo, mediante *counseling*, finalizzato al superamento delle "inaudite emozioni" (paure) che si pongono come ostacolo al reinserimento sociale. Per rispondere ai temi della giustizia riparativa, si auspica a latere un'importante revisione dell'aspetto sanzionatorio del DPR 309/90.

Inoltre, le differenze che sussistono a livello regionale rendono necessario:

- Lo sviluppo di un processo strutturato per l'individuazione di risorse, procedure, protocolli, affinché i territori possano accogliere e implementare i percorsi riabilitativi. Il processo deve essere implementato attraverso la costituzione di un Tavolo *multistakeholder* con la finalità di sviluppare specifiche Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica e la garanzia di una presenza costante e continuativa dei servizi intramurari, nonché una cooperazione con il Ser.D territoriale di riferimento, in un'ottica di integrazione e complementarietà volta a far fronte alle peculiarità territoriali.
- Occorre rivisitare l'attuale approccio attraverso l'adozione di protocolli e interventi condivisi tra Regioni e Province Autonome, ASL, Dipartimenti Salute Mentale (DSM), e Ser.D per assicurare in maniera omogenea sul territorio nazionale la continuità nell'assistenza. La continuità della cura tra carcere e comunità deve essere garantita sia in entrata sia in uscita. È quindi utile considerare la necessità di una presa in carico al momento dell'entrata che permetta la strutturazione del progetto in itinere e che, conseguentemente, accompagni il detenuto nel momento della dimissione, garantendo *de facto* la continuità dell'intervento. Tra il presidio di medicina penitenziaria, il Servizio Dipendenze e gli Istituti penitenziari dovranno essere stipulati specifici protocolli atti ad assicurare il raccordo con i servizi territoriali presso i quali il detenuto sia stato preso in carico o presso i quali indirizzarlo in previsione della dimissione, in modo da garantire una dimissione protetta.
- L'assenza di una cartella sanitaria digitalizzata unificata in tutte le Regioni e Province Autonome costituisce una delle maggiori criticità nell'accesso alle cure, nell'assicurare la continuità terapeutica, nell'ammissibilità al programma terapeutico degli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (ICATT), nonché nella programmazione stessa, che se deve essere integrata, ha necessità di avvalersi di strumenti adeguati, a partire dalla cartella clinica informatizzata. La cartella deve essere unificata o quanto meno le cartelle devono essere interoperabili tra loro.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Ministero della Giustizia anche nelle sue articolazioni locali (Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (PRAP), operatori e dirigenti delle strutture carcerarie)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore con implicazioni dirette nelle azioni previste dal PTRI



Stakeholder

- Ministero dell'Interno
- Ministero del Lavoro
- Ministero dell'Istruzione
- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Magistratura di Sorveglianza e dei Tribunali (GIP)
- Magistrati
- Garante per i diritti delle persone detenute
- Forze dell'Ordine
- Associazioni delle Persone che Usano Droghe
- Enti del Terzo Settore
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Avvocati
- Associazioni di categoria e Organizzazioni Sindacali

Risultati attesi

- Creazione di un modello/strumento operativo per la rilevazione dei fabbisogni regionali
- Individuazione degli strumenti sociali ed educativi comuni a tutte le realtà territoriali
- Sviluppo di un Protocollo Operativo per la continuità terapeutica carcere-territorio
- Sviluppo di indicazioni condivise per la gestione dei sistemi autorizzativi
- Applicazione del BdS alla programmazione dei PTRI in ambito carcerario
- Sviluppo di un Protocollo di presa in carico integrata e multidimensionale
- Accordi con gli imprenditori del territorio; incremento di percorsi di inserimento lavorativo attivati
- *Screening* per HCV e HIV gratuito a tappeto su tutta la popolazione carceraria
- Diminuzione della prevalenza di HCV e HIV nella popolazione carceraria
- Ciclo vaccinale anti-HBV completo su tutte le persone non vaccinate detenute
- Sviluppo di Protocolli Operativi per la continuità dell'assistenza all'uscita dal carcere condivisi tra Regioni e Province Autonome, ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, Enti Locali, per assicurare la continuità
- Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica dei servizi intramurari
- Aumento della dotazione organica dei servizi intramurari
- Aumento dei tempi di presenza dei servizi intramurari
- Individuazione delle informazioni comuni necessarie per la cartella informatizzata unificata
- Approvazione della cartella informatizzata unificata da parte del Garante per i diritti delle persone detenute e del Garante per la Privacy
- Implementazione di una cartella informatizzata unificata e/o interoperabile

Indicatori di risultato

- Numero di Enti Locali e Servizi territoriali che recepiscono il modello operativo
- Numero di PTRI per persone detenute tossicodipendenti con attribuzione del BdS
- Numero di protocolli di presa in carico integrata e multidimensionale attivati a livello nazionale
- Numero di accordi con gli imprenditori del territorio
- Numero di percorsi di inserimento lavorativo attivati
- Numero di residenze abitative
- Numero di permessi di soggiorno in prova concessi ai migranti con valutazione positiva
- Numero di *test di screening* per HCV e HIV effettuati a livello nazionale sulla popolazione carceraria
- Numero di Istituti carcerari che effettuano lo *screening* per HCV e HIV
- Prevalenza di HCV e HIV negli Istituti detentivi a livello nazionale
- Numero di persone detenute sottoposte a vaccinazione anti-HBV a livello nazionale
- Numero di persone detenute sottoposte a vaccinazione anti-HBV a livello di Istituto/Casa Circondariale
- Prevalenza di HBV negli Istituti detentivi a livello nazionale
- Numero di accordi stipulati per assicurare la continuità nell'assistenza alla dimissione dal carcere
- Numero di operatori dei servizi intramurari
- Numero di giorni di attività dei servizi intramurari
- Individuazione delle informazioni comuni necessarie per la cartella informatizzata unificata
- Approvazione della cartella informatizzata unificata da parte del Garante per i diritti delle persone detenute e del Garante per la Privacy
- Implementazione di una cartella informatizzata unificata

Le risorse

Area degli inserimenti lavorativi

Cassa Ammende

Fondi sociali

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali

Ministero della Giustizia

Ministero della Salute

Fse+ 2021-2027; Programma Operativo Nazionale; Programma Operativo Regionale

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR (Missione 5 C 1, Programma GOL)

Risorse sulla digitalizzazione

Regioni e Province Autonome (Sistema Sanitario Nazionale)

Livelli Essenziali di Assistenza

Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR): progetto Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori (GOL)

Patto per il lavoro (RdC)

Tempi

24 mesi per l'implementazione del BdS

36 mesi per la strutturazione della cartella informatizzata unificata

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
- Flussi informativi
- Formazione e ricerca
- Informazione e comunicazione
- Migranti
- Minori
- Partecipazioni a reti europee e internazionali anche di cooperazione
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Prospettiva di genere
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi



28

Riduzione del Danno in ambito detentivo

Titolo

Attuare strategie di Riduzione del Danno in ambito carcerario

Descrizione sintetica

Le azioni si focalizzano in modo particolare sul concetto di salute e la sua applicazione in ambito carcerario. Il principio di equivalenza delle cure ribadito dal DCPM del 12.01.1, mette in luce la necessità di implementare anche in carcere delle misure di Riduzione del Danno (RdD), il cui inserimento come misura sanitaria all'interno dell'istituzione si rende urgente (A123). Questo impone la necessità della creazione di Linee Guida per la redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) così come per la realizzazione degli interventi di RdD, in particolare in relazione alla somministrazione dei farmaci agonisti (A124, A126). Oltre a ciò, a livello attuativo, per garantire la salute delle persone in stato di detenzione è necessario prevedere la distribuzione di materiale sanitario e *condom* e provvedere alla formazione degli operatori, sia sanitari sia penitenziari, per la gestione del rischio (A111).

Il target

- Persone detenute
- Persone detenute tossicodipendenti
- Medicina penitenziaria
- Operatori e dirigenti delle aziende sanitarie
- Operatori e dirigenti delle strutture carcerarie

Obiettivo / Contiene le azioni: A111, A123, A124, A126

Definire Linee di Indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e per il controllo del misuso e della diversione, che garantiscano la distribuzione di materiale sterile e preservativi e il trattamento con farmaci agonisti all'interno delle strutture carcerarie, includendo azioni di RdD nei regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle ASL.

Funzioni e modalità operative

Le istanze securitarie confliggono con le esigenze della prevenzione e della cura per timore della diversione dei presidi sanitari e dei farmaci somministrati e distribuiti. Dal momento che il trattamento con farmaci agonisti a mantenimento non rappresenta un intervento di RdD, bensì di cura, rispetto al quale si rilevano ancora significative criticità in molti Istituti di pena (accessi, durata, dosaggi), si rende necessaria la definizione di specifiche Linee di Indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e del controllo del misuso e della diversione.

Il DCPM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" di cui Art., 1 comma 7 del D.L. 30.12.92 n.502, disciplina esplicitamente con l'Art.28 le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura alle persone con dipendenze patologiche "ivi comprese le persone incluse e internate [...] attraverso la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato" inclusi "gli interventi di Riduzione del Danno".

Il principio di equivalenza delle cure, che assicura interventi di pari livello tra popolazione carceraria e comunità territoriale, ribadito dal DCPM del 12.01.17, costituisce un diritto della persona detenuta. Per tale motivo la mancanza di interventi di prevenzione dei rischi sanitari (trasmissione di HIV, epatiti ecc.) e di RdD all'interno del carcere risulta lesiva dell'affermato principio di equivalenza delle cure carcere-territorio.

Pertanto, oltre all'auspicata modifica normativa all'Art. 11 dell'Ordinamento penitenziario che inserisca le azioni di RdD come atto di natura sanitaria a tutela del diritto di salute, occorre includere tali azioni nei Regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle Aziende Sanitarie Locali, come sviluppo di Linee Guida e PDTA.

Contestualmente occorre prevedere la strutturazione e l'avvio di corsi di formazione per la gestione del rischio sanitario per gli operatori sociosanitari e della sicurezza ([A111](#)).

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Ministero della Giustizia anche nelle sue articolazioni locali (Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria, operatori e dirigenti delle strutture carcerarie)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- ASL

Stakeholder

- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Ministero dell'Interno
- Magistratura di Sorveglianza e dei Tribunali (GIP)
- Garante per i diritti delle persone detenute
- Magistrati
- Forze dell'Ordine
- Comuni singoli o associati
- Operatori Sanitari Operatori Sociali Pubblici e del Privato Sociale Accreditato
- Associazioni delle Persone che Usano Droghe
- Enti del Terzo Settore (ETS) direttamente o indirettamente coinvolti nei percorsi di progetti che prevedono l'applicazione di misure alternative
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Avvocati



Risultati attesi

- Sviluppo di Linee di Indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e per il controllo del misuso e della diversione in ambito carcerario
- Adeguamento dell'Ordinamento penitenziario e modifica dell'Art. 11
- Attivazione di pratiche sperimentali di RdD all'interno degli Istituti di reclusione come da esperienze europee
- Inserimento delle azioni di RdD nei Regolamenti di Istituto e nella Carta dei servizi e degli interventi sanitari delle Aziende Sanitarie Locali
- Corsi di formazione per la gestione del rischio sanitario per gli operatori socio-sanitari e della sicurezza

Indicatori di risultato

- Formulazione di Linee di Indirizzo
- Numero di Istituti che implementano le Linee di Indirizzo e PDTA per l'uso delle terapie agoniste e per il controllo del misuso e della diversione in ambito carcerario
- Modifica avvenuta dell'Ordinamento penitenziario
- Numero di sperimentazioni locali attivate
- Numero di diversioni verificate in rapporto ai presidi sanitari messi a disposizione
- Numero di Istituti che recepiscono l'inserimento delle misure di RdD nei Regolamenti di Istituto
- Numero di ASL che recepiscono l'inserimento delle misure di RdD nella Carte dei servizi e degli interventi sanitari
- Numero di corsi di formazione per la gestione del rischio sanitario realizzati a livello nazionale
- Numero di corsi di formazione per la gestione del rischio sanitario realizzati a livello regionale

Le risorse

Livelli Essenziali di Assistenza del Sistema Sanitario Nazionale

Tempi

12 mesi

24 mesi (A126)

Settori e obiettivi trasversali

- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- Partecipazioni a reti europee e internazionali
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Cooperazione internazionale
- Formazione e ricerca
- Sensibilizzazione
- Informazione e comunicazione
- Riduzione del Danno

29

Valutazione processi terapeutici riabilitativi in ambito detentivo

Titolo

Sviluppare le funzioni di monitoraggio e valutazione dei processi terapeutici riabilitativi integrati anche attraverso azioni di ricerca.

Descrizione sintetica

Le azioni si focalizzano su aspetti di ricerca e creazione di conoscenza nell'ambito dei percorsi riabilitativi e di inclusione. È necessaria la creazione di Linee Guida per l'implementazione e il monitoraggio dei progetti terapeutici che, oltre a coinvolgere il beneficiario, devono tener conto delle competenze e del punto di vista degli operatori che si trovano a mettere in atto la misura (A109). Risulta quindi utile progettare ricerche, sia di tipo psicosociale sia sulla continuità degli interventi, su operatori, azioni progettate e impatto delle stesse (A129).

Il target

- Enti del Terzo Settore
- Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno
- Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario
- Operatori Sociali
- Persone detenute
- Professionisti delle Dipendenze

Obiettivo / Contiene le azioni:

A109, A111, A116, A124, A127, A129

Sviluppare Linee Guida per il monitoraggio dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI), del metodo e della valutazione. Sviluppare progetti di ricerca *evidence-based* sull'integrazione tra carcere e territorio e sul fenomeno dei suicidi in carcere che comprendano la valutazione dei risultati.



Funzioni e modalità operative

Lo sviluppo di Linee Guida per il monitoraggio e la valutazione dei processi e degli interventi si articola in tre ambiti operativi:

1. PTRI

I Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRI) necessitano del coinvolgimento attivo dei destinatari, nonché di azioni:

- a. di ricerca, per individuare gli approcci teorici, metodologici e operativi adeguati;
- b. di formazione, per valorizzare le competenze esistenti degli operatori/professionisti e crearne di nuove (programma nazionale di formazione degli operatori per la salute nelle carceri (A111), qualificazione delle persone detenute nella creazione di sportelli e in iniziative di auto-mutuo-aiuto e sostegno tra pari (A127), formazione per la gestione del rischio sanitario (A124), formazione per la continuità delle cure post-detentive per i migranti che beneficiano del permesso di soggiorno (A116));
- c. di valutazione, per esplorare le ricadute operative su operatori, professionisti e persone in detenzione.

2 Integrazione carcere-territorio

È necessario progettare ricerche, sia di tipo psicosociale sia sulla continuità degli interventi, sulle possibili integrazioni tra carcere e territorio, analizzando:

- a. il punto di vista di operatori/professionisti coinvolti;
- b. le azioni progettate, intraprese, attuate;
- c. l'impatto delle azioni intraprese, esplorando, sulla base di indicatori specifici, le ricadute operative su operatori, professionisti e persone in stato di detenzione.

3. Il fenomeno dei suicidi in carcere

Risulta necessario approfondire lo studio del fenomeno dei suicidi in carcere, non solo per quanto concerne la reazione sociosanitaria al contesto-ambiente della detenzione da parte delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbo da Uso di Alcol (DUA), ma anche in relazione alla qualità organizzativa e gestionale degli Istituti di detenzione. Ciò deve condurre all'elaborazione di protocolli e strumenti validi su tutto il territorio nazionale che, unitamente alla formazione, possano incidere positivamente sul fenomeno dettandone una netta riduzione.

Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Ministero della Giustizia anche nelle sue articolazioni locali (Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria, operatori e dirigenti delle strutture carcerarie)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- ASL

Stakeholder

- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Ministero dell'Interno
- Magistratura di Sorveglianza e dei Tribunali (GIP)
- Garante dei diritti delle persone detenute
- Magistrati
- Forze dell'Ordine
- Comuni singoli o associati
- Operatori Sanitari e Operatori Sociali Pubblici e del Privato Sociale Accreditato
- Associazioni delle Persone che Usano Droghe
- Enti del Terzo Settore direttamente o indirettamente coinvolti nei percorsi di progetti che prevedono l'applicazione di misure alternative
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Avvocati

Risultati attesi

- Elaborazione di Linee Guida per il monitoraggio del PTRI, del metodo e della valutazione
- Elaborazione di modelli personalizzati di intervento, che sappiano coniugare rigore scientifico e flessibilità operativa
- Incremento della conoscenza dell'attuale livello di integrazione tra carcere e territorio e degli interventi promossi dall'istituzione penitenziaria e dai servizi per la salute
- Approfondimento della conoscenza in relazione al fenomeno dei suicidi in carcere

Indicatori di risultato

- Numero di Servizi che adottano le Linee Guida per il monitoraggio del PTRI, del metodo e della valutazione
- Numero di monitoraggi/valutazioni dei PTRI effettuate secondo i criteri delle Linee Guida
- Numero di valutazioni positive di *stakeholder*, operatori/professionisti, persone in detenzione
- Numero di progetti di ricerca attivati a livello nazionale
- Numero di progetti di ricerca attivati a livello regionale

Le risorse

Regioni e Province Autonome e ASL (Sistema Sanitario Nazionale)

Fse+ 2021-2027

Programma Operativo Nazionale

Programma Operativo Regionale

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Formazione e ricerca
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Potenziamento della ricerca in ambito delle Dipendenze



30

Popolazioni specifiche

Titolo

Strutturazione di un processo operativo per la costituzione di Tavoli di confronto focalizzati alla declinazione delle azioni del Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025 (PAND) nell'ambito di contesti e popolazioni specifiche.

Descrizione sintetica

Il Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025 prende origine da un processo partecipativo che ha coinvolto numerosi esperti del settore in rappresentanza di tutte le Istituzioni e gli Enti che, ad ampio spettro, si occupano di Dipendenze. In tale percorso di costruzione, dettagliato nella metodologia di questo stesso documento, hanno trovato voce tutte le priorità individuate dagli attori e operatori di settore, esitate nelle specifiche azioni strategiche e schede tecniche. Si individua tuttavia la necessità di approfondimenti ulteriori, da intendersi come declinazione delle specifiche azioni in relazione a contesti particolari e popolazioni specifiche, ivi comprese la prospettiva di genere, il mondo giovanile e la popolazione dei migranti.

Il target

- Popolazioni specifiche

Obiettivo

L'obiettivo è quello di strutturare un processo operativo per l'avvio di Tavoli di confronto ad hoc dedicati all'approfondimento e alla declinazione delle azioni del PAND in un'ottica che rispetti e integri la specificità e la complessità di contesti e popolazioni specifiche.

Funzioni e modalità operative

Alla luce della ricognizione effettuata in seno ai lavori di costruzione del PAND, la quale ha individuato numerose e specifiche azioni che necessitano di una declinazione che rispetti e integri la complessità di contesti e popolazioni specifiche, si rende necessaria la definizione di un processo operativo finalizzato alla costituzione di Tavoli di confronto ad hoc.

Nel percorso stesso dei lavori di costruzione del Piano sono infatti state rilevate necessità di approfondimenti ad hoc su precipe priorità o azioni, tuttavia tali finestre di sviluppo rivestono anche un carattere di trasversalità che rende necessario attivare processi operativi individuabili nella costituzione di Tavoli di confronto specifici che, utilizzando strumenti come la *focus group discussion* guidata da facilitatori, in modalità virtuale e/o in presenza, possano esitare in indicazioni effettive, capaci di arricchire i punti di vista sui temi in esame.

Tale processo potrà essere elaborato e definito sulla base del modello di lavoro che ha visto il coinvolgimento attivo di un campione di popolazione giovanile nell'approfondimento di tematiche d'interesse per il *target*, individuate con il supporto di esperti e facilitatori. Dato, infatti, l'elevato grado di complessità concettuale e la presenza di necessari tecnicismi all'interno dei contenuti del Piano, la prima parte del Tavolo di confronto è da dedicare a un approfondimento di concetti e aspetti tecnici, con la flessibilità necessaria ad articolare gli approfondimenti in base alle specifiche tematiche da affrontare e al *target* di riferimento. A tale scopo, nei ristretti tempi di produzione del presente Piano è stato possibile strutturare e attivare due efficaci Tavoli di confronto con i Giovani delle organizzazioni di rappresentanza (Consulta dei Giovani e Consiglio Nazionale Giovani). I lavori, organizzati a partire dai materiali prodotti nel processo di costruzione del PAND, sono esitati in documenti di approfondimento che hanno arricchito il processo con la visione di questa popolazione specifica e sono stati opportunamente integrati nelle Schede Tecniche (materiali consultabili al link <https://www.pand-dpa.it/focus-giovani/>).

Questa esperienza costituisce un modello pilota con ottime caratteristiche di replicabilità da esportare anche in relazione ad altri contesti e popolazioni specifiche (prospettiva di genere, migranti, carcere).

Stakeholder

- Decisori politici
- Enti Pubblici e Privati
- Università
- Società Scientifiche
- Reti locali e nazionali degli Enti del Terzo Settore (ETS)
- Esperti professionisti e rappresentanti della società civile sul tema delle Dipendenze

Risultati attesi

- Avvio di Tavoli di confronto con popolazioni specifiche
- Indicazioni per la declinazione delle azioni del Piano in ambito di popolazioni specifiche

Indicatori di risultato

- Numero di Tavoli di confronto attivati con popolazioni specifiche
- Numero di incontri dei Tavoli di confronto con popolazioni specifiche

Le risorse

Isorisorse

Tempi

Tempi di vigenza del Piano

Settori e obiettivi trasversali

- Prospettiva di genere
- Giovani
- Minori
- Migranti
- Coordinamento interministeriale sulle Dipendenze



31

Cannabis a Uso Medico e terapie del dolore

Titolo

Campagna di informazione e formazione sull'utilizzo di Cannabis a Uso Medico (CUM) e altre terapie del dolore/*painkiller*.

Descrizione sintetica

Si rileva una forte arretratezza dal punto di vista della conoscenza della potenzialità della CUM. Questo deriva in parte dalla stigmatizzazione della Cannabis, che spesso viene ancora vista come una droga anche da parte del personale medico-sanitario, generando potenzialmente asimmetrie nel diritto di accesso alla cura da parte dei pazienti (A43).

La formazione rivolta al personale sanitario rispetto agli utilizzi della CUM e alle limitazioni d'uso per patologia deve essere al contempo accompagnata da un'azione che operi sul fronte della semplificazione della prescrizione, riducendo i rischi per i prescrittori rispetto al potenziale utilizzo *off label* della CUM (A44).

Al contempo, esiste un forte bisogno di formazione da parte dei medici, anche dei servizi specialistici, in merito alla gestione del dolore e delle terapie connesse: ad esempio, si evidenzia la mancanza di una conoscenza delle conseguenze legate alla sospensione della terapia (caduta in astinenza) che rischia di avere forti effetti sulla salute del paziente.

È essenziale puntare l'attenzione sulla CUM, sui farmaci utilizzati nella terapia del dolore e sui problemi ad essi connessi: in particolare, per quanto riguarda la popolazione giovanile, viene rilevato un aumento degli accessi ai Ser.D per problematiche legate l'utilizzo di *painkiller* e benzodiazepine (A46), rendendo quindi prioritaria la necessità di conoscenza di questa patologia da parte degli operatori e rendendo utile lo sviluppo di una campagna di sensibilizzazione e informazione anche tra i giovani (A47).

Il target

- Personale sanitario
- Docenti
- Giovani
- Istituti scolastici
- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Medici prescrittori
- Utilizzatori
- Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD)

Obiettivo / Contiene le azioni:

A43, A44, A46, A47

Incrementare nel personale sanitario il livello di conoscenza delle possibilità di utilizzo e potenziali rischi associati legati a CUM e altre terapie del dolore, quali *painkiller*.

Funzioni e modalità operative

Tra gli aspetti di rilievo per rendere uniforme in tutto il Paese la distribuzione e prescrizione della CUM, diventa necessario informare la classe medica sulle modalità di utilizzo del prodotto, sulle limitazioni d'uso per patologia, sui possibili rischi correlati a fenomeni di sovradosaggio o abuso. Il medico dovrà essere informato sulle dosi, gli effetti collaterali e le differenze fra ogni tipo di prodotto in funzione dei cannabinoidi contenuti. Solo medici informati adeguatamente potranno prescrivere la CUM in assenza, come nel contesto odierno, di un farmaco registrato all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) con AIC autorizzato (indicazioni d'uso, dosaggi ed effetti collaterali).

Diventa quindi essenziale creare una campagna di promozione, informazione e formazione per i medici sulle applicazioni della CUM e sui suoi effetti, rendendoli così più consapevoli sulla somministrazione del farmaco e sul suo *follow-up*. In particolare, diviene fondamentale la fase di *follow-up* nella definizione del dosaggio del farmaco commisurato alle esigenze del paziente, proprio al fine di evitare la possibilità di un abuso e una conseguente caduta nella dipendenza. Occorre al contempo sviluppare Linee di Indirizzo da integrare al consenso informato rivolte ai pazienti in trattamento con CUM.

La formazione al personale sanitario deve essere estesa anche al tema dei medicinali "*painkiller*", rispetto ai quali, anche nel nostro Paese, si stanno diffondendo fenomeni di abuso, già ampiamente documentati da molti anni nel contesto statunitense. L'informazione rispetto all'uso e abuso di questi prodotti deve essere rivolta anche ai giovani, attraverso il coinvolgimento delle scuole: i Servizi rilevano, infatti, una sempre maggiore diffusione d'uso – con le conseguenti problematiche associate – di questa tipologia di prodotti nelle fasce d'età di ragazze e ragazzi in età scolare.

Soggetti attuatori

- Ministero della Salute

Stakeholder

- Ufficio Scolastico Regionale
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Risultati attesi

- Diffusione della conoscenza relativa all'utilizzo medico della Cannabis
- Corsi di formazione per personale sanitario
- Diffusione della conoscenza tra i giovani rispetto ai rischi associati all'utilizzo di *painkiller*

Indicatori di risultato

- Numero di operatori del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) coinvolti
- Numero di ore di formazione erogate
- Campagna di informazione/educazione sul tema *painkiller*

Le risorse

Ministero della Salute

Tempi

Formazione continua

Settori e obiettivi trasversali

- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Sensibilizzazione, informazione e comunicazione



32

Gestione delle problematiche legate all'utilizzo di Cannabis a Uso Medico

Titolo

Gestire le persone trattate con Cannabis a Uso Medico (CUM) che sviluppano problematiche legate all'uso, in collaborazione con i Servizi per le Dipendenze (Ser.D).

Descrizione sintetica

Il paziente che, dopo l'utilizzo terapeutico, sviluppi una dipendenza da cannabinoidi può essere preso in carico o supportato dal proprio medico, il quale valuta come gestire il dosaggio e la problematica. Solo ove strettamente necessario, si può ricorrere ad una consulenza presso i Ser.D.

Spesso la dipendenza da Cannabis si presenta in comorbidità e quindi necessita di una presa in carico multidisciplinare che consenta il trattamento di più patologie contemporaneamente. Al fine di garantire un intervento che supporti in modo olistico il paziente, i Ser.D possono coordinare la rete dei Servizi territoriali e integrare gli interventi di altri professionisti della Salute.

Nonostante le collaborazioni con il contesto locale si registra la persistenza di uno stigma che riguarda i Ser.D e ciò allontana eventuali pazienti non tossicodipendenti. Uno stereotipo negativo che si riflette anche sugli operatori che lamentano come tali Servizi non siano ancora considerati come servizi specialistici. L'allontanamento dei pazienti e la creazione, da parte degli stessi, di strategie di adattamento per evitare l'invio o accedere a quantitativi sempre maggiori di CUM (viene citato come alcuni pazienti cambino medico curante per farsi aumentare il dosaggio di CUM) comporta spesso un arrivo ai Servizi solo quando la situazione risulta già in fase grave o cronica ([A45](#)).

Il target

- Utilizzatori
- Servizi per le Dipendenze
- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Medici
- Operatori Sanitari

Obiettivo / Contiene le azioni:

A45

Rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze e altri professionisti sanitari per il trattamento di problematiche legate all'utilizzo di CUM.

Funzioni e modalità operative

La gestione delle problematiche legate all'uso di sostanze controllate ad uso medico (es. CUM) richiede competenze specialistiche e un approccio multidisciplinare-integrato.

Le competenze specialistiche (relativamente alla farmacologia, alla tossicologia, alla psichiatria, alla psicologia e alla psicoterapia) e l'approccio multidisciplinare-integrato sono peculiari dei Ser.D.

Per dare una risposta a questa richiesta di assistenza, sempre più emergente, può essere utile individuare proprio nei Ser.D le risorse con le quali realizzare dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi rivolti alle persone con problematiche legate all'uso di CUM (da definire attraverso un'auspicabile collaborazione tra i Ser.D, i Servizi Sanitari delle ASL e/o i singoli prescrittori delle sostanze controllate) e il Privato Sociale (es. per la progettazione e la realizzazione di azioni di prevenzione e di diagnostica precoce e di programmi riabilitativi rivolte alle persone con problematiche emerse o a rischio).

Le persone con problematiche correlate all'uso di CUM o a rischio possono avvalersi dei Servizi per le Dipendenze per gli approfondimenti clinico-diagnostici nonché per la definizione e la gestione dei trattamenti riabilitativi. I percorsi riabilitativi, inoltre, potranno essere gestiti dai Ser.D in collaborazione con il Privato Sociale Accreditato, gli ambiti territoriali di zona, le associazioni dei pazienti e dei loro familiari.

Se le *equipe* multidisciplinari dei Ser.D, attualmente in una fase di profonda riorganizzazione, affiancassero nuove competenze e prassi a quelle già riconosciute (com'è già avvenuto diverse volte nel corso della loro storia, sempre in sintonia con le acquisizioni delle neuroscienze, della psicofarmacologia e della psicoterapia nel campo dell'*addiction*) prospetticamente potrebbero rappresentare una risorsa irrinunciabile per la cura (anche attraverso un auspicabile investimento sulla formazione legata ai temi dell'assistenza alla fragilità, della gestione dei rischi e delle problematiche dei trattamenti controllati con le sostanze, note e nuove, e sul lavoro di rete e in rete) e assumere un ruolo adeguato nell'interlocuzione con gli altri attori coinvolti nella gestione delle problematiche correlate ai trattamenti medici con sostanze controllate.

Anche partendo da esperienze positive già presenti a livello territoriale, un Tavolo di Lavoro potrebbe definire protocolli di collaborazione e di coinvolgimento dei Ser.D nei casi di problematiche associate all'utilizzo di CUM.

Soggetti attuatori

- Ministero della Salute

Stakeholder

- Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità

Risultati attesi

- Collaborazione tra Ser.D e altri operatori sanitari per il trattamento di problematiche di dipendenza legate all'utilizzo di CUM

Indicatori di risultato

- Tavolo di Lavoro per la definizione di Protocolli Operativi tra Ser.D e altri Dipartimenti/Servizi
- Aumento della presa in carico precoce

Le risorse

Isorisorse

Tempi

Tempi di vigenza del Piano



Settori e obiettivi trasversali

- Informazione e comunicazione interna al settore Dipendenze
- La co-programmazione e la co-progettazione nei Piani attuativi territoriali
- Sensibilizzazione per aumentare la percezione di rischi connessi a uso di sostanze e Dipendenze comportamentali
- Popolazioni specifiche

33

Programmazione fabbisogni Cannabis a Uso Medico

Titolo

Linee di Indirizzo, programmazione e pianificazione dei fabbisogni, omogeneizzazione a livello regionale in materia di patologie ammesse a rimborso e modalità prescrittive.

Descrizione sintetica

Strutturare un sistema nazionale, con relativo flusso informativo, di pianificazione dei fabbisogni di Cannabis a Uso Medico (CUM) rappresenta uno dei principali aspetti propedeutici alla programmazione della produzione nazionale (A38).

La produzione di CUM richiede infatti un iter molto lungo e necessita pertanto di una programmazione e pianificazione precisa al fine di garantire la produzione necessaria a soddisfare il fabbisogno nazionale.

La valutazione parte dal numero di piante madri, da cui deve essere prodotto un certo numero di talee, ossia di piante da avviare alla coltivazione e alla produzione di infiorescenze. Una buona programmazione e pianificazione è la condizione necessaria per garantire una produzione al passo con il fabbisogno.

Diviene quindi necessario comprendere l'effettivo fabbisogno a livello territoriale, in modo tale da poter creare una programmazione della produzione che possa coprire un periodo pluriennale. Inoltre, una pianificazione di questo tipo sarebbe funzionale alla programmazione degli investimenti – da parte dei soggetti pubblici o privati – che operano nel campo della produzione.

Accanto a un sistema che sia in grado di rilevare i fabbisogni di CUM su base regionale, è altresì importante lavorare ad una maggiore omogeneizzazione della regolamentazione, e relativa applicazione, relativa alle patologie ammesse a rimborso e alle modalità prescrittive della CUM, ad oggi caratterizzate da estrema variabilità sul territorio nazionale sia a livello di regioni sia a livello di presidi (in alcuni casi la CUM è mutuabile in farmacia, in altri, invece, in presidi ospedalieri). Il rafforzamento del dialogo e delle sedi di confronto interistituzionale e con le associazioni di pazienti potrebbero operare nella direzione di un maggiore coordinamento nazionale (A37, A41).

Il target

- Decisori politici ed amministrativi regionali e locali
- Regioni e Province Autonome
- Medici
- Pazienti

Obiettivo / Contiene le azioni:

A37, A38, A41

- Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di flussi informativi nazionali per la programmazione e pianificazione dei fabbisogni regionali
- Superare le difformità territoriali rispetto a modalità prescrittive e patologie ammesse a rimborso
- Individuare sedi e modalità per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione del Paese, e attivare studi e ricerche



Funzioni e modalità operative

I tempi lunghi di produzione della pianta e del farmaco di sintesi richiedono strumenti efficaci di rilevazione e pianificazione dei fabbisogni su base regionale e pluriennale. Attraverso il coinvolgimento dei diversi centri di competenza occorre lavorare allo sviluppo di Linee di Indirizzo che portino alla strutturazione di un registro/flusso informativo che sia in grado di fornire in maniera efficace e tempestiva le informazioni necessarie alla pianificazione della produzione, con tutto ciò che da essa ne discende. Ad esempio è possibile valutare la possibilità di un'iperproduzione che possa impedire la carenza di medicinale e, al contempo, pensare a forme di conservazione (es. congelamento) idonee o alla possibilità di permettere l'esportazione per la quantità in esubero.

Il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali si è reso disponibile a incentivare la raccolta dei dati necessari a garantire la corretta rilevazione dei bisogni delle Regioni e delle Province Autonome.

Viene sottolineato che la conoscenza dei reali fabbisogni dei territori diverrebbe meno prioritaria nel momento in cui fosse data la possibilità ai produttori di vendere l'eccedente sul mercato estero (sotto il controllo del Ministero).

Rispetto al tema delle difformità regionali sulla mutualità del farmaco, ad ora esistono diverse regolamentazioni regionali che possono essere portate allo studio, in modo da analizzare quale di queste sia risultata più efficace ed utile, utilizzandola successivamente come base per la creazione di una normativa nazionale.

La costituzione di un Tavolo di lavoro *multistakeholder*, che potrebbe trovare sede presso il Ministero della Salute, consentirebbe di affrontare in maniera coordinata una serie di aspetti legati alla Cannabis a Uso Medico, quali il sistema autorizzativo, la qualità della produzione, le esigenze dei pazienti, lo sviluppo e l'aggiornamento in materia di ricerca scientifica sul tema. Si sottolinea come sia essenziale che, nella gestione delle esigenze dei pazienti, si debbano coinvolgere le relative associazioni, applicando uno schema *bottom-up* che preveda una connessione costante con i territori e non sia "separata" dalle esigenze locali.

Soggetti attuatori

- Ministero della Salute

Stakeholder

- Associazioni dei pazienti
- Ministero della Salute
- Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali
- Rappresentanze farmacisti e medici
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD)
- Università ed Enti di Ricerca

Risultati attesi

- Linee di Indirizzo per sviluppo flusso informativo nazionale di rilevazione dei fabbisogni regionali
- Superare le difformità territoriali rispetto a modalità prescrittive e patologie ammesse a rimborso
- Sedi di confronto sui diversi aspetti operativi (autorizzazioni, studi e ricerche, qualità della produzione, ...) della CUM

Indicatori di risultato

- Linee di Indirizzo
- Norma quadro nazionale su mutualità del farmaco
- Costituzione Tavolo *multistakeholder* per gestire il sistema autorizzativo, rispondere alle esigenze dei pazienti, verificare la qualità della produzione del Paese, e attivare studi e ricerche

Le risorse

Ministero della Salute
Ministero della Difesa

Tempi

24 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Flussi informativi
- Monitoraggio e valutazione
- La struttura della *governance*: il livello nazionale, regionale e territoriale
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Potenziamento della ricerca in ambito delle Dipendenze
- Formazione e ricerca



34

Ricerca e Sviluppo su Cannabis a Uso Medico

Titolo

Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi clinici controllati e per la ricerca e sviluppo finalizzate alla produzione di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico e di un prodotto standardizzato.

Descrizione sintetica

L'uso medico della Cannabis necessita di studi clinici controllati che evidenzino la reale efficacia sulle patologie indicate su un numero significativo di soggetti trattati: percorso funzionale, questo, a creare una cultura seria, chiara e definita della relativa alla Cannabis a Uso Medico (CUM) unicamente correlata a dati scientifici e non su altre basi. Al momento manca, inoltre, un approccio di genere per assenza di studi con specificità del dolore femminile (A39).

L'Italia presenta strutture di eccellenza nel campo della ricerca e della produzione di Cannabis a Uso Medico. Per quanto riguarda la ricerca, occorre sia sviluppare e rafforzare tutte le attività – compresi i *trial* clinici – volte a individuare gli effetti e le potenzialità terapeutiche del prodotto, sia lavorare sul fronte del miglioramento genetico. Rispetto a quest'ultimo aspetto, è interessante sottolineare che la Cannabis produce fino a circa 150 diversi cannabinoidi, molti di recente scoperta e i cui effetti farmacologici sono ancora da esplorare, così come lo è l'identificazione dei geni responsabili della loro sintesi, la cui conoscenza può essere utile per lo sviluppo di marcatori per il miglioramento genetico (A42).

Oltre alla necessità di potenziare il settore della ricerca e dell'innovazione, legato sia allo sviluppo di nuove genetiche di Cannabis a Uso Medico sia ad assicurare una produzione continua di talee da piante madri, emerge la necessità di creare un prodotto standardizzato. Infatti, nonostante l'Italia sia stata tra i primi Paesi a sviluppare una legislazione in materia di CUM, ha accumulato un ritardo per quanto riguarda la standardizzazione dei prodotti.

La standardizzazione dei prodotti permetterebbe ai medici di avere una maggior sicurezza degli effetti e dei principi del farmaco, rendendo quindi più semplice e sicura, anche dal punto di vista del professionista sanitario, la prescrizione del prodotto (A40).

Il target

- Ministero della Salute
- Ministero della Difesa
- Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali
- Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) di Rovigo
- Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM)
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
- Università ed Enti di Ricerca
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD)
- Decisori politici ed amministrativi regionali e locali
- Medici
- Utilizzatori

**Obiettivo / Contiene le azioni:
A39, A40, A42**

Sviluppare Linee di Indirizzo per la realizzazione di studi clinici controllati e per le attività di ricerca e sviluppo.

Funzioni e modalità operative

Lavorare, attraverso il coinvolgimento dei diversi centri di competenza- soggetti Istituzionali e Centri di ricerca – attivi in questo ambito, alla definizione di Linee di Indirizzo in grado di guidare il settore della ricerca che opera nell'ambito della Cannabis a Uso Medico, anzitutto andando a definire le modalità di realizzazione dei *trial* clinici, privilegiando la strada degli studi clinici a doppio cieco, per poi definire sempre con più certezza patologie e sintomi trattabili.

Per lo sviluppo di nuove linee genetiche per uso medico è necessario uno scambio di conoscenze, informazioni e richieste fra chi si occupa di *breeding* e il settore chimico/farmaceutico.

Per quanto concerne lo sviluppo di Linee di Indirizzo relative alla realizzazione di prodotto standardizzato, esistono già esperienze internazionali efficaci da cui poter mutuare elementi utili. La standardizzazione diviene necessaria per garantire la creazione di un prodotto che i medici possono prescrivere, grazie al rispetto delle procedure igienico sanitarie a cui un farmaco deve rispondere per poter essere autorizzato.

Un prodotto standardizzato consente così un duplice effetto positivo sul sistema:

- dal lato del medico prescrittore, garantisce un adeguato dosaggio del farmaco al paziente, secondo le sue esigenze, tramite un processo di *follow-up*;
- dal lato delle Regioni semplifica la quantificazione del fabbisogno in termini di farmaci, e conseguentemente, della produzione richiesta a livello nazionale.

Soggetti attuatori

- Ministero della Salute

Stakeholder

- Produttori di cannabis
- Ordine dei Farmacisti
- Ordine dei Medici
- Associazioni dei pazienti
- Persone che Usano Droghe (PUD)

Risultati attesi

- Elaborare Linee di Indirizzo per:
 - Studi clinici controllati
 - Ricerca e sviluppo di nuove genetiche di CUM
 - Prodotto standardizzato
- Facilitare la prescrivibilità da parte dei medici
- Potenziare le attività di ricerca e sviluppo di nuove genetiche di CUM
- Sviluppo di nuove linee di CUM e materiali di *pre-breeding*
- Realizzazione prodotto standardizzato farmaceutico

Indicatori di risultato

- Linee di Indirizzo
- Livello di applicazione delle Linee di Indirizzo



Le risorse

Ministero della Salute
Case farmaceutiche

Tempi

12 mesi

Settori e obiettivi trasversali

- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Potenziamento della ricerca in ambito delle Dipendenze
- Formazione e ricerca

IL *FRAMEWORK*
NORMATIVO VIGENTE E
LA DISCUSSIONE SULLE
POSSIBILI MODIFICHE

Il *framework* normativo vigente e la discussione sulle possibili modifiche

e indicazioni che seguono non sono parte del Piano d’Azione Nazionale Dipendenze che, per sua stessa natura, opera nel contesto della normativa vigente e non prevede tra le Azioni proposte interventi specifici di riforma legislativa.

Tuttavia, così come avvenuto durante i lavori preparatori della VI Conferenza Nazionale Dipendenze – Oltre le fragilità, nell’ambito dei Tavoli di Lavoro dedicati ai singoli Obiettivi Specifici del Piano di Azione Nazionale Dipendenze, sono stati segnalati da alcuni Esperti degli spunti di discussione collegati a specifici aspetti normativi che, non costituendo parte integrante del Piano, sono sinteticamente raccolti nei seguenti paragrafi da intendersi come meramente accessori.

Decreto del Ministro della Salute 9 novembre 2015 recante “Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972” sulla produzione nazionale della Cannabis a Uso Medico (CUM): proposta di aggiornamento e di inserimento nell’allegato tecnico anche le tabelle di conversione per le preparazioni magistrali

Le preparazioni magistrali sono completamente cambiate nel tempo e la loro standardizzazione permetterebbe una prescrizione accurata con tabelle di conversione fra gocce-ml e THC contenuto di facile comprensione.

Una volta definito il metodo estrattivo standardizzato (decarbossilazione in forno, estrazione in olio, filtrazione, concentrazione cannabis espressa in mg/ml...) andrebbe calcolato il titolo conforme, in cannabinoidi, per ogni specie di Cannabis in commercio in Italia, e i limiti di variazione ammessi (ad esempio THC 18mg/ml +/- 15%). Preparazioni con contenuti in percentuale non conformi sarebbero da modificare con opportune diluizioni o eliminate come farmaci scaduti.

Dai lavori del Tavolo di Lavoro dedicato all’Obiettivo Strategico 5 emerge quindi la proposta di favorire un’unica metodica estrattiva su tutto il territorio e pubblicarla nella Farmacopea Italiana, da aggiungere a quella tedesca già pubblicata da tempo. L’utilizzo della metodica descritta in Farmacopea tedesca permetterebbe di preparare un galenico magistrale di estratto in olio a titolo noto e costante.

La futura presenza sul mercato di estratti titolati renderà le metodiche suddette obsolete soprattutto quando gli estratti saranno fatti con differenti infiorescenze: da quelle ad alto titolo in THC a quelle con alto titolo in CBD.

In un’ottica di una necessaria maggior chiarezza, professionalità scientifica e di standardizzazione, e per meglio supportare i medici che dovranno prescrivere il preparato, sarebbe importante chiarire



bene questo punto il prima possibile, anche per evitare confusione ed eventuali abusi o interpretazioni eccessivamente personalistiche.

La proposta di creare una tabella unica è ritenuta importante così come stabilire, preventivamente, una metodica estrattiva unica per la Cannabis a Uso Medico in Italia.

Bisognerebbe permettere la preparazione di un multiplo officinale, in farmacia, da tenere pronto per la dispensazione. Questo porterebbe ad un impiego minore di tempo per il farmacista preparatore e in costi minori per il prodotto finito. Si ridurrebbe il prezzo a pubblico con risparmio notevole per lo stato (in caso di preparazione galenica in convenzione) o per il paziente, se a pagamento. Inoltre permetterebbe di preparare un estratto a titolo noto molto più preciso. Viene proposto di stabilire la formulazione giusta (per la presenza di opportuni conservanti/antiossidanti), che permetta un adeguato intervallo di tempo prima della presunta scadenza dalla data di preparazione.

In questo caso il multiplo verrebbe registrato nel registro stupefacenti e scaricato ad ogni dispensazione, corrispondente al quantitativo richiesto dal medico nella ricetta. Il quantitativo presente in farmacia, chiuso in un adatto armadio degli stupefacenti, sarebbe sempre quello calcolato in funzione del numero di ricette spedite dalla farmacia nei mesi precedenti.

Nel caso del multiplo officinale il farmacista sarebbe anche in grado di preparare una soluzione a titolo noto e costante (da stabilire per ogni varietà) con variazioni minime, +/- 5%, dando al medico la possibilità di prescrivere un farmaco con la massima precisione. Questo ci permetterebbe finalmente di acquisire dati clinici confrontabili di notevole valore scientifico.

Tra gli *stakeholder* vengono suggeriti il Ministero della Salute e la Società Italiana Farmacisti Preparatori.

Art. 73 DPR 309/1990: proposte di riforma

Dalle considerazioni degli Esperti all'interno del Tavolo di Lavoro dedicato all'Obiettivo Strategico 9 emerge come l'attuale ma datata formulazione dell'Art. 73 del DPR 309/90 postuli il senso di una presunzione in peius (sia sotto soglia che sopra), crei un pregiudizio, solleciti un onere di prova contrario ai principi generali dell'ordinamento penale e alteri il significato del principio dell'"oltre ogni ragionevole dubbio", sminuendolo. Viene quindi proposta l'eliminazione del criterio tabellare, il quale avrebbe determinato l'alterazione della prassi giudiziale in punto di accertamento della verità "oltre ogni ragionevole dubbio" e, nella sostanza, avrebbe invertito il principio dell'onere della prova.

Con la locuzione "in particolare se superiori ai limiti massimi" il superamento della soglia risulta infatti prevalente su tutti gli altri fattori, divenendo dunque funzionale a un accertamento di reità più grossolano. L'approccio valutativo che ne deriva contribuisce al sovrappopolamento delle carceri.

In un'ottica di attenuazione del problema del sovraffollamento carcerario e degli effetti criminogeni della pena, nonché di agevolazione dell'accesso alle misure alternative, si propone l'esclusione dalla criminalizzazione dei comportamenti riconducibili al consumo personale, modificando il testo del comma 1 dell'Art.73 DPR 309/90 con la previsione esplicita della finalità di lucro per tutte le condotte punite.

Sempre in tal senso si propone l'esclusione dell'arresto obbligatorio in flagranza previsto oggi per tutte le ipotesi dell'Art.73 DPR 309/90 con la sola eccezione dei fatti di lieve entità del 5° comma.

Infine è individuata la proposta di una ridefinizione dell'impianto sanzionatorio dell'Art.73 DPR 309/90:

1. distinguendo in termini di afflittività della pena le droghe pesanti e droghe leggere;
2. riducendo le cornici edittali di entrambe le ipotesi al fine di escludere del tutto l'obbligatorietà dell'arresto in flagranza;

3. consentendo per le droghe leggere l'accesso alla sospensione del processo con messa alla prova;
4. consentendo la concreta possibilità di accesso a ogni istituto di sospensione dell'ordine di esecuzione e alle misure alternative alla detenzione in carcere previste dall'Ordinamento penitenziario e dalla Legge sugli stupefacenti.

L'eventuale modifica della normativa avrebbe come risultati, secondo quanto emerso dai lavori del Tavolo, l'attenuazione del problema del sovraffollamento carcerario e degli effetti criminogeni della pena, l'agevolazione all'accesso alle misure alternative e ai percorsi terapeutici riabilitativi e l'attenuazione del tasso di recidiva tossicomana e criminale. I risultati potrebbero essere monitorati analizzando le variazioni numeriche delle persone detenute, delle misure alternative concesse, degli accessi ai percorsi terapeutici riabilitativi e delle recidive.

Le proposte di modifica normativa descritte impatterebbero direttamente sul Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), sui Magistrati, sugli operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sulle persone in stato di detenzione e sui loro familiari e necessiterebbero di un confronto con il Garante delle persone detenute, con i Dipartimenti per le Dipendenze con le Regioni e Province Autonome.

Art. 75 DPR 309/1990: proposte di riforma

Dalla discussione del Tavolo di Lavoro dedicato all'Obiettivo Strategico 9 emerge come, anche in contrasto con quanto previsto dalla decisione quadro n. 757/2004/GAI e dalla Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, l'Art. 75 del DPR 309/90 preveda misure di prevenzione o misure di sicurezza particolarmente afflittive e incisive in termini di libertà e incompatibili con le originarie finalità di cura e recupero.

Viene quindi proposto che dalla norma siano espunte tutte le sanzioni amministrative e si mantenga il solo ammonimento, che deve avere una finalità informativa e di invito all'avvio di percorsi di recupero (vedasi esempio l.30/2000 Portogallo).

Questa proposta di modifica normativa avrebbe dirette implicazioni sul Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), sui Magistrati, sugli operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sulle persone in stato di detenzione e sui loro familiari e necessiterebbe di un confronto con il Garante per i diritti delle persone detenute, con i Dipartimenti per le Dipendenze con le Regioni e Province Autonome.

Art. 94 del DPR 309/1990: proposta di revisione dei limiti al di sopra dei quali non è possibile beneficiare dell'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari

Emerge dalla discussione all'interno del Tavolo di Lavoro dedicato all'Obiettivo Strategico 9 che non in tutte le realtà i Magistrati di Sorveglianza accettano misure terapeutiche ambulatoriali, e spesso misure residenziali, che sono molto intense dal punto di vista di risorse e non rispondono dal punto di vista clinico al bisogno trattamentale: viene quindi proposta una rivisitazione della normativa vigente rispetto ai limiti al di sopra dei quali non è possibile beneficiare dell'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari, inizialmente previsto dall'Art. 47bis o.p., poi abrogato con l'Art. 3 della legge 27 maggio 1998, n. 165, oggi previsto dall'Art. 94 del DPR 309/90.

Inoltre viene proposta una più sinergica collaborazione tra Servizi e Magistratura con la possibilità di stabilire programmi non solo terapeutico-riabilitativi ma che, nei casi di pene più lunghe, potrebbero



prevedere un programma interlocutorio e introduttivo al successivo programma presso il Servizio Pubblico o il Privato Sociale accreditato.

Questa proposta di modifica normativa impatterebbe direttamente sul Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), sui Magistrati, sugli operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sulle persone in stato di detenzione e sui loro familiari e necessiterebbe di un confronto con il Garante per i diritti delle persone detenute, con i Dipartimenti per le Dipendenze con le Regioni e Province Autonome.

Parametro clinico dell'alterazione quale presupposto del reato di cui all'Art. 187 del Codice della Strada: proposta di modifica

Nel contesto del Tavolo di Lavoro dedicato all'Obiettivo Strategico 10 viene proposto di eliminare il parametro clinico dell'alterazione quale presupposto del reato di cui all'Art. 187 del Codice della Strada (CdS), attualmente elemento indispensabile insieme al parametro analitico dell'assunzione della sostanza stupefacente. L'alterazione, infatti, è un parametro che rende di difficile accertamento la commissione dell'illecito in argomento in quanto per la sua definizione è necessario, da un lato, possedere conoscenze accurate degli effetti che ogni singola sostanza stupefacente produce sul Sistema Nervoso Centrale, ovvero competenze mediche capaci di certificare che un determinato soggetto sia effettivamente alterato e, dall'altro lato, dimostrare che l'alterazione sia compatibile con l'assunzione della sostanza riscontrata con l'esame analitico. Per poter eliminare l'alterazione è necessario depenalizzare l'illecito di cui all'Art. 187 CdS, in quanto l'alterazione è elemento indispensabile per conferire effettiva offensività alla condotta illecita, in coerenza con il dettato costituzionale. Togliendo rilevanza penale alla condotta e superando il problema legato al rispetto del principio di offensività, sarà anche possibile intervenire sul parametro clinico dell'alterazione, eliminandolo. D'altra parte, l'assunzione di sostanze stupefacenti è tra quelle cause che impediscono di conseguire o rinnovare la patente di guida (lettera F dell'allegato III al D.Lgs. 59/2011, che ha recepito le direttive 2006/126/CE, 2009/113/CE e successive in tema di patenti).

La proposta si pone l'obiettivo di semplificare le procedure di accertamento della condotta illecita per riattribuire efficacia ai controlli su strada e ripristinare la deterrenza della sanzione, oggi vanificata dalla difficoltà di riscontrare il parametro clinico dell'alterazione.

Comma 2-bis dell'Art. 187 del Codice della Strada: proposta di introduzione del "drogometro"

Una delle proposte emerse dal Tavolo di Lavoro dedicato all'Obiettivo Strategico 10 riguarda l'introduzione del "drogometro" ad attuazione del comma 2-bis dell'Art. 187 del Codice della Strada (CdS) laddove si fa riferimento ad "accertamenti clinico-tossicologici e strumentali ovvero analitici su campioni di mucosa del cavo orale prelevati a cura di personale sanitario ausiliario delle Forze di Polizia" che possono essere effettuati dagli Organi di Polizia direttamente su strada.

Si tratta di uno strumento che, al pari dell'etilometro, che rilevando la presenza di alcol nell'espirato riscontra lo stato di ebbrezza di un soggetto, sia capace di fornire una misurazione della tipologia di sostanza stupefacente o psicotropa presente nell'organismo umano unitamente alla quantità della stessa, con valenza medico legale.

L'utilizzo di un simile strumento consentirebbe agli organi di controllo di avere, in breve tempo e direttamente su strada, l'evidenza che il conducente del veicolo abbia assunto una sostanza

stupefacente o psicotropa senza condurre lo stesso presso una struttura ospedaliera per l'effettuazione degli accertamenti di secondo livello, come è necessario fare secondo il sistema vigente.

L'obiettivo è quello di semplificare le procedure di accertamento, riducendone la tempistica. Con la strumentazione disponibile al momento è necessario sottoporre il conducente ad un accertamento preliminare di tipo qualitativo e, in caso di positività, condurlo presso una struttura ospedaliera dove venga sottoposto a prelievo di liquidi biologici su cui effettuare esami di secondo livello di tipo quantitativo e, successivamente, a visita per il riscontro del parametro clinico dello stato di alterazione connesso all'assunzione della sostanza assunta. Il "drogometro" dovrebbe consentire la determinazione del parametro clinico (l'alterazione) connesso al parametro analitico (l'assunzione della sostanza) con un solo esame specifico.

Sarebbe necessario investire risorse nella ricerca scientifica per raccogliere evidenze circa l'interazione delle sostanze stupefacenti, limitando in una prima fase il campo a quelle più diffuse, con il sistema nervoso centrale per ricavare degli indicatori dello stato di alterazione facilmente rilevabili e per attribuire alle quantità di metaboliti presenti nell'organismo un valore indicativo dello stato di alterazione. Come alla presenza di un determinato tasso alcolemico corrispondono una serie di sintomi e di effetti sull'attività di guida, altrettanto dovrebbe potersi determinare per gli stupefacenti per i quali, a fronte della presenza di una certa quantità rilevata, dovrebbe corrispondere un determinato stato di alterazione. I risultati di tale ricerca potrebbero essere posti a fondamento del funzionamento del "drogometro".

Vengono individuati tra i possibili *stakeholder* il Ministero dell'Interno, il Ministero della Salute, il Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili, le Università e gli Enti di Ricerca.

Promuovere l'introduzione dell'"Alcolock" nei veicoli

Dalla discussione interna al Tavolo di Lavoro dedicato all'Obiettivo Strategico 10 emerge la proposta dell'obbligo (in una prima fase solo per i soggetti che risultino già condannati per il reato di guida in stato di ebbrezza) di condurre esclusivamente veicoli dotati di "Alcolock", un dispositivo di equipaggiamento del veicolo nel quale il conducente deve soffiare per poter far accendere il motore. Presupposto di tale misura dovrebbe essere la sottoposizione delle persone condannate per guida in stato di ebbrezza ad una visita di revisione della patente presso Commissione Medica Locale (CML) a seguito della quale verranno iscritti sulla patente Codici Unionali 68 (che indica niente alcol) e 69 (che impone l'uso di veicoli dotati di dispositivo "Alcolock").

La proposta impone una norma di comportamento particolare al conducente al quale, a seguito della condanna per le ipotesi di reato di guida in stato di ebbrezza, viene imposto il divieto di guidare dopo avere assunto alcol. Il provvedimento limitativo verrebbe imposto dal Prefetto quando dispone che il titolare di patente di guida si sottoponga a visita di revisione ai sensi dell'Art. 128 CdS. Le caratteristiche del dispositivo di blocco da utilizzare e le modalità di montaggio andrebbero definite con Decreto del Ministro delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili.

La previsione di un obbligo a carico di determinati soggetti di condurre solo veicoli dotati di "Alcolock" non inciderebbe sulle caratteristiche costruttive dei veicoli. Ciò in quanto l'obbligo non sarebbe generalizzato, ma rivolto solo a determinate categorie di soggetti (soggetti che sono stati sorpresi guidare in stato d'ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 0,8 g/l) e, pertanto, l'adeguamento riguarderebbe solo i veicoli condotti da questi ultimi. L'obiettivo auspicato sarebbe un maggiore controllo preventivo sul comportamento di guida di taluni conducenti a beneficio della sicurezza della circolazione, nella prospettiva della riduzione dell'incidentalità alcol correlata.



La proposta non richiederebbe risorse pubbliche. Chi risultasse destinatario della prescrizione sarebbe tenuto ad installare e tenere in efficienza, a proprie spese, sul veicolo condotto o utilizzato, un meccanismo elettronico che impedisca l'avvio del motore a seguito del riscontro di un tasso alcolemico da parte del guidatore superiore ai limiti stabiliti dalla legge per la conduzione di veicoli a motore.

Tra i potenziali *stakeholder* sono individuati il Ministero dei Trasporti, il Ministero dell'Interno, il Ministero della Salute e la Polizia Stradale.

Azioni del Piano di Azione Nazionale Dipendenze che necessitano di ulteriori approfondimenti normativi

Si sottolinea infine come per le seguenti Azioni, tutte contenute all'interno dell'Obiettivo Strategico 9 del Piano di Azione Nazionale Dipendenze, sia stata sottolineata dagli Esperti la necessità di ulteriori approfondimenti normativi da effettuare nelle sedi più appropriate:

A105 Aggiornare il protocollo per l'applicazione dell'Art. 94 del DPR 309/90 per persone detenute Tossico/Alcolodipendenti

A108 Inserire nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato le proposte di giustizia riparativa

A116 Sviluppare Linee di Indirizzo per la valutazione del percorso terapeutico riabilitativo in carcere e in misura alternativa

A126 Garantire la distribuzione di materiale sterile e preservativi e il trattamento con farmaci agonisti all'interno delle strutture carcerarie

Lista esperti

LUISA ACHILLI – Ministero dell’Interno, Uffici Territoriali del Governo (UTG), Prefettura di Genova

MARIA FRANCESCA AMENDOLA – Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza (Regione Calabria)

DENISE AMERINI – CGIL Nazionale

MARIA LAURA ANNALORO – Ministero dell’Interno Prefettura di Genova, Nucleo Operativo Tossicodipendenze

LUIGI ARCIERI – ASL Città di Torino

VINCENZA ARIANO – ASL Taranto

FABIO ATTILIA – Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, ASL Roma 1

MASSIMO BAGNASCHI – Dianova Cooperativa A.R.L.

ROBERTA BALESTRA – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)

DANILO BALLOTTA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

PATRIZIA BARTOLINI – Associazione per i Diritti degli Anziani (ADA)

MONICA BARZANTI – Comunità San Patrignano

ANIELLO BASELICE – ASL Salerno

HASSAN BASSI – Forum Droghe

MANUELE BATTAGGI – Coop Lotta Contro l’Emarginazione

GEMMA BATTAGLIESE – Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, ASL Roma 1

FRANCA BECCARIA – Eclectica+, Ricerca e formazione Impresa Sociale srl

PAOLO BERRETTA – Istituto Superiore di Sanità (ISS)

ROBERTO BERSELLI – Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

STEFANO BERTOLETTI – Forum Droghe, Cooperativa Sociale CAT Firenze

ROSARIA BOLDRINI – Ministero della Salute

GIUSEPPINA BORRELLI – Ministero dell’Interno, Prefettura di Genova

STEFANIA BOSCATO – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

ANTONIO BOSCHINI – Comunitalia



- SERGIO BOVI** – Comunitalia, Federazione Com.E
- SANDRO BRASCA** – ATS Città Metropolitana di Milano
- ANGELA BRAVI** – Coordinatrice del Gruppo tecnico interregionale “Dipendenze”
- CRISTIANO BREGAMO** – Cooperativa Lotta Contro l’Emarginazione
- CLAUDIA BREGLI** – AUSL della Romagna
- MICHELA BRIZZI** – Dipartimento delle Dipendenze ASUGI
- NADIA BRUNELLO** – AULSS 3 Serenissima Dipartimento Dipendenze
- LEOPOLDO BRUNO** – Comunità Incontro Onlus-Comunitalia
- GIOVANNI CABONA** – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
- MARCO CAFIERO** – Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)
- MICHELANGELO CAIOLFA** – Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- PATRIZIA CALABRESE** – Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità del Ministero della Giustizia
- LIBORIO MARTINO CAMMARATA** – Azienda Sanitaria Locale di Novara
- LORENZO CAMOLETTO** – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
- ANTONELLA CAMPOSERAGNA** – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
- PIETRO CANUZZI** – Ministero della Salute
- EMANUELE CAPPELLI** – Ministero della Giustizia
- ONOFRIO CASCIANI** – Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)
- PIETRO CASELLA** – Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)
- FRANCESCO CASSESE** – ASL NA 3 SUD- Dipartimento Dipendenze- UOSD Dipendenze Comportamentali ed Osservatorio
- MATTEO CASTILLETTI** – Polo9 Società Cooperativa Sociale impresa sociale
- GIOVANNI CASTO** – Dipartimento Dipendenze Patologiche Lecce
- ANDREA CAVANI** – Federazione Italiana Comunità Terapeutiche
- CORRADO CELATA** – Regione Lombardia, DG Welfare, UO Prevenzione, Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute e Screening
- VALERIO CELLESI** – Azienda USL Toscana Nordovest
- LUCA CENSI** – Cooperativa Centro Sociale Papa Giovanni XXIII (Reggio Emilia)
- UGO CERON** – Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale ARL Onlus

- SONIA CERRAI** – Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR)
- ELISA CHIAF** – Cooperativa di Bessimo, Centro Studi Sociali
- ADRIANA CIAMPA** – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- ROSALBA CICALÒ** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- SONIA CID Y BIC** – Dipartimento Salute Mentale (DSM) Valle D’Aosta SSD Ser.D
- CLAUDIO CIPPITELLI** – Forum Droghe
- MARIA COSTANZA CIPULLO** – Ministero dell’Istruzione
- LUCIA COCO** – Dipartimento Dipendenze USL Umbria 2
- FLORIANA COLOMBO** – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), Coop Lotta
- AUGUSTO CONSOLI** – Lenad Torino, Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)
- SARAH CONTANESSI** – CAT Cooperativa Sociale
- EMILIANO CONTINI** – Società Cooperativa Sociale “Il Cammino” Onlus
- IRENE COSTANTINI** – Cooperativa Sociale P.A.R.S. Pio Carosi Onlus
- DANILO COZZOLI** – Associazione Comunità Emmanuel ETS
- EDOARDO CIRO GABRIELE COZZOLINO** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD), Specialista In Dipendenze Patologiche
- FILIPPO DE BELLIS** – Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR)
- ERNESTO DE BERNARDIS** – Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)
- RICCARDO DE FACCI** – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
- GIANFRANCO DE GESU** – Ministero della Giustizia
- FRANCESCO DE MATTEIS** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD) Calabria
- LUISA ANTONELLA DE PAOLA** – Ministero dell’Università e della Ricerca
- SUSANNA DEDOLA** – Azienda Socio-Sanitaria n.7 “Pedemontana”
- MIRIAM DI CESARE** – Ministero della Salute
- ANTONIO DI GIOIA** – Dipartimento di Prevenzione ASL BT Ser.D Andria
- GIORGIO DI LAURO** – Associazione Italiana per le Cure nelle Dipendenze Patologiche (ACUDIPA)
- GIUSEPPE DI MEGLIO** – Ministero per gli Affari Regionali
- GIUSEPPE DI PINO** – Rete Italiana Riduzione del Danno (ITARDD)



- ADELE DI STEFANO** – ASL Roma 1, Dipartimento Salute Mentale
- GIOVANNA DIOTALLEVI** – Dipartimenti Dipendenze Patologiche Area Vasta 1 ASUR Marche
- GIOVANNI FRANCESCO MARIA DIRENZO** – Fondazione Villa Maraini Onlus
- RACHELE DONINI** – ASL 2 Savonese/Regione Liguria
- MAURIZIO D’ORSI** – Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
- MARCO DOTTI** – Cooperativa Sociale di Bessimo Onlus
- EMILIO EMMOLO** – Confcooperative Federsolidarietà
- GIADA FABIO** – Dipartimento Dipendenze Patologiche Ser.D ASL Bari
- GUIDO FAILLACE** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- EZIO FARINETTI** – Associazione Gruppo Abele Torino
- DONATA FAVRETTO** – Università degli Studi di Padova, Medicina Legale e Tossicologia Forense
- PATRIZIA FEDERER** – Caritas Diocesi Bolzano Bressanone
- ALFREDO FERRANTE** – Ministero per le Pari Opportunità e la Famiglia
- ALFREDO FERRANTE** – Ministero per le Pari Opportunità e la Famiglia
- MARICA FERRI** – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- DANIELE ANTONIO FERROCINO** – Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR)
- AMELIA FIORIN** – Azienda ULSS2 Marca Trevigiana
- TANIA FONTANELLA** – Comunità Incontro Onlus-Comunitalia
- DANIELA FORLANO** – AUSL Romagna, Unità Operativa Complessa (UOC) Dipendenze Patologiche di Forlì
- ELISA FORNERO** – Rete Italiana per la Riduzione del Danno (ITARDD)
- FABIO FRASCONE** – AULSS3 Serenissima
- GIADA FURLAN** – Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Parma
- FRANCESCA FUSELLI** – Cooperativa Sociale PARS “Pio Caorsi” Onlus
- CHIARA GABRIELLI** – Azienda USL di Modena
- MARIASOLE GALASSI** – Ministero della Salute
- SARA GALEAZZI** – Società Cooperativa Sociale Borgorete
- PIETRO GALEONE** – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- SARA GALLI** – Cooperativa Sociale ACTL

- RITA EUGENIA CATERINA GALLIZI** – Coordinamento
Enti Autorizzati e Accreditati Lombardi (CEAL),
Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione
- ROBERTO GALUFFO** – Ministero dell'Istruzione,
Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
- NADIA GASBARRINI** – Fondazione Villa Maraini Onlus
- ROBERTO GATTO** – Associazione Comunità Progetto Sud,
Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali
degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR),
Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
- MARIA ASSUNTA GIANNINI** – Ministero della Salute
- DARIO GIANOLI** – Regione Lombardia Agenzia di Tutela
della Salute (ATS) Milano Città Metropolitana
- ANGELO GIGLIO** – Comitato Scientifico Forum Droghe
- MARA GILIONI** – Federazione Italiana degli Operatori dei
Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- RICCARDO GIONFRIDDO** – Azienda Sanitaria Provinciale
di Siracusa, SITD Direttivo Nazionale
- FRANCESCA GIORDANO** – ASL Lecce
- GIANNI GIULI** – ASUR Area Vasta 3 Macerata
- PATRIZIO GONNELLA** – Associazione Antigone
- ANTONIETTA GRANDINETTI** – ASL Salerno
- MARIALUISA GRECH** – Ser.D AUSL Bologna
- GIOVANNA GRILLO** – Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)
- LEOPOLDO GROSSO** – Gruppo Abele
- GERARDO GUARINO** – ASL Pescara
- ALESSIO GUIDOTTI** – Network Italiano delle Persone che Usano
Droghe (ITANPUD) Associazione di Promozione Sociale (APS)
- INA MARIA HINNENTHAL** – Ser.D ASL3 Genova
- GIUSEPPE IRACI SARERI** – Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale
- PETER KOLER** – Forum Prevenzione
- ANGELA LACALAMITA** – Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Bari
- ANNA PAOLA LACATENA** – Dipartimento Dipendenze Patologiche
ASL TA- Società Italiana delle Tossicodipendenze (SITD)
- ANGELA LAGIOIA** – Università della Strada
Gruppo Abele Impresa Sociale S.R.L
- VINCENZO LAMARTORA** – Federazione Italiana degli Operatori dei
Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)



- PATRIZIO LAMONACA** – Coordinamento Enti Ausiliari Emilia Romagna (CEA ER)
- MATTEO LANCINI** – Ministero dell'Università e della Ricerca
- ROBERTA LATTUADA** – Associazione Nazionale Cura Dipendenze Patologiche (ACUDIPA)
- IVAN LEMBO** – CGIL Camera del Lavoro Metropolitana di Milano
- ANTONELLA LEOGRANDE** – Cooperativa Sociale Giovanni Paolo II, Comunità Terapeutica Il Risorto
- CLAUDIO LEONARDI** – Società Italiana Patologie da Dipendenza (SIPaD)
- VINCENZO LEONE** – Associazione Comunità Emmanuel
- SALVO LEOTTA** – Ministero dell'Interno
- SANDRO LIBIANCHI** – Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane (Co.N.O.S.C.I.)
- GIOVANNI LIZZIO** – Centro Italiano di Solidarietà (CEIS) Genova
- SAVERIO LO RUSSO** – Ministero per gli Affari Regionali
- CARLO ALESSANDRO LOCATELLI** – UO Tossicologia, Centro Antiveleni e Centro Nazionale di Informazione Tossicologica, Ospedale IRCCS di Pavia, ICS Maugeri
- ALESSANDRO LODDO** – Ministero dell'Interno
- MARIA CRISTINA LOREFICE** – Comunità Incontro Onlus-Comunitaria
- LUCIANO LUCANÌA** – Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPE)
- ALFIO LUCCHINI** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- ANDREA LUCCITELLI** – Cooperativa Comunità Papa Giovanni XXIII Coop, Sociale ar.l.
- STEFANO LUCESOLI** – Cooperativa Sociale Pars "Pio Carosi" Onlus
- CLAUDIA LUPPI** – Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR)
- CHIARA MAGRINI** – Terra Mia SCS, Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR) Piemonte
- ROBERTO ANNIBALE MALINCONICO** – ASL Caserta
- GIUSEPPE MAMMANA** – Associazione Italiana per le Cure nelle Dipendenze Patologiche (ACUDIPA)
- ANTONELLA MANFREDI** – Azienda USL Toscana Centro
- BATTINI MARCO** – Regione Emilia Romagna
- ERMANN MARGUTTI** – AULSS3 Serenissima Regione Veneto

- LUISA MASTROBATTISTA** – Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- ISABELLA MASTROPASQUA** – Ministero della Giustizia
- SILVIA MELCHIORI** – USO Medicina delle Dipendenze Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
- ALESSANDRO MELE** – Ministero per le Pari Opportunità e la Famiglia
- SILVIA MENGOLI** – Comunità San Patrignano
- FRANCESCO SAVERIO MENNINI** – Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”
- BETTINA MERANER** – Ser.D Bolzano, Direttivo Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- PAOLO MERELLO** – Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR)
- PATRIZIA MERINGOLO** – Forum Droghe, Università di Firenze
- MARIA MIGLIORE** – Ministero della Salute
- ADELE MINUTILLO** – Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- ANTONIO MISTRETTA** – Università degli Studi di Catania
- VALERIA MODESTI** – Ser.D, UslUmbria2
- MARIAPAOLA MODESTINI** – Ama-Aquilone Cooperativa Sociale
- ANDREA MONCULLI** – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
- MARIA ANTONELLA** Monti – ASST Santi Paolo e Carlo
- ANGELO MORETTI** – Rete Economia Civile Sale della Terra
- CLAUDIA MORTALI** – Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- MICHELA MOSCONE** – Regione Abruzzo
- ADA MOZNICH** – I Ragazzi della Panchina
Organizzazione di Volontariato (ODV)
- LAURA MURAGLIA** – Unità Operativa Complessa (UOC) Struttura Sovradistrettuale Dipendenze Patologiche ASL Brindisi
- RICCARDO NAPOLI** – Comando Carabinieri per la Tutela della Salute
- FELICE ALFONSO** Nava – Regione del Veneto,
Direzione Programmazione Sanitaria, U.O.
Salute Mentale e Sanità Penitenziaria
- GIAMPAOLO NICOLASI** – Comunità Incontro Onlus-Comunitaria
- MARIA TERESA NINNI** – Network Italiano delle
Persone che Usano Droghe (ITANPUD)
- PAOLO ONELLI** – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- ROBERTA PACIFICI** – Istituto Superiore di Sanità (ISS)



- VINCENZO PALMIERI** – Fondazione Villa Maraini
- RAIMONDO MARIA PAVARIN** – USL Bologna
- LUCA PELLEGRINI** – Centro Italiano di Solidarietà (CEIS) Genova
- EMANUELE PERRONE** – Rete Italiana Riduzione del Danno (ITARDD)
- FRANCESCA PESCE** – Università degli studi di Trento, Università di Giurisprudenza
- SABRINA PETRELLI** – Asur, Area Vasta 4 di Fermo (FM)
- LIVIANA PEZZINI** – Centro Mantovano Solidarietà Arca
- FABIANA PIERGIGLI** – ASUR Marche AV2- STDP Jesi
- DANIELE PINI** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- EDOARDO POLIDORI** – Unità Operativa Complessa (UOC) Dipendenze Patologiche Forlì e Rimini AUSL Romagna
- ELENA PORCELLA** – Fondazione Villa Maraini
- ROBERTA POTENTE** – Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR)
- CATERINA POZZI** – Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
- MARIA RITA QUARANTA** – Dipartimento dipendenze patologiche ASL Taranto
- LIVIA RACCA** – Associazione Aliseo Onlus
- LAURA RANDAZZO** – Regione Lombardia, ATS Bergamo
- SONIA RIDOLFI** – Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR)
- MARCO RIGLIETTA** – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- STEFANO RIZZI** – Gruppi Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR) e Coordinamento Enti Ausiliari e Accreditati Lombardi (CEAL)
- MARCO ROMANELLI** – La Rondine, Società Cooperativa di Produzione e Lavoro
- CARLA ROSSI** – Centro Studi Statistici e Sociali
- MASSIMO RUGGERI** – Coordinamento Enti Ausiliari e Accreditati Lombardi (CEAL)
- PATRIZIA RUSSI** – Comunità San Patrignano Cooperativa Sociale
- CINZIA CRISTINA SACCHELLI** – Regione Lombardia
- PAOLA SACCHI** – Regione Lombardia
- DIEGO SACCON** – AULSS4 Veneto Orientale

- ACHILLE SALETTI BOCCALI** – Anteo-Saman Impresa Sociale
- SONIA SALVINI** – Regione Liguria, Azienda Ligure Sanitaria Alisa
- FEDERICO SAMADEN** – Provincia Autonoma di Trento
- SAMANTHA SANCHINI** – UOC Dipendenze
Patologiche Forlì AUSL Romagna
- DANIELA SANNINO** – Ordine Psicologi Puglia
- ROBERTO SANTARPINO** – Servizio Multidisciplinare Integrato
(SMI) Centro Associazione Genitori Antidroga (AGA)
- ANNALIA SANTILLO** – Federazione Come Arca
centro mantovano di solidarietà Onlus
- ALESSIO SAPONARO** – Regione Emilia-Romagna
- LUCA SARTORATO** – Federazione Italiana Comunità Terapeutiche
(FICT), Coordinamento Veneto Strutture Terapeutiche (COVEST),
Confcooperative veneto, Centro Italiano di Solidarietà (CEIS)
- PAOLO SEMINARA** – Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria
- GIORGIO SERIO** – Federazione Italiana degli Operatori dei
Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- IVAN SEVERI** – Università della Strada Gruppo Abele Srl
- GIOVANNA MARIA ANGELA SOLLAMI** – Centro Italiano di
Solidarietà (CEIS) di Roma don Mario Picchi
- LORENZO SOMAINI** – ASL Biella
- CECILIA SPINAZZOLA** – Ministero dell’Istruzione
- PAOLO STOCCO** – Cooperativa Comunità di Venezia
- SABINA STRANO ROSSI** – Università Cattolica del Sacro Cuore
- MARGHERITA TADDEO** – Regione Puglia, ASL Taranto,
Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti
e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
- ELIDE TISI** – Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ROSSANA TOGNONI** – ASL 5 Liguria Dipartimento Salute
mentale e Dipendenze SerT la Spezia DSS 18
- PAOLA BRUNA TOZZI** – Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL BT
- PAOLA TROTTA** – Azienda USL Toscana Centro
- ROBERTA TUMIATTI** – Legacoopsociali Nazionale,
Cooperativa Animazione Valdocco s.c.s.i.s. Onlus
- FRANCESCA VALENTINI** – Comunità Incontro Onlus
- STEFANO VECCHIO** – Forum Droghe
- SARAH VECCHIO** – Società Italiana di Tossicologia
(SITOX), Ser.D Cossato/Biella, ASL BI



MARIELLA VIDAL TAGLIAPIETRA – Servizio per le Dipendenze Patologiche AULSS3 Serenissima

FRANCESCO VISMARA – Comunità San Patrignano

MICHELA VOGRIG – Consorzio Operativo Salute Mentale (COSM), Legacoopsociali (associazione nazionale di settore della cooperazione sociale di Legacoop)

BIAGIO ZANFARDINO – Giunta Regionale della Campania

Facilitazione di processo

MAURO SOLI – FederSanità ANCI Toscana (Coordinatore team)

ANDREA DE CONNO – FederSanità ANCI Toscana

ALESSIO ARCES – FederSanità ANCI Toscana

IACOPO BENINI – FederSanità ANCI Toscana

MARCO BETTI – FederSanità ANCI Toscana

LUCA CATERINO – FederSanità ANCI Toscana

GENNARO EVANGELISTA – FederSanità ANCI Toscana

Sviluppo della piattaforma PAND

MORENO TOIGO – Simurg Ricerche

Coordinamento Tecnico Scientifico

SABRINA MOLINARO – Consiglio Nazionale delle Ricerche
– Istituto di Fisiologia Clinica (Coordinatore team)

ELISA BENEDETTI – Consiglio Nazionale delle Ricerche
– Istituto di Fisiologia Clinica

SONIA CERRAI – Consiglio Nazionale delle Ricerche
– Istituto di Fisiologia Clinica

ELEONORA COLOZZA – Consiglio Nazionale delle Ricerche
– Istituto di Fisiologia Clinica

CORRADO FIZZAROTTI – Consiglio Nazionale delle Ricerche
– Istituto di Fisiologia Clinica

SIMONE SACCO – Consiglio Nazionale delle Ricerche
– Istituto di Fisiologia Clinica