



UN MODELLO DI SISTEMA AVANZATO PER LA GESTIONE DEL FONDO REGIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Lorenzo Rampazzo ¹⁾, Anna Corti ²⁾

1. Servizio Prevenzione delle devianze, Direzione regionale per i servizi sociali, Regione Veneto

2. Ufficio Dipendenze, Direzione regionale per i servizi sociali, Regione Veneto

INTRODUZIONE

Il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 (art. 127), istituiva il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, destinato al finanziamento dei progetti triennali finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza correlata. Tale fondo è stato gestito direttamente dallo Stato fino al 1995; con l'esercizio finanziario statale 1996 la gestione amministrativa del 75% del fondo è stata trasferita alle Regioni, mentre il restante 25% continuava ad essere gestito a livello statale.

La Legge 18 febbraio 1999, n. 45 (art. 1), ha regionalizzato il 75% della quota del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, istituito con D.P.R. 309/90. Alla ripartizione tra le regioni del 75% del Fondo si provvede annualmente con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, tenuto conto del numero degli abitanti e della diffusione delle tossicodipendenze. Le regioni stabiliscono le modalità, i criteri e i termini di gestione di tale Fondo - sulla base dell'atto di indirizzo e coordinamento contenente i criteri generali per la valutazione e il finanziamento dei progetti (D.P.C.M. 10 settembre 1999) - sentiti gli enti locali, nonché le organizzazioni rappresentative degli enti ausiliari, delle organizzazioni del volontariato e delle cooperative sociali che operano nel territorio.

La regionalizzazione del Fondo ha avuto effetto a partire dagli esercizi finanziari statali 1997-8-9, trasferiti alle regioni nel mese di dicembre 1999, mentre per gli esercizi finanziari successivi il trasferimento ha avuto luogo nei primi mesi dell'anno di riferimento, con la prospettiva che dal 2003 il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga venga inserito in maniera indistinta all'interno del Fondo per la Solidarietà sociale, lasciando alle singole regioni il compito di individuare la quota da destinare agli interventi per la lotta alla droga.

IL MODELLO DI GESTIONE DEL FONDO REGIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Il Fondo Regionale di intervento per la Lotta alla Droga rappresenta lo strumento più potente ed efficace attualmente a disposizione delle regioni per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete, in quanto consente di implementare concretamente gli indirizzi regionali legandoli alla contemporanea messa a disposizione delle risorse economiche necessarie per la loro attuazione. La potenza e l'efficacia del Fondo quale strumento per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete dipende però dal modello che si adotta per la sua gestione.

La modalità più tradizionale per gestire il Fondo consiste nella emanazione di un bando regionale per il finanziamento di progetti presentati sia da enti pubblici che da organismi del privato sociale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Questa impostazione presenta però una serie di punti deboli, che includono:

- La disomogeneità nella distribuzione territoriale delle risorse, che quindi non erano associate alla distribuzione dei bisogni reali;
- La mancanza di una programmazione locale congiunta dei progetti che coinvolga tutti i diversi soggetti pubblici (A.S.L., comuni, province) e privati (comunità terapeutiche, cooperative sociali, associazioni di volontariato) che operano nel settore;
- Il "centralismo" regionale nella valutazione dei progetti da finanziare, sulla base di documentazione esclusivamente cartacea, senza la possibilità di un reale riscontro delle progettualità proposte;
- Lo scarso o nullo coordinamento a livello locale (di A.S.L. o di distretto) dei diversi progetti finanziati.

Il modello di gestione del Fondo Regionale di intervento per la Lotta alla Droga più potente ed efficace per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete è quello che, basandosi sul principio della sussidiarietà, trasferisce la gestione di buona parte del Fondo stesso a livello locale, responsabilizzando direttamente le A.S.L., le amministrazioni comunali, il volontariato e il cosiddetto privato sociale. Per esempio, una quota pari all'80% del Fondo complessivo potrebbe essere a sua volta ripartito tra Ambiti Territoriali, individuati nei territori delle Aziende sanitarie locali per la realizzazione dei "Piani triennali di intervento – Area dipendenze".

La quota a gestione accentrata per la realizzazione di progetti di interesse regionale potrebbe essere utilizzata come segue:

- per la formazione e l'aggiornamento integrato degli operatori dei servizi pubblici e privati;
- per il mantenimento del sistema epidemiologico regionale e della rete informatica unifica;
- per la realizzazione di una campagna preventiva a livello regionale;
- per la valutazione dell'output (prodotto) e dell'outcome (risultato) dei Piani triennali di intervento – Area dipendenze;
- per la realizzazione di "progetti-quadro" in alcune delle aree prioritarie di intervento individuate dalla regione per la predisposizione e realizzazione dei "Piani triennali di intervento – Area dipendenze".

La ripartizione della quota del Fondo regionale destinato al finanziamento dei "Piani triennali di intervento" potrà basarsi sugli stessi parametri individuati dalla Legge n. 45/99, ossia sulla popolazione residente (peso 50%) e sulla diffusione delle tossicodipendenze (peso 50%), al fine di orientare una equilibrata distribuzione delle risorse sul territorio regionale e di assicurare a livello di ambito territoriale una programmazione complessiva, coordinata e coerente degli interventi. Di seguito, viene presentata una simulazione di riparto della quota del

Fondo regionale destinato al finanziamento dei “Piani triennali di intervento”, utilizzando le seguenti variabili-criterio:

- 1) La popolazione generale dai 15 ai 44 anni.
- 2) I risultati delle ricerche ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (indagine condotta su studenti della scuola media superiore) ed IPSAD – Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs - (indagine condotta sulla popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 44 anni), che considerano il consumo delle sostanze psicoattive secondo gli indicatori richiesti dall'E.M.C.D.D.A/O.E.D.T. (Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze) per lo studio del fenomeno dell'uso e abuso delle sostanze lecite ed illecite, ossia il consumo nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Più in particolare sono state considerate le seguenti variabili:
 - a) il numero di soggetti che si sono ubriacati 10 e più volte negli ultimi 12 mesi;
 - b) il numero di soggetti che hanno consumato cannabis 10 e più volte negli ultimi 12 mesi. Rispetto le variabili “numero di ubriacature” e “consumo di cannabis” è stata ricavata una percentuale media;
 - c) il numero di soggetti che hanno consumato altre droghe illecite 3 o più volte negli ultimi 12 mesi;
- 4) stima del numero reale di soggetti che hanno assunto oppiacei, attraverso il metodo statistico della cattura-ricattura, applicato sulle liste di utenti dei Ser.T, delle comunità terapeutiche e dei N.O.T (nuclei operativi tossicodipendenze) delle Prefetture (domanda);
- 5) dati rilevati dalle schede ministeriali sul numero medio di utenti in carico con eroina come sostanza d'abuso primaria, ai Ser.T (domanda).

Il numero di soggetti rilevati su ciascuna variabile considerata è stato rapportato in termini percentuali al numero di abitanti presenti in ciascuna A.S.L. A ciascuna variabile è stato successivamente dato un peso (percentuale di ripartizione) sulla base delle priorità regionali, utile per ripartire il fondo stesso:

- d) la popolazione generale residente ha avuto “un peso” pari al 50%;
- e) la popolazione che si è ubriacata e che ha consumato cannabis 10 e più volte ha avuto “un peso” pari al 10%;
- f) la popolazione che ha consumato altre droghe illecite 3 o più volte ha avuto “un peso” pari al 10%;
- g) la popolazione stimata che ha consumato oppiacei (bisogno) ha avuto “un peso” pari al 20%;
- h) la popolazione media che è stata in carico ai servizi pubblici (domanda) con eroina come sostanza d'abuso primaria ha avuto “un peso” pari al 10%;
- i) Ne consegue la ripartizione illustrata nella tabella 1.

IL PIANO TRIENNALE DI INTERVENTO – AREA DIPENDENZE

Il Piano triennale di intervento – Area dipendenze è elaborato collegialmente dall'A.S.L. e dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, con il supporto tecnico-organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze, e si articola in progetti, di durata triennale, specificamente rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali, che interessano territori con dimensione minima corrispondente ai Distretti socio-sanitari. I singoli progetti che vanno a costituire il “Piano triennale di intervento – Area dipendenze” saranno gestiti operativamente dai soggetti, pubblici o privati, che li hanno elaborati e dovranno prevedere una compartecipazione con risorse proprie (ad es. personale o strumentazioni) o di altra natura (ad es. sovvenzioni private o altri finanziamenti) non inferiore al 25% nel caso di enti pubblici, e non inferiore al 10% nel caso di

organismi privati. Il “Piano triennale di intervento – Area dipendenze” trova giusta collocazione nel Piano di Zona – Area dipendenze quale ambito di programmazione territoriale e, come tale, può integrare i Piani di Zona stessi ed offrire più ampie opportunità lì dove già perfezionati; nelle realtà in cui i Piani di Zona non sono ancora stati definiti, l’elaborazione del “Piano triennale di intervento – Area dipendenze” può rappresentare l’occasione per un’organica progettualità nell’area delle dipendenze.

Il “Piano triennale di intervento – Area dipendenze” si articola come segue (vedi scheda allegata):

- indicazione degli enti pubblici e privati coinvolti;
- analisi dei bisogni locali;
- analisi delle risorse disponibili e attivabili;
- definizione degli obiettivi da raggiungere nel triennio e dei relativi criteri di verifica;
- elenco delle singole progettualità;
- indicazione delle modalità attuative degli Accordi di programma (attori e tempi);
- indicazione del Responsabile del Piano triennale.

I singoli progetti si articolano invece come segue (vedi scheda allegata):

- soggetto, pubblico o privato, titolare del singolo progetto e gestore operativo dello stesso;
- indicazione dell’ambito territoriale coinvolto, non inferiore a quello del Distretto socio-sanitario;
- indicazione dei soggetti, pubblici e privati, coinvolti;
- definizione degli obiettivi specifici e dei relativi criteri di misurazione;
- tempi di realizzazione, fasi e obiettivi intermedi;
- metodologie per il raggiungimento degli obiettivi;
- indicazione dell’impegno finanziario, disaggregato per componenti;
- indicazione del Responsabile del progetto.

Per l’elaborazione, la realizzazione, il monitoraggio e la valutazione del “Piano triennale di intervento – Area dipendenze”, l’A.S.L. e l’Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, costituisce un Gruppo di Lavoro, composto da:

- Presidente della Conferenza dei Sindaci
- Direttore dei Servizi Sociali dell’A.S.L.
- Direttore del Dipartimento per le Dipendenze,
- Referente Legge 285/97
- Rappresentante degli Enti Ausiliari
- Rappresentante delle Associazioni di volontariato
- Rappresentante della Scuola.

La Conferenza dei Sindaci e il direttore generale dell’A.S.L. approvano il “Piano triennale di intervento - Area dipendenze”, elaborato dal gruppo di lavoro interistituzionale. Il Piano comprende le singole progettualità locali, il relativo impegno economico, le modalità organizzative per la loro attuazione e per il loro monitoraggio. Il Piano deve inoltre prevedere la stipula di atti convenzionali tra l’A.S.L. o gli enti locali interessati e i soggetti privati per la realizzazione delle singole progettualità da questi ultimi elaborate e ricomprese nel Piano. Tutti i soggetti pubblici e privati titolari di progetti ricompresi nel Piano, hanno l’onere di recepire i contenuti del Piano stesso e di adottare gli atti necessari alla loro realizzazione.

Per la gestione del Fondo a livello regionale sarà opportuno istituire un Comitato di coordinamento e valutazione, che sarà presieduto dal Dirigente regionale di settore e potrà essere composto da:

- due direttori dei Servizi sociali;
- due direttori di Dipartimento per le dipendenze;
- due rappresentanti delle comunità terapeutiche private;
- un rappresentante dell'ANCI;
- un rappresentante della Direzione Scolastica Regionale;
- un rappresentante del volontariato;

I compiti del Comitato di coordinamento e valutazione includono in particolare:

- il coordinamento tra i Piani triennali di intervento e le competenti strutture regionali;
- la valutazione dei Piani triennali di intervento e dei progetti regionali;
- la formazione dei responsabili dei Piani triennali di intervento;
- il monitoraggio dei Piani triennali di intervento e dei progetti regionali, anche mediante visite in sede dei progetti e presentazioni pubbliche delle esperienze.

La Regione recepisce i “Piani triennali di intervento – Area dipendenze”, li valuta in termini di congruenza con la programmazione regionale, li approva o ne propone modifiche, e eroga il finanziamento in tre rate:

- La prima rata, pari al 40% del finanziamento totale, previa comunicazione di avvio del piano triennale e su recepimento delle eventuali prescrizioni.
- La seconda rata, pari al 40% del finanziamento totale, verrà liquidata, non prima di 18 mesi dall'avvio del piano, su presentazione di relazione sullo stato di avanzamento (schede di valutazione e rendicontazione) approvata con delibera del direttore generale dell'A.S.L. e su positiva valutazione dell'Esecutivo se delegato.
- Il saldo, pari al 20%, verrà liquidato a completamento dei piani su presentazione di relazione finale (schede di valutazione e rendicontazione), approvata con delibera del direttore generale dell'A.S.L. e su positiva valutazione dell'Esecutivo se delegato.

Per quanto riguarda il monitoraggio delle attività, si prevede quanto segue:

- Entro 30 giorni dalla conclusione del primo anno di attività: relazione sull'andamento del piano (schede di valutazione e rendicontazione) approvata con delibera del direttore generale dell'A.S.L. e su positiva valutazione dell'Esecutivo se delegato.
- Entro 30 giorni dalla conclusione del secondo anno di attività: trasmissione di una relazione sull'andamento del piano (schede di valutazione e rendicontazione) approvata con delibera del direttore generale dell'A.S.L. e su positiva valutazione dell'Esecutivo se delegato.

La gestione contabile del Fondo regionale relativo ai singoli Ambiti territoriali (75% del Fondo complessivo) è delegata alle A.S.L. territorialmente competenti, che procederanno all'erogazione dei finanziamenti destinati ai soggetti titolari dei singoli progetti inclusi nel “Piano triennale di intervento – Area dipendenze”, nonché al controllo sulla destinazione dei finanziamenti assegnati. La delega alle A.S.L. della gestione contabile del Fondo regionale relativo ai singoli Ambiti territoriali riguarda esclusivamente l'espletamento di tutte le procedure di erogazione e di controllo sulla destinazione dei finanziamenti assegnati e non prefigura un controllo diretto o preventivo sull'elaborazione e la gestione dei singoli progetti inclusi nel “Piano triennale di intervento – Area dipendenze”, che compete collegialmente all'A.S.L. e all'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, con il coinvolgimento diretto dei Ser.T, degli organismi del privato-

sociale e degli altri soggetti pubblici e privati che operano localmente nel settore, coordinati funzionalmente nel Dipartimento per le Dipendenze.

FINALITÀ E CARATTERISTICHE DEI PROGETTI LOCALI

I progetti inclusi nei Piani Triennali di intervento devono essere orientati al conseguimento delle finalità stabilite dal D.P.C.M. 10 settembre 1999:

- realizzazione di progetti integrati sul territorio di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, compresi quelli volti alla prevenzione delle patologie correlate e dei danni conseguenti, purché finalizzati al recupero psico-fisico della persona;
- promozione di progetti personalizzati rivolti al reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e alcoldipendenti;
- diffusione sul territorio di servizi sociali e sanitari di primo intervento, come le unità di prevenzione in strada, i servizi a bassa soglia e i servizi di consulenza e di orientamento telefonico;
- realizzazione coordinata di programmi e di progetti sulle tossicodipendenze e sull'alcoldipendenza correlata orientati alla strutturazione di sistemi territoriali di intervento a rete;
- realizzazione di progetti di educazione alla salute.

Le attività finanziabili con il Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga comprendono, ai sensi del D.P.C.M. 10 settembre 1999:

- interventi integrativi di quelli svolti dai servizi pubblici e del privato-sociale accreditati che esulino dalle attività ordinarie dell'Ente
- programmi di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria),
- interventi socio-assistenziali, con particolare riferimento all'inserimento socio-lavorativo,
- programmi di formazione e aggiornamento degli operatori pubblici e privati, finalizzati alla realizzazione del progetto,
- programmi di riconversione specialistica delle strutture terapeutiche esistenti e/o attivazione in via sperimentale di strutture specialistiche, limitatamente alla fase di avvio (attività destinate a tossicomani con problemi psichiatrici, a donne o coppie tossicodipendenti con minori).

Non sono pertanto finanziabili le funzioni istituzionali dei servizi pubblici finanziate con oneri a carico del S.S.N. I programmi che contengono interventi socio-sanitari possono essere finanziati esclusivamente qualora gli interventi di natura sanitaria siano garantiti da soggetti accreditati con il Servizio sanitario nazionale. Non possono essere finanziati progetti che prevedano l'acquisizione e/o la ristrutturazione di immobili, mentre possono essere finanziati progetti finalizzati al miglioramento degli standard strutturali ovvero all'adeguamento a standard strutturali superiori, purché il loro ammontare non superi il 20% della quota complessiva del Fondo a disposizione.

Per ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili, potrà essere opportuno vincolare i finanziamenti alla realizzazione di attività direttamente rivolte alla prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze psicoattive, ivi incluse quelle legali con particolare riferimento all'alcool e con una particolare attenzione al fenomeno delle cosiddette "nuove droghe/nuove modalità di abuso". Qualora prevedano interventi di natura sanitaria, essi devono avere carattere innovativo o dare continuità ad azioni già intraprese, ma per le quali si richiedano approfondimenti specifici. In generale, i progetti devono mirare alla costruzione di

una reale integrazione delle risorse presenti nel territorio che coinvolga il sociale e il sanitario, il pubblico e il privato, con pari dignità.

I soggetti che possono essere titolari dei progetti che costituiscono i “Piani territoriali di intervento – Area dipendenze” includono:

- Province, Comuni e loro consorzi, Comunità montane;
- AA.SS.LL.;
- Enti ausiliari di cui agli artt. 115 e 116 DPR 309/1990, iscritti all'Albo regionale;
- Le organizzazioni di volontariato di cui alla legge n. 266/1991, iscritte all'Albo regionale;
- Le cooperative sociali di cui all'art. 1, comma 1, lettera b) della legge n. 381 del 1991, e loro consorzi, iscritte all'Albo regionale.

I responsabili dei singoli progetti di intervento godono di autonomia e responsabilità tecnica e amministrativa nella gestione del progetto di cui sono titolari e del relativo budget.

I progetti inclusi nei Piani Triennali di intervento devono indicare espressamente, sempre ai sensi del D.P.C.M. 10 settembre 1999, pena l'esclusione dal finanziamento:

- gli obiettivi da raggiungere e i relativi indicatori quantitativi per la misurazione dei risultati, distinguendo le prestazioni rese dagli esiti prodotti, in relazione alle specifiche esigenze presenti sul territorio in cui il progetto deve essere realizzato;
- i tempi di realizzazione, le fasi e gli obiettivi intermedi;
- le modalità operative che si intendono utilizzare per il raggiungimento degli obiettivi;
- la gestione operativa a cura dell'organismo che ha presentato il progetto;
- le modalità per la diffusione dei risultati;
- le amministrazioni pubbliche, i servizi, le reti assistenziali, le organizzazioni private con i quali è previsto un collegamento per la realizzazione del progetto;
- i costi di realizzazione, disaggregati per componenti, comprese le risorse umane da impiegare e gli oneri per l'acquisto di beni e servizi. Nel caso di acquisizione di beni durevoli, nell'elaborato dovrà essere indicato il mantenimento della destinazione d'uso originaria anche dopo la conclusione del progetto;
- le modalità di protezione del personale impiegato, nel caso che la realizzazione del progetto comporti il contatto ripetuto con situazioni di grave disagio o rischio.

I progetti devono inoltre contenere:

- gli indicatori per la verifica della qualità degli interventi e dei risultati relativi al recupero dei tossicodipendenti;
- le modalità di trasferimento dei dati progettuali tra assessorati alle politiche sociali, responsabili dei centri di ascolto, responsabili degli istituti scolastici e amministrazioni pubbliche centrali;
- le modalità di trasferimento dei dati progettuali tra i soggetti che operano nel settore della tossicodipendenza a livello regionale.

LE AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO PER I “PIANI TRIENNALI DI INTERVENTO”

Al fine di sfruttare al meglio le potenzialità del Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga, orientando le progettualità locali sulla base delle politiche regionali, è opportuno individuare le aree prioritarie di intervento, specificando per ciascuna area le attività da svolgere e gli indicatori di verifica dell'output (prodotto) e dell'outcome (risultato).

Le aree prioritarie di intervento individuate per la predisposizione e realizzazione dei “Piani triennali di intervento – Area dipendenze” possono includere:

1. Prevenzione dei comportamenti a rischio durante il tempo libero.
2. Prevenzione primaria dell'uso di sostanze psicoattive in ambito scolastico.
3. Prevenzione primaria dell'uso di sostanze psicoattive nel mondo del lavoro.
4. Presa in carico dei figli minorenni di genitori tossicodipendenti.
5. Reinserimento lavorativo di tossicodipendenti.
6. Trattamento tossicodipendenti e/o alcolodipendenti affetti da gravi disturbi psichici.
7. Prevenzione secondaria delle patologie correlate, razionalizzazione e innovazione delle cure.
8. Prevenzione delle ricadute.

I progetti relativi alle aree prioritarie “Prevenzione dei comportamenti a rischio durante il tempo libero”, “Prevenzione primaria dell'uso di sostanze psicoattive in ambito scolastico” e “Presa in carico dei figli minorenni di genitori tossicodipendenti” andranno coordinati con i progetti di cui alla Legge 28 agosto 1997, n. 285, “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza”.

Ulteriori aree prioritarie di intervento possono essere individuate collegialmente a livello di Ambito territoriale sulla base di una documentata analisi dei bisogni locali e di una precisa individuazione degli indicatori di verifica dell'output e dell'outcome.

Tab. 1: Aree prioritarie di intervento

AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	INDICATORI DI VERIFICA	
		Output	Outcome
Prevenzione dei comportamenti a rischio durante il tempo libero	Interventi finalizzati ad un cambiamento comportamentale circa l'uso, le opinioni e gli atteggiamenti riguardanti le sostanze ricreative, orientati alla prevenzione della iniziazione e della stabilizzazione dell'uso di tali sostanze, rivolgendosi sia ai giovani che sono a contatto con situazioni ed ambienti contigui con tali sostanze, sia ai giovani non più inseriti nel circuito scolastico, per i quali non è facile l'individuazione e la rilevazione dei bisogni. Gli interventi saranno rivolti prevalentemente agli adulti significativi che hanno un ruolo educativo (genitori, animatori, allenatori, ecc.), laddove le azioni progettuali siano destinate alla fascia di età 11-14 anni, mentre, per la fascia di età maggiore ai 14 anni, vanno rivolti direttamente ai giovani, negli spazi logistici e temporali più consoni alle loro abitudini.	n. giovani coinvolti/n. popolazione target n. adulti significativi coinvolti/n. popolazione target	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio
Prevenzione della droga nella scuola	Interventi caratterizzati da ampiezza del target (insegnanti, studenti, genitori, personale non docente) volti, con particolare riferimento agli studenti, ad una modifica del comportamento nella direzione di una maggiore responsabilizzazione di fronte all'uso delle sostanze, e con riferimento agli adulti, ad una informazione guidata finalizzata a sviluppare una visione complessiva e critica sull'uso delle sostanze. Non vanno escluse iniziative di prevenzione destinate anche alle scuole medie	n. studenti coinvolti/n. popolazione studentesca n. insegnanti coinvolti/n. totale insegnanti	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio

	inferiori con fattivo coinvolgimento degli adulti significativi con ruolo educativo.		
Prevenzione della droga nel mondo del lavoro	Interventi preventivi non episodici, di natura informativa - formativa direttamente rivolti ai lavoratori, in collaborazione con le loro associazioni di categoria e di rappresentanza, con attivazione di gruppi misti tra dipendenti delle aziende e operatori ULSS volti alla condivisione delle iniziative ed alla acquisizione di un linguaggio e di strumenti operativi comuni.	n. lavoratori coinvolti/n. totale lavoratori	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio
Presa in carico dei figli minorenni di genitori tossicodipendenti	Interventi di natura socio-assistenziale, a livello diurno o residenziale, ivi incluso il pagamento delle rette per l'inserimento di minori in strutture assistenziali	n. minori presi in carico n. giornate di assistenza	qualità della vita dei figli presi in carico
Reinserimento lavorativo di tossicodipendenti	Interventi direttamente finalizzati al reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e alcolisti, ivi inclusi i tossicodipendenti e alcolisti detenuti, con l'esclusione della formazione professionale	n. utenti presi in carico n. giornate di assistenza	n. utenti collocati al lavoro tasso di ritenuta sul lavoro a sei mesi
Trattamento tossicodipendenti e/o alcolodipendenti affetti da gravi disturbi psichici	Interventi di natura socio-sanitaria e socio-assistenziale, a livello ambulatoriale, diurno o residenziale, rivolti a tossicodipendenti e/o alcolodipendenti affetti da gravi disturbi psichici e comorbidità psichiatrica	n. casi presi in carico n. giornate di assistenza	grado di compensazione dei casi trattati
Prevenzione secondaria delle patologie correlate, razionalizzazione e innovazione delle cure	interventi di contatto ed aggancio precoce dei tossicodipendenti e alcolodipendenti attivi, realizzati a bassa soglia anche mediante unità di strada e strutture intermedie di accoglienza, finalizzati ad incentivare l'accesso dell'utenza ai servizi, alle informazione e ai programmi di prevenzione e cura. Interventi tesi a realizzare buone norme per una pratica clinica di qualità, finalizzate soprattutto alla diagnosi precoce e al contenimento delle patologie diffuse, dell'overdose e della comorbidità psichiatrica. Interventi e programmi per la razionalizzazione ed integrazione delle terapie farmacologiche.	n. contatti n. primi contatti n. casi presi in carico n. di sogg. esaminati	n. casi presi in carico/n. utenti Ser.T n. casi presi in carico/n. casi contatti in strada n. di sogg. positivi individuati n. di sogg. trattati
Prevenzione delle ricadute	Interventi tesi a ridurre il rischio di ricaduta in soggetti in trattamento o in dimissione tramite training psico-comportamentale, sociale e/o farmacologico	n. casi presi in carico	incidenza delle ricadute livello di conoscenza e percezione del rischio

Per incidere ulteriormente sulle progettualità regionali, si possono prevedere che, in sede di predisposizione dei "Piani triennali di intervento – Area dipendenze", una quota non inferiore per esempio al 25% dei fondi messi a disposizione sia destinata alla realizzazione di progetti di natura preventiva e una quota non inferiore al 15% alla realizzazione dei progetti finalizzati al reinserimento socio-lavorativo. Inoltre, per garantire un adeguato coinvolgimento del volontariato e del privato sociale, si può prevedere che una quota non inferiore per esempio al 30% dei fondi messi a disposizione sia destinata ai progetti realizzati da Enti ausiliari iscritti all'apposito Albo regionale, ovvero ad altri enti o associazioni del privato sociale (ivi incluse le cooperative sociali) e del volontariato, iscritti agli appositi Albi regionali.

Per incidere ulteriormente sulle progettualità regionali, si possono prevedere che, in sede di predisposizione dei “Piani triennali di intervento – Area dipendenze”, una quota non inferiore per esempio al 15-25% dei fondi messi a disposizione sia destinata alla realizzazione di progetti in alcune delle aree prioritarie di intervento individuate dalla regione, ovvero alla realizzazione di progetti sovra-A.S.L., ossia di progetti che interessino almeno il territorio di due A.S.L. Inoltre, per garantire un adeguato coinvolgimento del volontariato e del privato sociale, si può prevedere che una quota non inferiore per esempio al 30% dei fondi messi a disposizione sia destinata ai progetti realizzati da Enti ausiliari iscritti all'apposito Albo regionale, ovvero ad altri enti o associazioni del privato sociale (ivi incluse le cooperative sociali) e del volontariato, iscritti agli appositi Albi regionali.

CONCLUSIONI

Il Fondo Regionale di intervento per la Lotta alla Droga rappresenta lo strumento più potente ed efficace attualmente a disposizione delle regioni per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete, in quanto consente di implementare concretamente gli indirizzi regionali legandoli alla contemporanea messa a disposizione delle risorse economiche necessarie per la loro attuazione. La potenza e l'efficacia del Fondo Regionale di intervento per la Lotta alla Droga quale strumento per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete dipende però dal modello che si adotta per la sua gestione.

Il modello di gestione del Fondo Regionale di intervento per la Lotta alla Droga più potente ed efficace per la traduzione delle politiche regionali in azioni concrete è quello che, basandosi sul principio della sussidiarietà, trasferisce la gestione di buona parte del Fondo stesso a livello locale, responsabilizzando direttamente le A.S.L., le amministrazioni comunali, il volontariato e il cosiddetto privato sociale.

Questo modello di gestione del Fondo regionale consente di perseguire lo sviluppo di un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle dipendenze costituito da varie componenti (pubbliche e private) con pari dignità, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per garantire una linea di continuità pedagogica riabilitativa e assistenziale che passi attraverso la prevenzione e il primo contatto di strada (1° livello), l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali (2° livello), l'inserimento in programmi residenziali e semi-residenziali (3° livello), fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento socio-lavorativo e di prevenzione delle ricadute (4° livello).

In contemporanea, questo modello di gestione del Fondo valorizza e potenzia il ruolo del Dipartimento (funzionale) per le dipendenze, ossia la modalità operativa più idonea per rispondere all'esigenza di riorganizzazione del sistema assistenziale per le tossicodipendenze al fine di ottenere una operatività coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze e diritti/doveri professionali. Infatti, Con il termine Dipartimento si intende una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Infine, questo modello di gestione del Fondo Regionale introduce significative novità finalizzate ad una forte innovazione nelle politiche di settore:

- rinforza il ruolo regionale di indirizzo, coordinamento, programmazione e controllo delle politiche e dei servizi nel settore delle dipendenze;
- valorizza il modello programmatico-gestionale del Piano di Zona e del Dipartimento funzionale per le Dipendenze, favorendo l'integrazione a livello locale tra pubblico e privato e tra sanitario e sociale;
- punta alla piena titolarità nella gestione degli interventi di lotta alla droga dei diversi soggetti pubblici e privati che operano nel settore delle dipendenze;

- supera la logica del piccolo intervento, limitato nel tempo, esaltando una funzione progettuale a fronte di logiche meramente prestazionali;
- promuove un assetto organizzativo ed operativo tale da garantire la qualità degli interventi, il superamento della settorialità e la possibilità di valutare gli esiti degli interventi;
- consente uno sviluppo coordinato e integrato degli ambiti più carenti del citato Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle dipendenze, che riguardano soprattutto la prevenzione e il primo contatto di strada (1° livello), il reinserimento socio-lavorativo (4° livello);
- persegue adeguati livelli di qualità nelle prestazioni degli operatori dei servizi pubblici e privati, prevedendo modalità di formazione permanente.

Tab. 2: Scheda generale del Progetto

FONDO REGIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA PIANO TRIENNALE DI INTERVENTO – AREA DIPENDENZE <i>Ambito territoriale ALS: _____</i> <i>Scheda Generale</i> <i>Titolo del progetto: _____</i>			
Responsabile del Piano:		cognome e nome: qualifica: ente: indirizzo: n. tel.: n. fax:	..... ..... ..... ..... ..... .....
COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO INTERISTITUZIONALE			
Cognome e nome		Qualifica	Ente di appartenenza
ELENCO PROGETTI TRIENNALI			
N. PRG	Titolo del Progetto		Ente gestore
1			
2			
3			
4			
5			
6			
...			
PIANO FINANZIARIO COMPLESSIVO			
N. PRG	Costi a carico del Fondo	Costi a carico dell'Ente Gestore	Totale triennio
1			
2			
3			
4			
5			
6			
...			
Totale			
<div style="text-align: right;">Il Responsabile del Piano Triennale di Intervento (data, firma e timbro)</div>			

Tab. 3: Format per la gestione del Fondo

FONDO REGIONALE DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA			
PIANO TRIENNALE DI INTERVENTO – AREA DIPENDENZE			
Ambito territoriale ALS: _____			
Scheda di progetto			
Titolo del progetto: _____			
Ente gestore:	ragione sociale:	.....
	responsabile:	.....
	indirizzo:	.....
	n. tel.:	.....
	n. fax:	.....
(si ricorda che la gestione operativa del progetto è a cura dell'ente che lo presenta)			
Responsabile del Progetto:	cognome e nome:	.....
	qualifica:	.....
	ente:	.....
	indirizzo:	.....
	n. fax:	.....
n. di iscrizione Albo/Registro regionale (se ente privato)			
Area di intervento:			
Indicazione del/i Distretti Socio Sanitari interessati:			
OBIETTIVI SPECIFICI E INDICATORI DI OUTPUT E OUTCOME			
Obiettivi Specifici		Indicatori	
		Output (prodotto)	Outcome (risultato)
FASI DEL PROGETTO			
N.	Descrizione sintetica	Destinatari (n./tipo)	Durata (mm/gg)
N. soggetti coinvolti:			
N. operatori coinvolti:			
N. enti pubblici coinvolti: (se previsti, elencarli)			
N. organizzazioni del privato sociale e del volontariato coinvolte: (se previsti, elencarli)			
Supervisioni scientifiche previste: (se sì, specificare)		<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Costi	Costi a carico del Fondo	Costi a carico dell'Ente gestore	Totale costi
Personale	.....	.....	.....
Attrezzature	.....	.....	.....
Materiali	.....	.....	.....
Altro (specificare)	.....	.....	.....
Totale	.....	.....	.....

INDICAZIONE DELLE MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEI RISULTATI	
1	
2	
3	
4	
INDICAZIONE DEI BENI DUREVOLI CHE SARANNO ACQUISITI PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	
1	
2	
3	
4	
<i>Si dichiara il mantenimento della destinazione d'uso originaria dei beni suindicati anche dopo la conclusione del progetto.</i>	
INDICAZIONE DELLE MODALITÀ DI PROTEZIONE DEL PERSONALE, NEL CASO CHE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO COMPORTI IL CONTATTO RIPETUTO CON SITUAZIONI DI GRAVE DISAGIO O RISCHIO	
1	
2	
3	
4	
<div><i>Il Responsabile del Progetto</i> (data, firma e timbro)</div>	

Tab. 4: Ipotesi di riparto

A.S.L.	VARIABILE 1		VARIABILE 2					VARIABILE 3		VARIABILE 4		VARIABILE 5		Riparto ipotetico de I totale triennio
	pop. 15-44 aa.	%	ubricature	%	cannabis	%	media	altre illegali	%	bisogno stimato oppiacei	%			
1	32.665	3,0	1.490	3,2	2.437	3,2	3,2	595	5,6	121	1,3	95	1,5	279.797,95 €
2	75.312	7,0	3.090	6,6	5.674	7,5	7,1	949	8,9	331	3,4	312	5,1	628.056,23 €
3	99.933	9,2	3.992	8,6	6.269	8,3	8,4	1.289	12,1	749	7,8	470	7,6	900.110,14 €
4	159.639	14,8	7.950	17,1	11.042	14,7	15,9	1.309	12,3	958	10,0	441	7,1	1.290.985,63 €
5	115.410	10,7	4.276	9,2	8.835	11,7	10,5	993	9,3	1.535	16,0	715	11,6	1.166.993,24 €
6	108.175	10,0	4.566	9,8	9.707	12,9	11,3	1.233	11,6	963	10,0	711	11,5	1.045.382,01 €
7	164.773	15,2	7.832	16,8	13.203	17,5	17,2	1.252	11,8	2.060	21,4	1.341	21,7	1.697.571,87 €
8	31.775	2,9	1.337	2,9	1.577	2,1	2,5	356	3,3	289	3,0	155	2,5	290.562,70 €
9	184.872	17,1	7.946	17,0	11.378	15,1	16,1	1.923	18,1	1.830	19,0	1.398	22,6	1.804.111,98 €
10	108.063	10,0	4.146	8,9	5.139	6,8	7,9	735	6,9	778	8,1	536	8,7	896.428,23 €
	1.080.617	100,0	46.624	100,0	75.262	100	100	10.633	100,0	9.614	100,0	6.175	100,0	10.000.000,00 €

Valori in Euro

