

## Parte Settima

### *Indicazioni generali*



# **CAPITOLO VII.1**

## **PIANO D'AZIONE**

VII.1.1. Valutazione del Piano d'Azione Nazionale



## VII.1 PIANO D'AZIONE

### VII.1.1 Valutazione del piano d'azione nazionale

Nell'anno 2011 è stata inviata la valutazione del PAN attraverso la diffusione di una scheda valutazione. Lo scopo della scheda di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010 – 2013 è di rilevare l'opinione degli addetti ai lavori (operatori dei Ser.T/Ser.D, dipartimenti per le dipendenze, associazioni di volontariato, cooperative sociali, comunità terapeutiche etc...) riguardo al Piano nella sua struttura generale e nelle sue specifiche aree di intervento. A questo scopo, la scheda di valutazione è stata predisposta in modo da permettere ai rispondenti di esprimere il proprio giudizio sia in maniera strutturata e standardizzata (utilizzando delle scale di valutazione da 1 a 10) sia in maniera libera lasciando spazio alle riflessioni, ai suggerimenti e alle critiche.

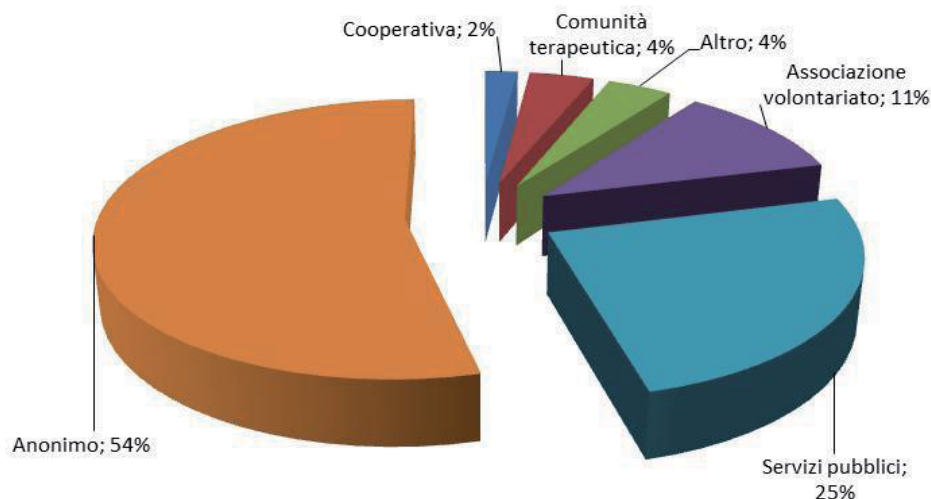
La scheda è composta di 7 sezioni tematiche ognuna delle quali comprende quesiti di tipo quantitativo e qualitativo:

1. Valutazione generale della struttura logica utilizzata nella stesura del PAN
2. Valutazione dell'area "prevenzione"
3. Valutazione dell'area "cura, diagnosi e patologie correlate"
4. Valutazione dell'area "riabilitazione e reinserimento"
5. Valutazione dell'area "monitoraggio e valutazione"
6. Valutazione dell'area "legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile"
7. Valutazione generale del PAN

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha raccolto un totale di 123 schede di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013. Sul totale delle schede, nel 41,5% non è stata compilata la parte *qualitativa* delle domande (Fig. 1), ovvero quella riguardante le *note e consigli per il miglioramento* (sezione 1), *note e consigli per il miglioramento delle strategie* (sezioni 1,2,3,4,5,6) e *i tre obiettivi particolarmente innovativi e rilevanti/particolarmente critici e poco rilevanti* (sezioni 1,2,3,4,5,6). Questo comporta che, mentre l'analisi quantitativa dei dati è stata effettuata sulla totalità delle schede ricevute (123), l'analisi qualitativa solamente su 72 schede.

Va rilevato che molte schede sono state compilate in anonimato, dunque, non è possibile risalire al settore di attività del mittente. Contributi alla valutazione delle schede sono pervenuti anche dai componenti della Consulta degli Esperti e degli Operatori sulle tossicodipendenze.

**Figura VII.1.1:** Distribuzione tipologia dei rispondenti



Veniamo ora agli aspetti salienti dell'indagine, iniziando dalle valutazioni che i rispondenti hanno dato della struttura logica utilizzata nella stesura del PAN (sezione 1 della scheda di rilevazione). Ricordiamo che la valutazione espressa dai rispondenti poteva variare su una scala da 1 (valore minimo) a 10 (valore massimo) in cui il valore di "sufficienza" era rappresentato dal 6.

Possiamo notare una tendenza a votazioni piuttosto alte e con variabilità contenute: il valore medio dei giudizi sul criterio *Struttura logica utilizzata e aree di intervento*, infatti, si assesta a 8,56 mentre per *Indirizzi e principi generali* la media corrisponde a 8,50. Notiamo immediatamente che i due valori medi si posizionano abbondantemente al di sopra del valore di sufficienza e che, i valori minimi assegnati non scendono mai al di sotto del punteggio "5". Possiamo tranquillamente affermare quindi, che i rispondenti, in maniera piuttosto omogenea, hanno valutato come buona la struttura del PAN.

**Figura VII.1.2:** Punteggi complessivi attribuiti alle aree principali (scala da 1 a 10)



Dopo aver esaminato i giudizi riguardanti la struttura logica del PAN, veniamo ai giudizi generali espressi riguardo al documento nel suo complesso (sezione 7 della scheda di rilevazione). Anche in questo caso notiamo giudizi medi piuttosto alti (la media delle medie dei giudizi equivale infatti a 8,40, sempre su una scala che varia da 1 a 10) con variabilità piuttosto contenute. Sono presenti però alcune piccole differenze seppur in medie piuttosto alte e omogenee: mentre nella maggior parte degli oggetti di valutazione abbiamo una variabilità che va da 4 o 5 (come valore minimo assegnato) a 10 (come valore massimo assegnato), per "*Grado di corrispondenza del PAN con le conclusioni della V Conferenza sulle droghe, Trieste 2009*" e "*Grado di condivisione dell'area specifica "Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile"*" troviamo giudizi minimi equivalenti a 2. Questo significa che, nonostante il valore medio sia piuttosto alto, qualche rispondente ha comunque valutato in maniera critica questi elementi.

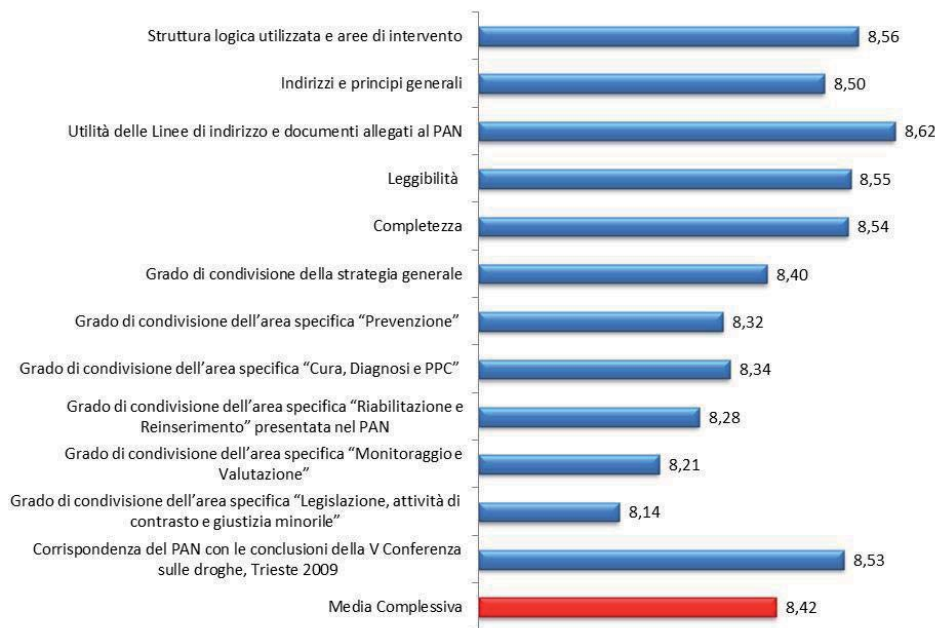
Come già accennato precedentemente, la scheda di valutazione così come il Piano, è stata suddivisa in aree di intervento (le medesime presenti nel Piano di Azione Nazionale Antidroga):

1. Prevenzione
2. Cura, diagnosi e patologie correlate
3. Riabilitazione e reinserimento
4. Monitoraggio e valutazione
5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

Per ogni area di intervento la scheda è stata strutturata in due parti tematiche: a) la prima, quantitativa, contiene una batteria di item sulla struttura concettuale dell'area presa in considerazione; b) la seconda, qualitativa, ha lo scopo di indagare quale fosse l'opinione dei rispondenti riguardo agli obiettivi dell'area.

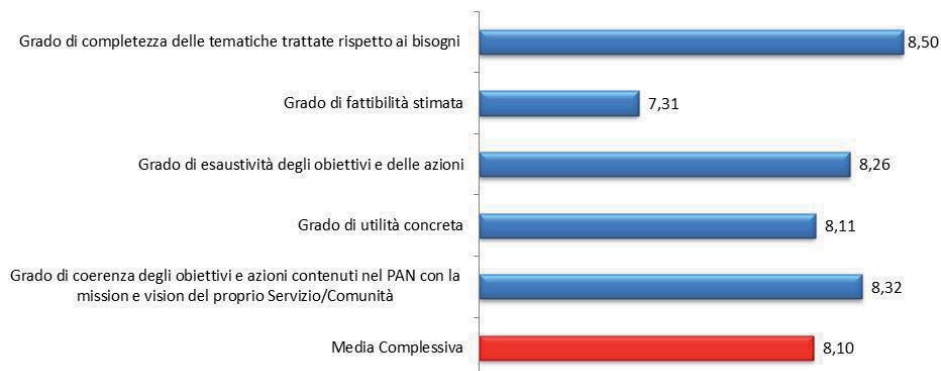
**Figura VII.1.3: Punteggi complessivi attribuiti all'area Generale (scala da 1 a 10)**

Area generale



**Figura VII.1.4: Punteggi complessivi attribuiti all'area Prevenzione (scala da 1 a 10)**

Area prevenzione

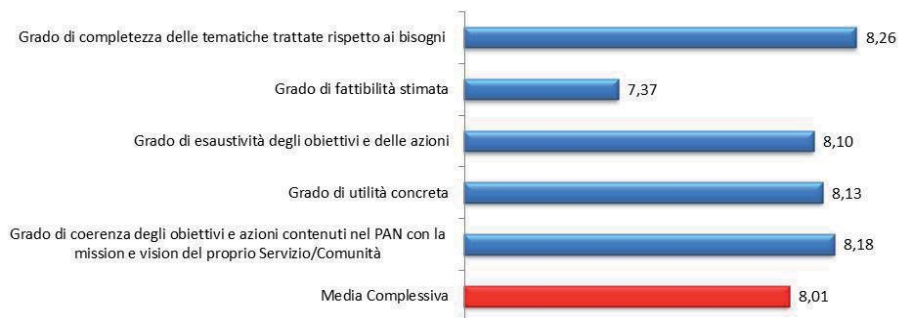


**Figura VII.1.5: Punteggi complessivi attribuiti all'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 10)**

Area Cura,  
diagnosi e  
patologie  
correlate

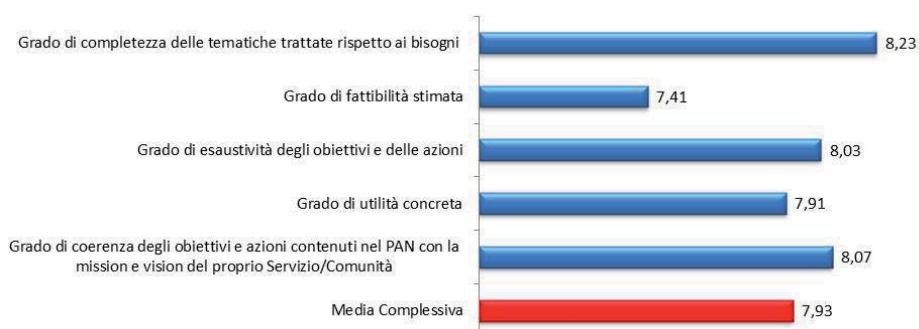


**Figura VII.1.6:** Punteggi complessivi attribuiti all'area Riabilitazione e Reinserimento (scala da 1 a 10)



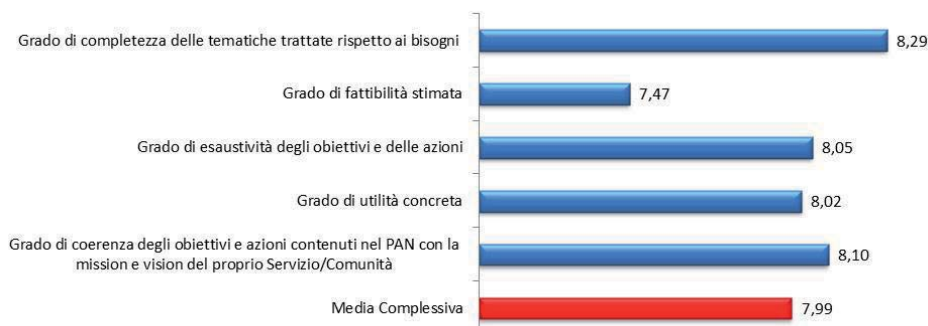
Area Riabilitazione  
e reinserimento

**Figura VII.1.7:** Punteggi complessivi attribuiti all'area Monitoraggio e Valutazione (scala da 1 a 10)



Area monitoraggio  
e valutazione

**Figura VII.1.8:** Punteggi complessivi attribuiti all'area Legislazione e Contrasto (scala da 1 a 10)



Area legislazione e  
contrasto

Dopo aver analizzato i risultati emersi dalle schede di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010 – 2013 si può affermare che il Piano d'Azione Nazionale sia stato valutato in maniera positiva nelle sue diverse componenti.

Conclusioni

La struttura logica utilizzata nella stesura del Pan ha ottenuto opinioni favorevoli, così come i giudizi sui suoi contenuti in generale. Non sono però mancate le critiche puntuali e i suggerimenti per il suo miglioramento sui quali avviare delle riflessioni, come l'uso di concetti univoci in una materia così complessa come quella delle dipendenze.

Per quanto riguarda le specifiche aree ritroviamo giudizi decisamente positivi e più che sufficienti anche se le valutazioni sul "Grado di fattibilità" sono risultate le più basse su tutte le aree di intervento proposte dal Piano. L'area che in genere è stata valutata leggermente in maniera più critica è quella riguardante le attività di monitoraggio e di valutazione.



È stata, dunque, avviata l'azione di monitoraggio delle buone pratiche regionali in materia di dipendenze e il confronto con il Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 presso le Regioni e Province Autonome. I risultati di tale monitoraggio, però, sono ancora in via di accertamento e validazione con le rispettive Regioni e Province Autonome.

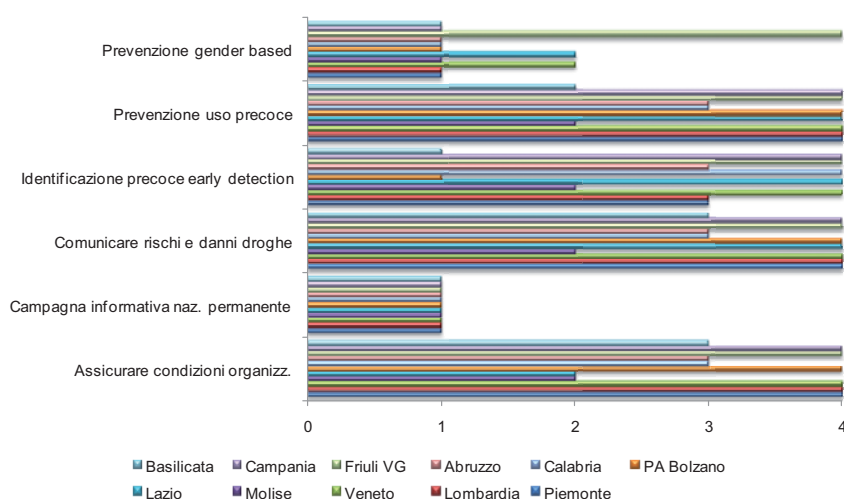
Tra la fine del 2011 e l'inizio del 2012 è stata effettuata la rilevazione delle buone pratiche regionali in materia di "dipendenze" osservando la prevenzione, la cura e la prevenzione delle patologie correlate, il reinserimento, i sistemi di valutazione epidemiologica e la ricerca. La mappatura è stata articolata nelle seguenti fasi. Con la prima fase, consultando i siti regionali, si sono ottenute le informazioni generali sulla struttura organizzativa delle Regioni, sulla loro normativa in materia di dipendenze e sulla attività programmatica (piani e progetti). Nella seconda fase, sono state contattate le Direzioni regionali attraverso la Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni con l'invio delle schede generali ottenute nella prima fase. Nella terza fase sono state effettuate le interviste alle Direzioni generali per la validazione della scheda informativa e l'individuazione delle buone pratiche. Nella quarta fase si sono intervistati i referenti delle buone pratiche al fine di approfondire le indicazioni regionali. Nel mese di Giugno 2012, la rilevazione ha interessato le seguenti Regioni: Piemonte e Lombardia, come interviste per testare gli strumenti di rilevazione, Veneto, Molise, Lazio, Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Campania e Basilicata.

Il confronto è stato condotto organizzando una matrice che riporta sulle colonne le attività previste nel PAN e sulle righe le corrispondenti attività realizzate nelle Regioni. Per la comparazione è stato adottato il criterio della "conformità" (presenza-assenza) attraverso una scala 1-4 (1 equivalente ad attività non rilevata e 4 che indica quelle attività previste dal PAN e adottate come pratiche routinarie dalle amministrazioni regionali).

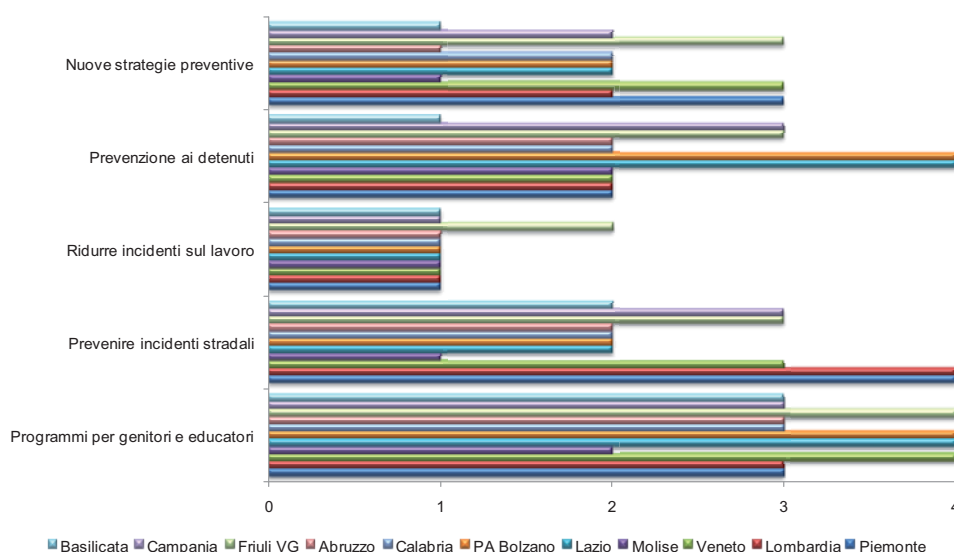
Monitoraggio delle  
buone pratiche  
regionali in materia  
di dipendenze e  
confronto con il  
PAN

## Prevenzione

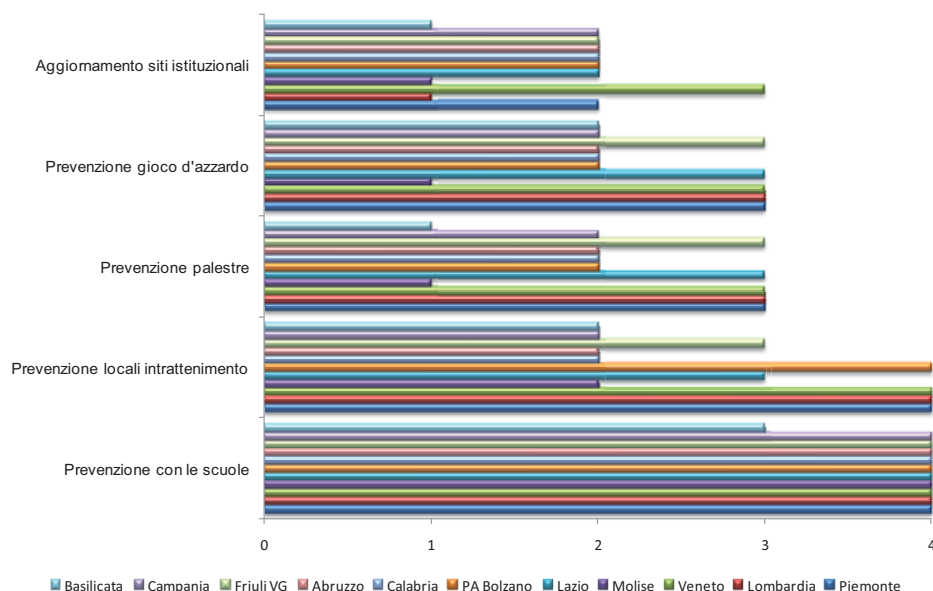
**Figura VII.1.9:** Valutazione di conformità dell'area Prevenzione (scala da 1 a 4)



**Figura VII.1.10:** Valutazione di conformità dell'area Prevenzione (scala da 1 a 4)



**Figura VII.1.11:** Valutazione di conformità dell'area Prevenzione (scala da 1 a 4)

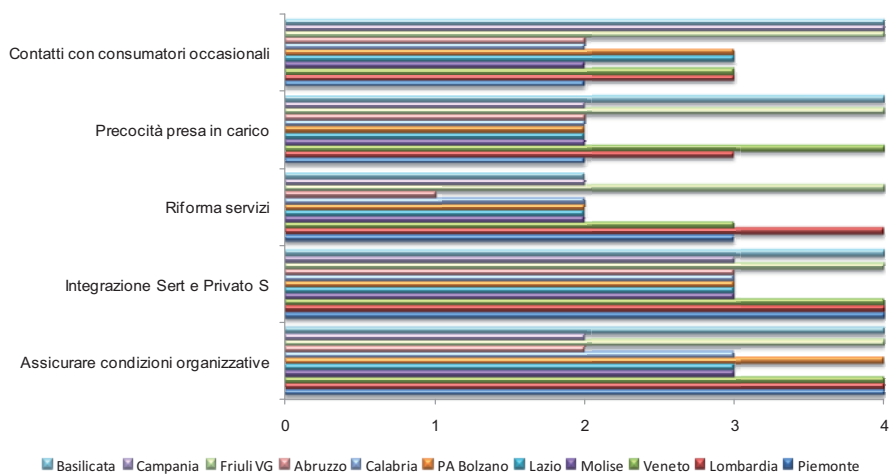


Gli obiettivi con minore attuazione risultano essere il numero 2 (campagna informativa nazionale permanente), il numero 6 (programmi specifici per donne), il nr 9 (Riduzione degli incidenti sul lavoro alcol, droga correlati).

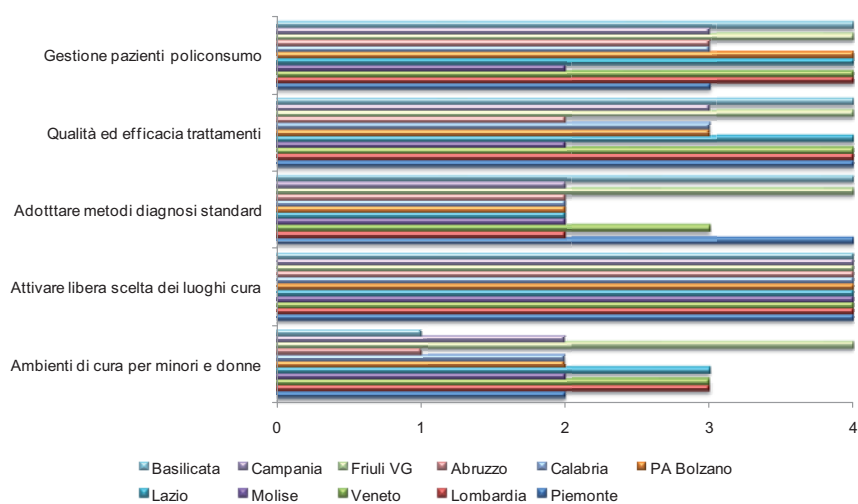
Allo stesso tempo, emergono gli obiettivi con maggior conformità attuativa. Sono il numero 1 (Condizioni organizzative), il 3 (Informazione sui rischi), il 4 (Programmi di identificazione precoce early detection), il numero 5 (Programmi preventivi contro l'uso precoce di alcol), il 7 (Programmi per educatori e genitori), il numero 12 (Programmi di prevenzione con la scuola) che è anche l'obiettivo che ha ottenuto il tasso di conformità più alto in tutte le regioni).

## Cura, Diagnosi e Prevenzione delle Patologie Correlate

**Figura VII.1.12:** Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4)

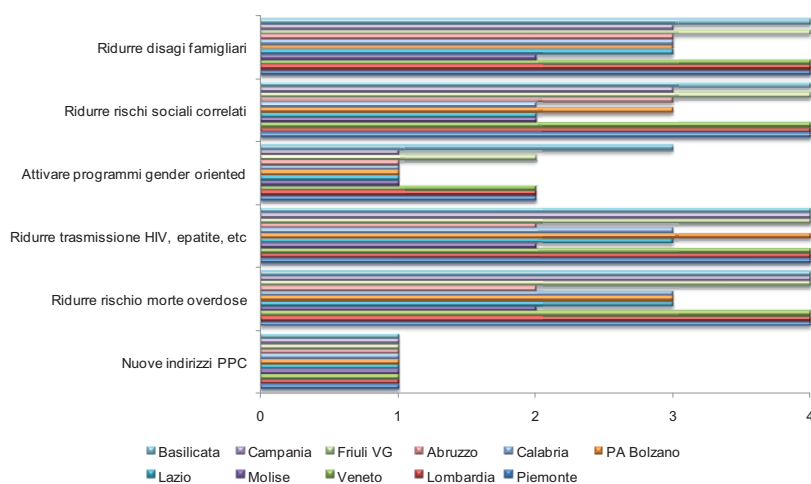


**Figura VII.1.13:** Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4)

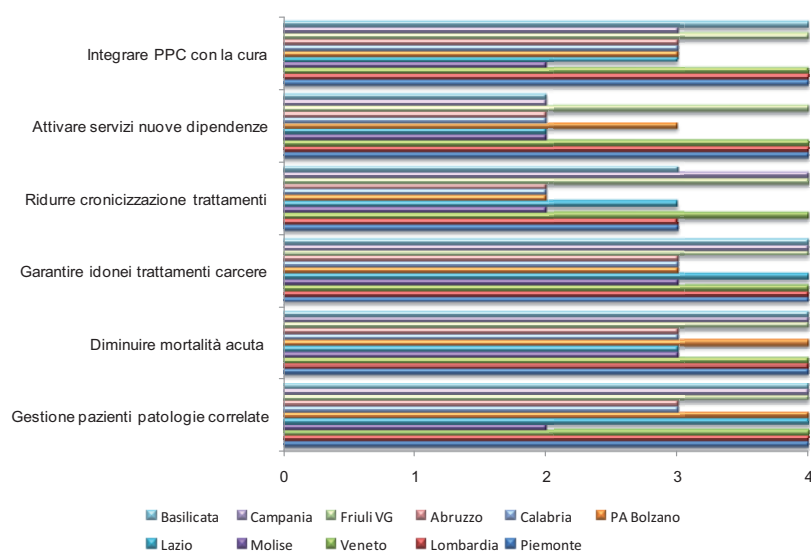


ari

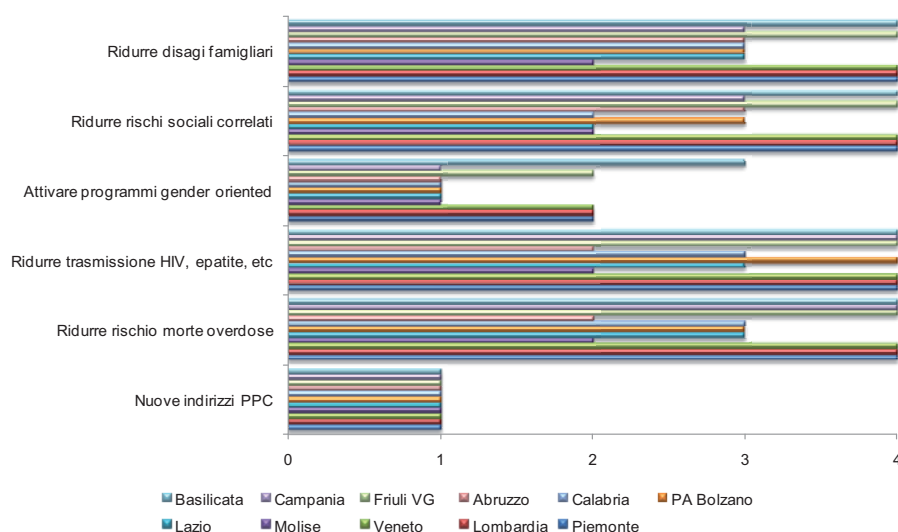
**Figura VII.1.14:** Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4).



**Figura VII.1.15:** Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4).



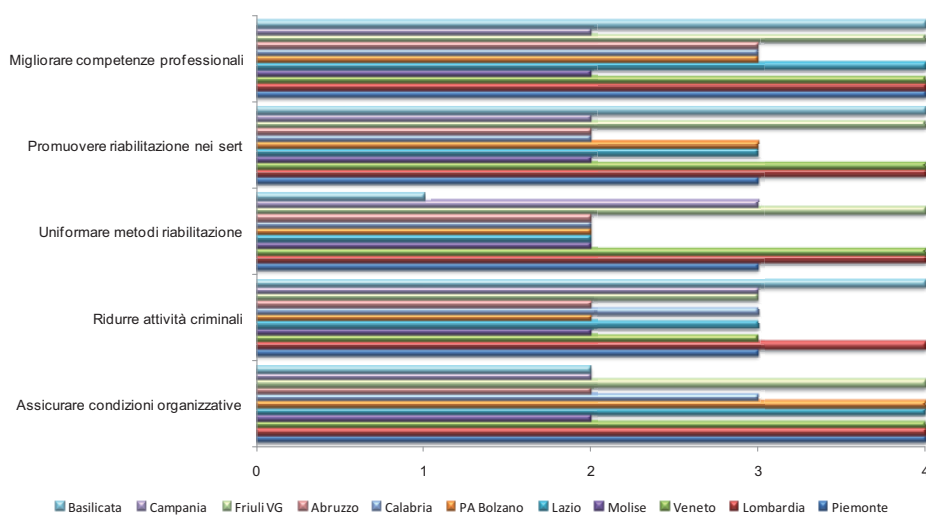
**Figura VII.1.16:** Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4).



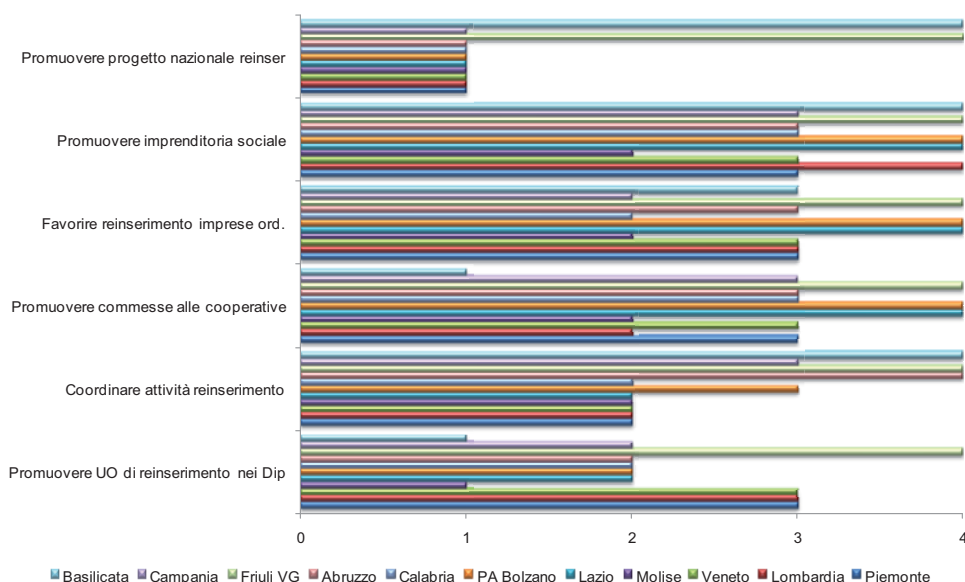
Lo schema mostra il maggior numero di barre (regioni per ogni area del PAN) che raggiungono la modalità della scala più alta corrispondente alle attività di routine. In quest'area, invece, sono due gli obiettivi che mostrano livelli di conformità più bassi: il nr 17 (Definizione nuove linee nazionali in materia di PPC) e il nr 20 (Programmi gender oriented). Anche il nr 6 (Ambienti diversificati per minori e donne) indica coefficienti di attuazione inferiori alla media.

### Riabilitazione e Reinserimento

**Figura VII.1.17:** Valutazione di conformità dell'area Riabilitazione e Reinserimento (scala da 1 a 4).



**Figura VII.1.18:** Valutazione di conformità dell'area Riabilitazione e Reinserimento (scala da 1 a 4).

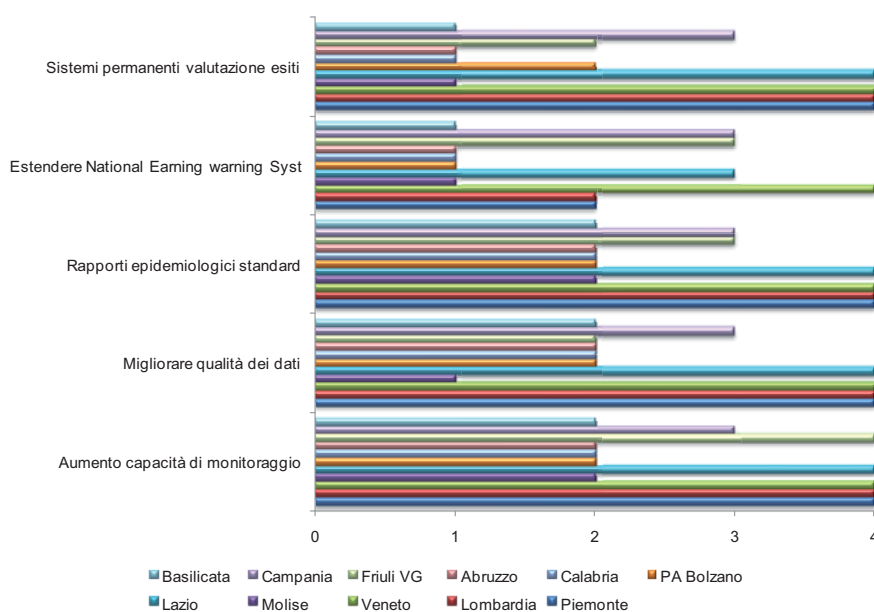


In questo caso, si nota che la conformità rilevata nelle Regioni e Province Autonome risulta decisamente più bassa rispetto all'area della cura. Salvo i casi di Regioni che adottano nella pratica routinaria le attività indicate nel PAN, la maggioranza si attesta su posizioni equivalenti alla sola presenza normativa. Si nota

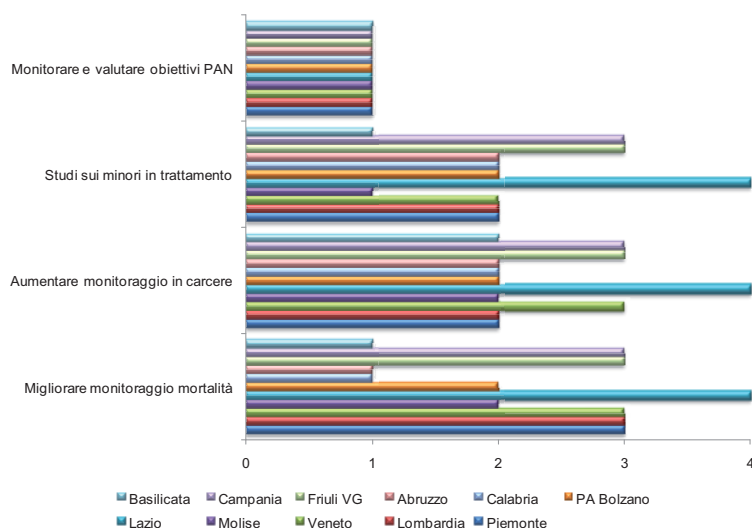
la coesistenza di un modesto indice di conformità tra gli obiettivi riferibili ad una competenza prevalentemente delle autorità nazionali (come il nr 3 che tratta l'uniformazione a livello nazionale dei principi e dei principali metodi di riabilitazione e reinserimento), come tra quelli di stretta competenza territoriale (come il nr 9 riferito al reinserimento nel circuito delle imprese ordinarie, o quello per lo sviluppo di unità operative specializzate di reinserimento all'interno dei dipartimenti).

### Monitoraggio e valutazione

**Figura VII.1.19:** Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



**Figura VII.1.20:** Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



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

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

### *Le buone pratiche*

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

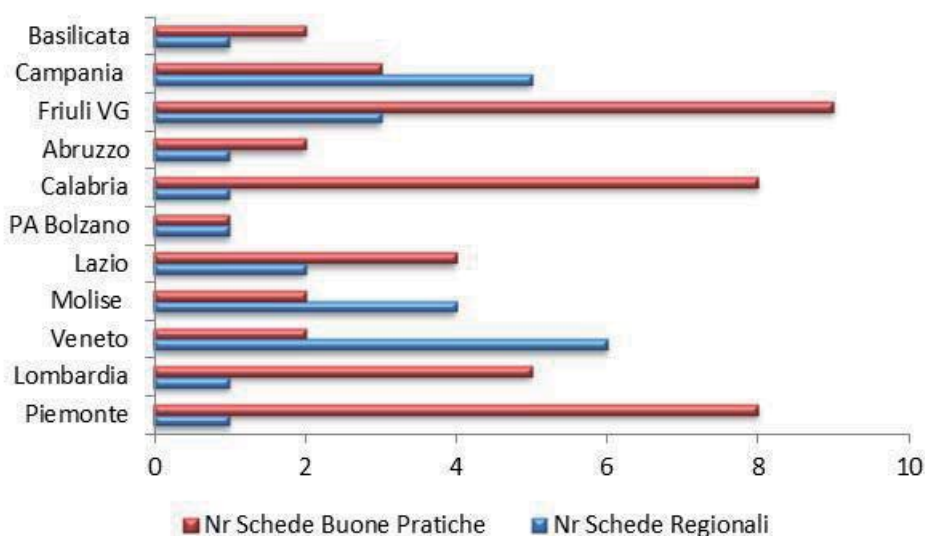
Ognuna delle Regioni ad oggi consultate, presenta buone pratiche, osservabili nei seguenti profili:

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

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

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

Delle 72 schede compilate dalle 11 regioni consultate, 26 schede riguardano le attività regionali e 46 si riferiscono alle buone pratiche.

**Figura VII.1.21:** Numero complessivo di schede trasmesse


Le prime indicazioni generali mostrano delle buone pratiche sui territori regionali per ogni area del PAN, con particolare riferimento alla Prevenzione, la Cura e prevenzione delle patologie correlate e il reinserimento. Gli approfondimenti delle buone pratiche attraverso le visite in loco hanno messo in luce le professionalità esistenti, metodi di lavoro in team di grande apprezzamento e partenariati con gli attori territoriali, pubblici e privati, di grande rilevanza per contrastare le “dipendenze”.

Il rapporto definitivo sulle buone pratiche delle Regioni e PA consultate è, comunque, ancora in via di elaborazione.