



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
**Dipartimento Politiche Antidroga**

## **Progetto**

# **E.D.I**

**Early Detection and Intervention**

Identificazione precoce di soggetti in età pediatrica a rischio di uso di  
sostanze stupefacenti e all'addiction

**Centro Collaborativo DPA**



Durata:  
2 anni  
Oneri:  
€ 110.000,00  
Capitolo di Spesa  
786



## **Indice**

---

- 1 Titolo del progetto
- 2 Riassunto – Sintesi
- 3 Referenti amministrativi
- 4 Problem analysis and setting
  - 4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto
  - 4.2 Dimensionamento e rilevanza del problema
- 5 Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi
- 6 Sotto obiettivi specifici
- 7 Premesse tecnico scientifiche (Il Razionale) dell'intervento proposto
- 8 Target (Destinatari)
- 9 Territorio ed ambienti di intervento
- 10 Valore aggiunto atteso dell'intervento proposto
- 11 Sotto obiettivi e indicatori
- 12 Sotto obiettivi, Work Package e Metodi
- 13 Organigramma generale del progetto
- 14 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti
- 15 Percorso operativo
  - 15.1 Articolazione in macro fasi e attività
  - 15.2 Gantt Preventivo
  - 15.3 Agenda Reporting
- 16 Oneri e Piano Finanziario



**1**

## **Titolo Progetto**

<b>Acronimo o sigla</b>	Progetto E.D.I – Early Detection and Intervention
<b>Titolo per esteso</b>	Identificazione precoce di soggetti in età pediatrica a rischio di uso di sostanze stupefacenti e all'addiction
<b>Attivato da:</b>	Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga Capo del Dipartimento: Dott. Giovanni Serpelloni
<b>Gruppo di coordinamento tecnico-scientifico</b>	Direzione tecnico-scientifica: Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga  Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS
<b>Centro Collaborativo</b>	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS
<b>Responsabile per il Centro Collaborativo</b>	Prof. Giuseppe Profiti
<b>Responsabile Operativo del progetto per il Centro Collaborativo</b>	Prof. Federico Vigevano
<b>Collaborazioni previste</b>	Ministero della Salute Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca National Institute on Drug Abuse Progetto Early Detection
<b>Gruppo di lavoro interdisciplinare previsto</b>	Da definire in base alle esigenze progettuali

## 2 Riassunto – Sintesi

### 2.0 Titolo del Progetto

*Progetto E.D.I – Early Detection and Intervention. Identificazione precoce di soggetti in età pediatrica a rischio di uso di sostanze stupefacenti e all'addiction*

### 2.1 Premesse

*Il fenomeno dell'uso di sostanze in età pediatrica ha subito delle modificazioni nel corso degli anni. In particolare si è registrato un significativo incremento di uso di sostanze, nonché vi è una diversificazione delle sostanze stesse. L'assunzione di sostanze stupefacenti in età pediatrica può determinare un'alterazione dei fisiologici processi di maturazione cerebrale. Conseguenza di tali disturbi cerebrali sono differenti deficit delle funzioni cognitive. Inoltre la dipendenza in generale, definita come disturbo cerebrale primitivo legato a meccanismi di ricompensa del cervello, è un evento che sempre si associa all'uso di sostanze.*

### 2.2 Obiettivo

*Il presente progetto si prefigge di identificare dei modelli di comportamento a rischio di addiction in soggetti in età pediatrica tra i 4 e i 12 anni, attraverso l'uso di test neuropsicologici nonché parent training. L'early detection in questi soggetti consentirebbe di attivare una serie di procedure e di attività di prevenzione anche sulle famiglie.*

### 2.3 Metodo

*Saranno reclutati soggetti consecutivamente visitati nelle UUOO di Neurologia e Psichiatria dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. In particolare la casistica sarà composta da soggetti affetti da (1) Disturbo dell'Attenzione ed Iperattività (ADHD) (2) Disturbo Oppositivo Provocatorio, (3) Soggetti sani (campione di controllo). Attraverso la somministrazione di una batteria specifica di tests neuropsicologici, saranno identificati due gruppi di soggetti: (1) soggetti definiti vulnerabili, (2) soggetti definiti non vulnerabili. Tutti i soggetti saranno seguiti nel follow-up. A distanza di 6 mesi, 12 mesi e 18 mesi verrà nuovamente effettuata una valutazione neuropsicologica approfondita e verranno valutate eventuali differenze nei risultati dei test anche in base all'approccio educativo effettuato.*

### 2.4 Risultato atteso

*Si prevede di arruolare nel corso dei due anni di studio circa 200 soggetti. In questa fase di diagnosi precoce si analizzeranno le condizioni del minore con l'obiettivo di identificare il rischio di uso di sostanze e di addiction. Il principale risultato atteso sarà quello di comprendere lo stato e l'indice di gravità del soggetto in relazione al rischio di uso di sostanze e di addiction, e l'eventuale modifica del rischio in seguito ad interventi educativi che coinvolgano anche la famiglia in termini di parent training.*

## 3 Referenti amministrativi

Referenti	Coordinate
Per il DPA:	Tel: 06.67796350
Ufficio Amministrativo Contabile	Fax: 06.67796843
	Email: ufficiocontabledpa@governo.it
Per Ospedale Pediatrico Bambino Gesù:	Tel: 06.68592496
Dr.ssa Sonya Martin	Fax: 06.68592101
	Email: sonyajane.martin@opbg.net

## 4

**Problem analysis and settings****4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto**

Il fenomeno dell'uso di sostanze in età pediatrica ha subito delle modificazioni nel corso degli anni. In particolare si è registrato un significativo incremento di uso di sostanze, nonché vi è una diversificazione delle sostanze stesse. La assunzione di sostanze stupefacenti in età pediatrica può determinare una alterazione dei fisiologici processi di maturazione cerebrale, particolarmente dei processi di mielinizzazione, sinaptogenesi e del "pruning". Conseguenza di tali disturbi cerebrali sono differenti deficit delle funzioni cognitive. Inoltre la dipendenza in generale, definita come disturbo cerebrale primitivo legato a meccanismi di ricompensa del cervello, è un evento che sempre si associa all'uso di sostanze. Il presente progetto si prefigge di identificare dei modelli di comportamento a rischio di addiction in soggetti in età pediatrica tra i 4 e i 12 anni, attraverso l'uso di test neuropsicologici nonché parent training. L'early detection in questi soggetti consentirebbe di attivare una serie di procedure e di attività di prevenzione anche sulle famiglie.

**4.2 Dimensionamento e rilevanza del problema (frequenza, grado di gravità, misure epidemiologiche ecc.)**

Il problema del uso di sostanze stupefacenti e dell'addiction è rilevante per motivi di ordine sociale, medico, etico ed economico. Gli sforzi delle comunità istituzionali e mediche sono rivolti al tentativo di ridurre il numero di soggetti esposti a tali condizioni e soprattutto a comprendere quali sono i sistemi migliori per l'early detection e l'early intervention che appaiono di fondamentale importanza in età pediatrica.

Precedenti esperienze per prevenire, identificare ed eliminare l'uso e la dipendenza da sostanze stupefacenti sono state condotte negli Stati Uniti attraverso l'approccio evidence based denominato Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). L'obiettivo di SBIRT è quello di eseguire, presso strutture sanitarie di primary care, quali pronto soccorso, cliniche, centri traumatologici, ma anche ambulatori di medicina generale, uno screening dei pazienti per comprendere chi tra costoro possa essere a rischio d'uso di sostanze e quindi titolato a ricevere, se necessario, un intervento breve, un intervento intensivo o ad essere inviato presso centri di trattamento specialistico. Degli oltre 459.000 soggetti sottoposti a screening, il 22,7% era risultato positivo per uso di alcol e/o di droghe. Tra costoro, a distanza di 6 mesi dal termine dell'intervento, era stata registrata una diminuzione dell'uso di droghe (67,7%), una riduzione dell'uso di alcol (38,6%) e una riduzione della criminalità (60,5%). Nello specifico, il consumo di marijuana, ad esempio, era calato dal 44,7% al 21,8%. Inoltre, il benessere fisico riferito era aumentato nel 28,1% dei casi e quello psichico nel 22,3%.

## 5

**Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi**

Obiettivo principale dell'intervento è la diagnosi precoce dei fattori di vulnerabilità all'uso di sostanze stupefacenti e all'addiction in bambini tra i 4 e i 12 anni. Saranno reclutati soggetti consecutivamente visitati nelle UUOO di Neurologia e Psichiatria dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. In particolare la casistica sarà composta da soggetti affetti da (1) Disturbo dell'Attenzione ed Iperattività (ADHD) (2) Disturbo Oppositivo Provocatorio, (3) Soggetti sani (campione di controllo). Sono state identificate queste condizioni cliniche poiché dati di letteratura, indicano proprio in questi soggetti un incremento dell'incidenza di uso di sostanze ed facilità a sviluppare dipendenze.

Attraverso la somministrazione di una batteria specifica di tests neuropsicologici, saranno identificati due gruppi di soggetti: (1) soggetti definiti vulnerabili, (2) soggetti definiti non vulnerabili. Tutti i soggetti saranno seguiti nel follow-up. Ai soggetti definiti come vulnerabili sarà impostato un approccio educativo non farmacologico per ridurre al minimo il rischio di uso di sostanze, e di dipendenza. Anche i soggetti che rifiuteranno di seguire l'approccio educativo non farmacologico saranno seguiti nel tempo per monitorare l'evoluzione della condizione di vulnerabilità in precedenza diagnosticata. A distanza di 6 mesi, 12 mesi e 18 mesi verrà nuovamente effettuata una valutazione neuropsicologica approfondita e verranno valutate eventuali differenze nei risultati dei test anche in base all'approccio educativo effettuato.

Ai pazienti saranno somministrati i seguenti tests neuropsicologici:

- Matrici Progressive di Raven (CPM) (Raven,2008): test di screening per la valutazione del quoziente intellettivo;
- Child Behavior checklist (CBCL)(Achenbach,1991): questionario autosomministrato ai genitori per una descrizione delle problematiche comportamentali ed emotivo del bambino e dell'adolescente;
- K-SADS-PL(Kaufman et al.2004):intervista semistrutturata somministrata ai genitori e al bambino per la valutazione dei disturbi psicopatologici, presenti e passati;
- C-GAS:scala di valutazione somministrata dal clinico per la valutazione del funzionamento globale;
- Conners Rating Scales Revised(CRS-R)(Conner,2007): scale multidimensionali autosomministrate ai genitori per la valutazione del Disturbo da Deficit dell'attenzione con e senza iperattività e di altri disturbi eventualmente presenti in comorbidità (disturbi della condotta, problemi cognitivi, sintomi d'ansia, problemi relazionali);
- SNAP-IV (Conners, 2001): questionario autosomministrato ai genitori per la valutazione del disturbo da deficit dell'attenzione con e senza iperattività e per il disturbo oppositivo-provocatorio;
- SDAG (Cornoldi, 1996): questionario autosomministrato ai genitori per la valutazione del disturbo da deficit dell'attenzione con e senza iperattività;
- Disruptive Behavior Disorder Rating Scale (DBD)(Pelham, 1992): questionario autosomministrato ai genitori per la valutazione dei disturbi da comportamento dirompente;
- The Antisocial Process Screening Device (Youth and parent Version)(APSD)(Vitacco et al.,2003):questionario autosomministrato, al genitore e al bambino, per la valutazione delle condotte aggressive.
- Inventory of Callous Unemotional Traits: Parent and Youth Version(ICU)(Frick et al 2003): questionario

- autosomministrato, al genitore e al bambino, per la valutazione delle condotte aggressive di insensibilità emotiva.
- NEPSY-II (Urgesi et al 2012): test per la valutazione delle funzioni esecutive somministrato al bambino. Nello specifico si valuteranno le funzioni esecutive: Attenzione visiva, Attenzione uditiva, Set di risposta, Inibizione, Percezione sociale, riconoscimento emotivo.

Si prevede di arruolare nel corso dei due anni di studio circa 200 soggetti. Nei soggetti definiti come “vulnerabili” inoltre saranno eseguiti una serie di indagini supplementari di neuroimaging e studi neurofisiologici.

In questa fase di diagnosi precoce si analizzeranno le condizioni del minore con l'obiettivo di identificare il rischio di uso di sostanze e di addiction. Il principale risultato atteso sarà quello di comprendere lo stato e l'indice di gravità del soggetto in relazione al rischio di uso di sostanze e di addiction.

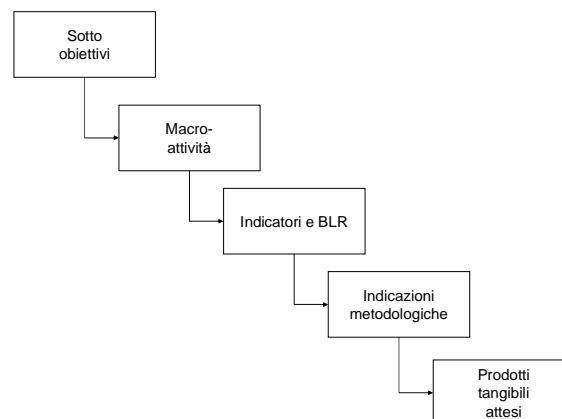
**6**

## **Sotto obiettivi specifici**

Vengono di seguito elencati i sotto obiettivi specifici, cioè i risultati attesi del progetto; in altre parole ciò che è necessario fare per realizzare l'obiettivo generale del progetto, scomponendo tale obiettivo in sotto obiettivi da raggiungere:

1. Definire un modello di intervento di diagnosi precoce dei fattori di vulnerabilità all'uso di sostanze stupefacenti e all'addiction in bambini tra i 4 e gli 8 anni
2. Sperimentazione del modello per la valutazione della fattibilità e della sostenibilità dell'iter diagnostico
3. Mettere a punto un modello di supporto genitoriale precoce in ambito educativo
4. Organizzare uno studio di follow up per la valutazione longitudinale

In seguito, questi sotto obiettivi vengono ulteriormente definiti nella componente operativa e chiariti, elencando una serie di specifiche e ulteriori informazioni necessarie per la loro realizzazione, utilizzando il framework logico sotto riportato.



**7****Premesse tecnico scientifiche (“il razionale”) dell’intervento proposto**

Il razionale dell’intervento si basa essenzialmente sui dati di letteratura che dimostrano come soggetti in età pediatrica affetti da condizioni morbose o pre-morbose come Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) ed il Disturbo Oppositivo Provocatorio siano di per sé condizioni di vulnerabilità per uso di sostanze e di addiction.

La caratteristica fondamentale del Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è una persistente modalità di disattenzione e/o di iperattività-impulsività che è più frequente e più grave di quanto si osserva tipicamente in soggetti ad un livello di sviluppo paragonabile. Alcuni sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano menomazione devono essere stati presenti prima dei 7 anni di età, sebbene molti soggetti siano diagnosticati dopo che i sintomi sono presenti da diversi anni. Una certa compromissione a causa dei sintomi deve essere presente in almeno 2 contesti (a casa e a scuola o al lavoro). Deve chiaramente risultare un’interferenza col funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo adeguato rispetto al livello di sviluppo.

La disattenzione può manifestarsi in situazioni scolastiche, lavorative, o sociali. I soggetti con questo disturbo possono non riuscire a prestare attenzione ai particolari o possono fare errori di distrazione nel lavoro scolastico o in altri compiti. Il lavoro è spesso disordinato e svolto senza cura e senza ponderazione. I soggetti spesso hanno difficoltà a mantenere l’attenzione nei compiti o nelle attività di gioco, e trovano difficile portare a termine i compiti. L’iperattività può variare con l’età del soggetto e col livello di sviluppo, e la diagnosi dovrebbe essere fatta con cautela nei bambini piccoli.

L’impulsività si manifesta con l’impazienza, la difficoltà a tenere a freno le proprie reazioni,

Le caratteristiche associate variano a seconda dell’età e del livello di sviluppo e possono includere scarsa tolleranza alla frustrazione, accessi d’ira, prepotenza, caparbità, eccessiva e frequente insistenza sul fatto che le richieste siano soddisfatte, labilità d’umore, demoralizzazione, disforia, rifiuto da parte dei coetanei, e scarsa autostima.

La caratteristica fondamentale del Disturbo Oppositivo Provocatorio è una modalità ricorrente di comportamento negativistico, provocatorio, disobbediente, ed ostile nei confronti delle figure dotate di autorità che persiste per almeno 6 mesi ed è caratterizzato da frequente insorgenza di almeno uno dei seguenti comportamenti: perdita di controllo, litigi con gli adulti, opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole degli adulti, azioni deliberate che danno fastidio agli altri, accusare gli altri dei propri sbagli o del proprio cattivo comportamento, essere suscettibile o facilmente infastidito dagli altri, essere collerico e risentirsi, o essere dispettoso o vendicativo. Per definire il Disturbo Oppositivo Provocatorio, i comportamenti devono manifestarsi più frequentemente rispetto a quanto si osserva tipicamente nei soggetti di età e livello di sviluppo paragonabili e devono comportare una significativa compromissione del funzionamento sociale, scolastico, o lavorativo.

I comportamenti negativistici ed oppositivi sono espressi con persistente caparbità, resistenza alle direttive, scarsa disponibilità al compromesso, alla resa o alla negoziazione con gli adulti o coi coetanei. L’oppositività può anche includere la deliberata o persistente messa alla prova dei limiti, di solito ignorando gli ordini, litigando e non accettando i rimproveri per i misfatti.

Durante l’età scolare, possono esservi scarsa autostima, labilità d’umore, scarsa tolleranza alla frustrazione, tendenza ad imprecare, e uso precoce di alcool, tabacco e sostanze illecite. Vi sono spesso conflitti con i genitori, gli insegnanti, e i coetanei. Può esservi un circolo vizioso in cui il genitore e il bambino mettono in evidenza l’uno la parte peggiore dell’altro. Il Disturbo Oppositivo Provocatorio ha maggiore prevalenza nelle famiglie in cui l’accudimento del bambino è turbato da un susseguirsi di diverse persone preposte all’accudimento stesso, o in famiglie in cui sono comuni pratiche educative rigide, incoerenti, o distratte. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è comune nei bambini con Disturbo Oppositivo Provocatorio.

L’identificazione precoce in tali soggetti di una condizione di vulnerabilità associata alla patologia di base è presupposto ad un intervento correttivo che coinvolga la famiglia e la scuola in grado di contrastare l’evoluzione prognostica negativa e modificare l’evoluzione verso una dipendenza.

**8****Target (destinatari)****8.1 Target principale**

Soggetti di età compresa tra 4 e 12 anni valutati nelle UU.OO. di Neurologia e Psichiatria dell’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

**8.2 Target secondario**

Familiari dei soggetti inseriti nello studio.



## **9 Territorio ed ambienti di intervento**

### **9.1 Aree geografiche coinvolte**

Il progetto ha una ricaduta nazionale, la finalità è quella di gestire un ampio numero di pazienti e controlli, nonché avere una rappresentazione fedele delle diverse realtà italiane per cui sono state selezionate 1 Unità al Nord (Veneto), 1 Unità al Centro (Lazio), 2 Unità al Sud (Puglia e Sicilia).

## **10 Valore aggiunto atteso nell'intervento proposto**

L'analisi sistematica di tutti i casi osservati nel periodo di studio affetti da ADHD, disturbo del comportamento e dislessia comparati con un gruppo di controllo di soggetti sani farà emergere delle differenze di predisposizione all'abuso di sostanze e all'addiction. L'identificazione precoce di soggetti vulnerabili ci permetterà di mettere in atto un intervento precoce utilizzando strategie per ridurre nel tempo le persone vulnerabili e utilizzare strategie di prevenzione attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani. In aggiunta il target di prevenzione verrà effettuato anche sulle famiglie attraverso un parent training della durata di 6 mesi dall'identificazione della condizione di vulnerabilità con incontro che si ripeteranno ogni 15 giorni. Le azioni di prevenzione nei soggetti più a rischio saranno mantenute permanenti al fine di ridurre l'incidenza di consumo di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e lo sviluppo di altre forme di addiction.



**11 Sotto obiettivi e indicatori**

N°	Sotto obiettivi	Indicatori	Base line result	Prodotto tangibile atteso	Note
1	Definire un modello di intervento di diagnosi precoce dei fattori di vulnerabilità all'uso di sostanze stupefacenti e all'addiction in bambini tra i 4 e gli 8 anni	Grado di condivisione del modello	100%	Modello di intervento di diagnosi precoce	
2	Sperimentazione del modello per la valutazione della fattibilità e della sostenibilità dell'iter diagnostico	n. soggetti arruolati	200	Risultati test	
3	Mettere a punto un modello di supporto genitoriale precoce in ambito educativo	n. genitori coinvolti	80%	Percorso parent training	
4	Organizzare uno studio di follow up per la valutazione longitudinale	Frequenza incontri di follow up	Ogni sei mesi	Report finale	

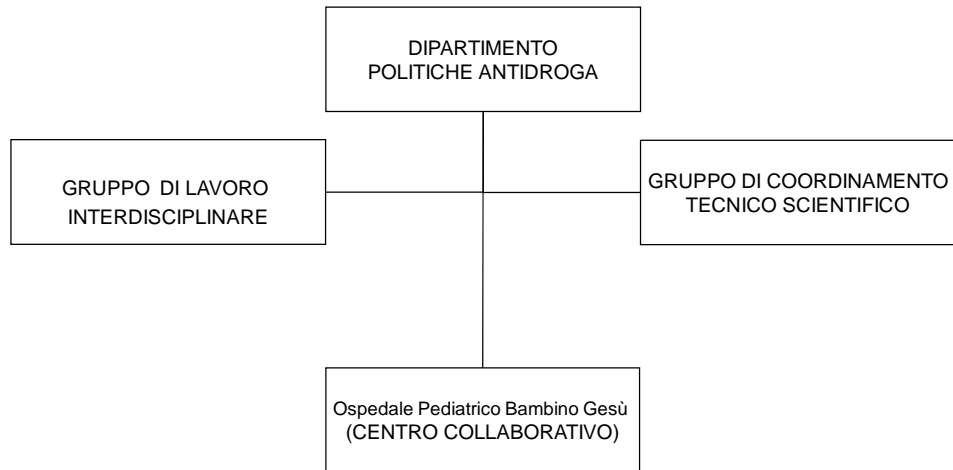
## 12 Sotto obiettivi, Work package e metodi

N	Sotto obiettivi	Work Package (pacchetti di attività)	Metodi
1	Definire un modello di intervento di diagnosi precoce dei fattori di vulnerabilità all'uso di sostanze stupefacenti e all'addiction in bambini tra i 4 e i 12 anni	<b>WP 1.1</b> Costituzione gruppo di lavoro	<b>1.1</b>
		<b>WP 1.2</b> Studio e definizione del modello sperimentale e di intervento	<b>1.2</b>
		<b>WP 1.3</b> Definizione dei criteri di inclusione	<b>1.3</b>
		<b>WP 1.4</b> Pianificazione della sperimentazione del modello	<b>1.4</b>
2	Sperimentazione del modello per la valutazione della fattibilità e della sostenibilità dell'iter diagnostico	<b>WP 2.1</b> Individuazione soggetti affetti da (1) Disturdo dell'Attenzione ed Iperattività (ADHD)	<b>2.1</b>
		<b>WP 2.2</b> Individuazione soggetti affetti da Disturbo Oppositivo Provocatorio	<b>2.2</b>
		<b>WP 2.3</b> Reclutamento soggetti sani (campione di controllo)	<b>2.3</b>
		<b>WP 2.4</b> Somministrazione di una batteria specifica di tests neuropsicologici	<b>2.4</b>
		<b>WP 2.5</b> Identificazione due gruppi di soggetti: (1) soggetti definiti vulnerabili, (2) soggetti definiti non vulnerabili	
		<b>WP 2.6</b> Esecuzione sui soggetti "vulnerabili" di indagini supplementari di neuroimaging e studi neurofisiologici.	<b>2.5</b>
3	Mettere a punto un modello di supporto genitoriale precoce in ambito educativo	<b>WP 3.1</b> Sensibilizzazione genitori	<b>3.1</b>
		<b>WP 3.2</b> Organizzazione percorsi di parent training	<b>3.2</b>
		<b>WP 3.3</b> Somministrazione interveiste e questionari per i genitori	<b>3.3</b>
		<b>WP 3.4</b> Redazione di un report dati finale	<b>3.4</b>
4	Organizzare uno studio di follow up per la valutazione longitudinale	<b>WP 4.1</b> Programmazione e organizzazione logistica	<b>4.1</b>
		<b>WP 4.2</b> Valutazione neuropsicologica a 6 mesi	<b>4.2</b>
		<b>WP 4.3</b> Valutazione neuropsicologica a 12 mesi	<b>4.3</b>
		<b>WP 4.4</b> Valutazione neuropsicologica a 18 mesi	<b>4.4</b>
		<b>WP 4.5</b> Valutazione dello stato e l'indice di gravità del soggetto in relazione al rischio di uso di sostanze e di addiction.	<b>4.5</b>
			Nella definizione del modello dovranno essere presi in considerazione tutti gli aspetti e le condizioni che possono incidere sullo sviluppo dell'addiction nel target di riferimento
			Saranno reclutati soggetti consecutivamente visitati nelle UUOO di Neurologia e Psichiatria dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
			L'intervento di prevenzione verrà effettuato anche sulle famiglie attraverso un parent training della durata di 6 mesi dall'identificazione della condizione di vulnerabilità con incontro che si ripeteranno ogni 15 giorni.
			A distanza di 6 mesi, 12 mesi e 18 mesi verrà effettuata una valutazione neuropsicologica approfondita e verranno valutate eventuali differenze nei risultati dei test anche in base all'approccio educativo effettuato



## 13 Organigramma generale del progetto

Viene di seguito rappresentato l'organigramma generale del progetto E.D.I



**14 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti**

Dipartimento Politiche Antidroga	Centro Collaborativo
<b>Attività generali</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Coordinamento tecnico-scientifico generale del Progetto</li><li>▪ Partecipazione al Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico per indirizzamento generale del Progetto</li><li>▪ Mantenimento dei rapporti istituzionali con enti esterni ed internazionali</li><li>▪ Analisi valutativa dei risultati raggiunti e della reportistica finanziaria</li><li>▪ Supervisione e tutoring scientifico sulle attività di progetto (compresa l'analisi statistica dei dati)</li><li>▪ Gestione operativa della comunicazione e dei media</li></ul>	<b>Attività generali</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Coordinamento operativo del Progetto</li><li>▪ Partecipazione al Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico per indirizzamento generale del Progetto</li><li>▪ Mantenimento dei rapporti con le unità operative</li><li>▪ Organizzazione degli incontri di coordinamento</li><li>▪ Gestione delle collaborazioni tecnico-scientifiche finalizzate</li><li>▪ Gestione amministrativa del Progetto</li></ul>
<b>Attività specifiche di Progetto</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Progettazione e realizzazione delle pubblicazioni</li><li>▪ Divulgazione dei risultati alle unità operative (ritorno informativo)</li></ul>	<b>Attività specifiche di Progetto</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Esplicazione delle attività di ricerca del Progetto per il raggiungimento degli obiettivi secondo i WP definiti</li><li>▪ Stesura della reportistica tecnico-scientifica e finanziaria</li></ul>



## **15** Percorso Operativo

### **15.1 Articolazione in macro fasi e attività**

Data di inizio prevista: 01/02/2014 (tale data potrà essere ridefinita in base al ricevimento da parte del DPA della lettera ufficiale di avvio delle attività)

Durata totale prevista:  2 anni

Fine prevista delle attività : 31/01/2016 (e comunque dopo 24 mesi dall'avvio delle attività)

<b>Macro fasi temporali</b>	<b>Durata</b>
<b>1</b> Definire un modello di intervento di diagnosi precoce dei fattori di vulnerabilità all'uso di sostanze stupefacenti e all'addiction in bambini tra i 4 e i 12 anni	6 mesi
<b>2</b> Sperimentazione del modello per la valutazione della fattibilità e della sostenibilità dell'iter diagnostico	12
<b>3</b> Mettere a punto un modello di supporto genitoriale precoce in ambito educativo	18
<b>4</b> Organizzare uno studio di follow up per la valutazione longitudinale	18

## 15.2 GANTT preventivo

N	Attività	Mesi																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	WP1	Definire un modello di intervento	■	■	■	■	■	■																		
	WP2	Sperimentazione del modello							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
	WP3	Mettere a punto un modello di supporto genitoriale precoce							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	WP4	Organizzare uno studio di follow up							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (MILESTONES)	R= Report																								
	REPORT DI RISULTATO																									
	RENDICONTAZIONE FINANZIARIA																									

## 15.3 Agenda Reporting

Sigla Report	Data prevista	Tipo di rapporto
RR1	Al completo utilizzo del 50% dell'importo	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF1	Al completo utilizzo del 50% dell'importo	Rendicontazione finanziaria in progress
RR2	Al completo utilizzo del 40% dell'importo	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF2	Al completo utilizzo del 40% dell'importo	Rendicontazione finanziaria in progress
RR3	A fine progetto	Report finale, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF3	A fine progetto	Rendicontazione finanziaria finale

## 16 Oneri e piano finanziario

Gli oneri finanziari previsti a carico della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga per sostenere le spese di realizzazione delle attività progettuali sono pari ad € 110.000,00 e vengono così ripartiti:

BENI E SERVIZI	€ 15.000,00
FORMAZIONE	€
PERSONALE A CONTRATTO	€ 87.300,00
PUBBLICAZIONI E MATERIALI INFORMATIVI	€
MISSIONI E RIMBORSI	€
CONVEGNI	€
SPESA DI SEGRETERIA e GESTIONE AMMINISTRATIVA FORFETTARIE (7% del finanziamento complessivo)	€ 7.700,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 110.000,00</b>

I riparti tra le singole voci sono indicativi

