



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto

In Marcia per la Vita 2

Liberi dalle droghe

Progetto di prevenzione contro l'uso di sostanze stupefacenti e promozione di modelli di comportamento sano attraverso lo sport

Centro Collaborativo



Comune di Capranica

Durata: :
12 mesi
Oneri:
€ 40.000,00
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 Risk Assessment e Risk Management
- 14 Organigramma generale del progetto
- 15 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti
- 16 Percorso operativo
 - 16.1 Articolazione in macro fasi e attività
 - 16.2 Gantt Preventivo
 - 16.3 Agenda Reporting
- 17 Oneri e Piano Finanziario



1

Titolo Progetto

Acronimo o sigla	In Marcia per la Vita 2 – Liberi dalle droghe
Titolo per esteso	Progetto di prevenzione contro l'uso di sostanze stupefacenti e promozione di modelli di comportamento sani attraverso lo sport
Attivato da:	Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga Capo del Dipartimento: Dott. Giovanni Serpelloni
Gruppo di coordinamento tecnico-scientifico	Direzione Tecnico Scientifica: Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga Comune di Capranica Comitato Olimpico Nazionale Italiano
Centro Collaborativo	Comune di Capranica
Responsabile per il Centro Collaborativo	Dott. Angelo Cappelli, Sindaco
Responsabile Operativo del progetto per il Centro Collaborativo	Dott. Pietro Nocchi, Assessore
Collaborazioni previste	Comitato Olimpico Nazionale Italiano
Gruppo di lavoro interdisciplinare previsto	Da definire in base alle esigenze progettuali

2 Riassunto - sintesi

2.1 Premesse

L'uso di sostanze stupefacenti, anche non iniettivo, comporta gravi danni per la salute, sia in ambito neuropsichico che internistico-infettivologico oltre a questo si aggiunge il rischio di incidenti stradali alcol-droga correlato. La pratica sportiva può essere considerata uno strumento da utilizzare nel proprio stile di vita per prevenire non solo comportamenti a rischio ma anche altre problematiche sanitarie non necessariamente imputabili a comportamenti a rischio. Si ritiene pertanto importante stimolare e incentivare l'utilizzo della pratica sportiva nelle Comunità Terapeutiche con finalità educative e curative, e nella società civile come buona prassi preventiva a numerose patologie tra le quali anche la dipendenza da sostanze psicotrope legali ed illegali.

2.2 Obiettivo

Il progetto "In Marcia per la Vita 2- Liberi dalle droghe" ha l'obiettivo di implementare le attività di prevenzione attraverso lo sport mediante l'organizzazione di eventi e raduni su tutto il territorio nazionale che coinvolgeranno le comunità terapeutiche italiane come anche i professionisti dello sport e le istituzioni politiche, nell'ambito di una staffetta che attraverserà l'Italia, proponendo contestualmente attività informative e formative rivolte soprattutto ad un target giovanile.

La marcia, simbolicamente rappresenta il percorso svolto dai pazienti all'interno delle comunità finalizzato al miglioramento della propria vita attraverso l'impegno e l'esercizio, ha inoltre come obiettivo quello di sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi della tossicodipendenza ma anche di unire comunità e centri (pubblici e privati) che sono impegnate nel recupero di tanti giovani.

2.3 Metodo

Il progetto prevede l'ideazione, la progettazione, la programmazione, l'organizzazione e l'attuazione di una staffetta nazionale con il coinvolgimento diretto delle comunità terapeutiche le quali, in collaborazione con le istituzioni locali e le associazioni sportive, si faranno promotrici dell'attuazione di eventi sportivi, formativi, informativi e culturali in corrispondenza delle diverse tappe.

L'iniziativa prenderà il via contemporaneamente da Udine e da Olbia il 4 maggio 2014 per concludersi il 31 maggio a Roma. Gli oltre 3.000 km di staffetta saranno distribuiti su 42 tappe contornate da manifestazioni culturali e musicali, momenti di sensibilizzazione e informazione, significative occasioni di aggregazione sociale e di contrasto alla marginalità.

2.4 Risultato atteso

Risultato atteso del progetto è l'attuazione della marcia con il coinvolgendo del maggior numero di Comunità terapeutiche italiane al fine di sensibilizzare le istituzioni pubbliche e private e la cittadinanza sui temi inerenti la dipendenza, aumentare il numero degli interventi nelle realtà urbane, sottolineare e sensibilizzare sul ruolo preventivo, educativo e terapeutico per la lotta alle dipendenze dello sport e dell'attività fisica.

3 Referenti amministrativi

Referenti	Coordinate
Per il DPA:	Tel: 06.67796350
Ufficio Amministrativo Contabile DPA	Fax: 06.67796843
	Email: ufficiocontabiledpa@governo.it
Per il Comune di Capranica	Tel: 0761/6679202
Dott.ssa Patrizia Toreselli	Fax: 0761/6679202
	Email: capranicasegreteria@hotmail.com

4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto

L'uso di droghe tra i giovani è un fenomeno preoccupante e attuale che richiede interventi mirati, prima di tutto, ad evitare la sperimentazione di sostanze stupefacenti.

Il contatto con le droghe – tanto più se è precoce – espone a diversi rischi, non solo a quello di un possibile futuro da tossicodipendente ma anche di marginalità e difficoltà nell'integrazione sociale. Nell'immediato espone al rischio di intossicazioni acute (specie nel caso di uso associato di sostanze: ad es. alcol+droghe e/o droghe+droghe) e di incidenti stradali legati alla guida in stato di intossicazione; a medio termine porta a perdere la motivazione e il piacere connesso al perseguimento di obiettivi personali, a lungo termine al rischio di dipendenza, fisica e psicologica.

Dal punto di vista educativo e preventivo la questione droghe rinvia alla necessità di superare l'attuale invisibilità del fenomeno, se non di stigma sociale nei confronti dei tossicodipendenti, rinforzando al contempo le capacità dei contesti sociali, istituzionali e aggregativi di elaborare adeguatamente codici di condotta e regole di riferimento volte al non-uso.

Il progetto mira infatti da una parte a stimolare le comunità terapeutiche per dipendenti ad utilizzare anche lo sport come strumento terapeutico per la di crescita personale e sociale dall'altra a proporre positivi stili di vita finalizzati alla prevenzione delle dipendenze patologiche ma non solo.

La necessità a cui il progetto intende rispondere, pertanto, è quella di realizzare interventi orientati a sensibilizzare l'opinione pubblica, le istituzioni e le comunità territoriali nei confronti del fenomeno droga e a promuovere stili di vita sani attraverso lo sport.

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

La complessa natura del fenomeno dell'assunzione di sostanze psicotrope legali ed illegali è determinata non solo dalle componenti motivazionali e di contesto sociale dei consumatori, ma caratterizzata anche da un forte contesto di illegalità in cui il fenomeno stesso si sviluppa rende di difficile attuazione le azioni di osservazione e monitoraggio mediante studi epidemiologici classici.

Tali studi, tuttavia, oltre a soddisfare un fabbisogno informativo indispensabile per il monitoraggio del fenomeno, soprattutto per valutarne l'evoluzione sia in termini quantitativi, sia in termini di pattern dei consumi, costituiscono la base per la pianificazione di ulteriori interventi di approfondimento e di completamento del profilo conoscitivo.

A livello europeo, il monitoraggio del fenomeno legato al consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali, ha assunto un ruolo strategico nel contrasto alla diffusione dello stesso. Solo mediante una continua e costante osservazione dell'evoluzione dei consumi, nonché di altri fattori legati alla domanda e all'offerta di sostanze stupefacenti, è possibile raccogliere informazioni utili e necessarie alla definizione e all'orientamento di nuove ed efficaci strategie di prevenzione e contrasto.

A tal fine l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT) ha definito cinque indicatori chiave, il primo dei quali è dedicato all'osservazione dei consumi di sostanze psicotrope nella popolazione generale e, parallelamente, nella popolazione studentesca.

Sulla base di una metodologia standard definita dallo stesso OEDT, tutti i paesi europei svolgono ricerche sul fenomeno della droga, dalle quali emergono informazioni essenziali per descrivere e comprendere l'impatto della diffusione delle sostanze illecite su scala nazionale. In un'epoca in cui l'importanza degli interventi fondati sull'esperienza è riconosciuta da più parti, non è un caso che 21 paesi abbiano riferito che i risultati degli studi condotti in questo settore forniscono, almeno in parte, un orientamento all'azione politica in materia di droghe.

In Italia gli studi di popolazione generale (GPS) e scolastica (SPS) sul consumo di stupefacenti sono stati avviati all'inizio del secondo millennio. I primi (GPS) hanno periodicità biennale, i secondi (SPS) annuale, consentono l'analisi dell'evoluzione dei consumi e delle abitudini di assunzione delle sostanze psicoattive legali ed illegali, fornendo interessanti ed utili indicazioni anche nel contesto dinamico dell'evoluzione del fenomeno negli altri Stati membri EU.

A supporto e a conferma dei risultati ottenuti dagli studi epidemiologici tradizionali, particolare attenzione è stata dedicata dal Dipartimento Politiche Antidroga ad iniziative rivolte a studi alternativi e complementari che, con la collaborazione metodologica ed operativa di istituti di ricerca accreditati a livello internazionale, sono stati avviati a livello nazionale dal 2010.

Survey 2012 GPS popolazione generale 18-64 anni

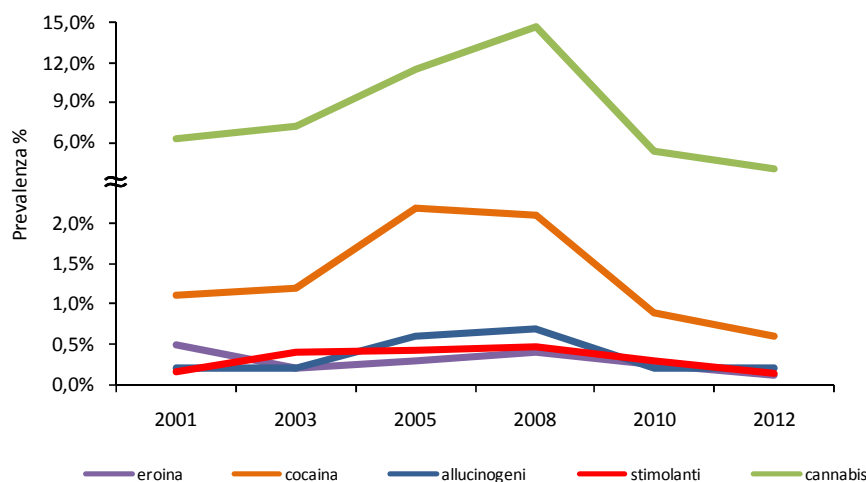
I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-DPA 2012 (General Population Survey) nella popolazione generale 18-64 anni, promossa e diretta dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzata nel 2012 in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale (CUEIM).

Al fine di poter operare confronti con le indagini svolte in passato, i dati elaborati per la popolazione generale 18-64 anni sono stati integrati con i risultati dell'indagine scolastica per le età 15-17 anni, che può ritenersi una stima rappresentativa della popolazione residente 15-17 anni.

Di seguito, quindi, sono riportati i risultati dell'indagine sulla popolazione nazionale 15-64 anni ottenuti dalle analisi condotte sui questionari raccolti attraverso l'indagine GPS-DPA (18-64 anni), e dalle risposte fornite alla stessa data dal campione di studenti intervistati attraverso l'indagine SPS-DPA per la fascia d'età rimanente (15-17 anni).

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (Last Year Prevalence-LYP), riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione dei consumatori già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel 2010 (Figura I.1.1).

Figura I.1.1: Consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



Fonte: Elaborazione su dati IPSAD* Italia 2001 – 2008, dati GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga
 *IPSAD = Indagine di Popolazione Italiana sull'uso di Alcol e Droghe, condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche

Da un'analisi complessiva sull'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra il 2010 ed il 2012 si osserva una generale contrazione di consumatori di tutte le sostanze indagate (Tabella I.1.1).

Tabella I.1.1: Prevalenza (%) di consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2010 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Cannabis	5,33	4,01	-1,32
Cocaina	0,89	0,60	-0,29
Eroina	0,24	0,12	-0,12
Stimolanti	0,29	0,13	-0,16
Allucinogeni	0,21	0,19	-0,02

Fonte: Studi GPS-DPA 2012 e GPS-DPA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi delle prevalenze di consumo ottenute dalle ultime tre rilevazioni, evidenzia una contrazione per tutte le sostanze esaminate (Tabella I.1.2) rispetto all'indagine condotta nel 2008, meno marcata tra il 2010 ed il 2012.

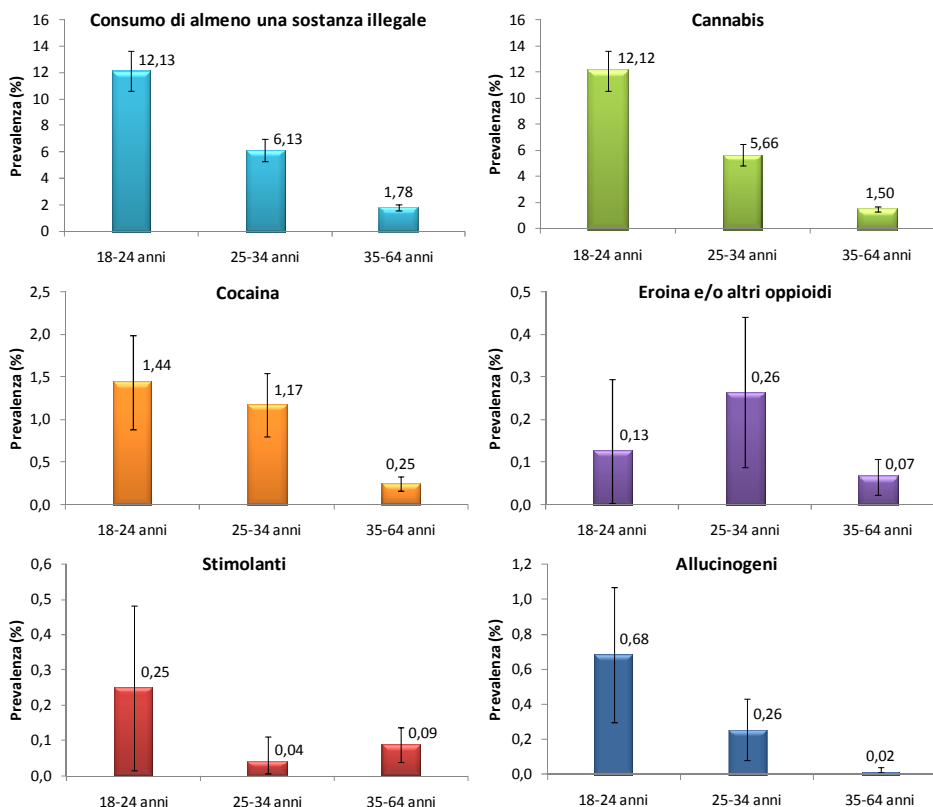
Tabella I.1.2: Prevalenza (%) di consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2008, 2010 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012
Cannabis	14,30	5,33	4,01
Cocaina	2,10	0,89	0,60
Eroina	0,40	0,24	0,12
Stimolanti	0,47	0,29	0,13
Allucinogeni	0,70	0,21	0,19

Fonte: Studi IPSAD Italia 2008, GPS-DPA 2012 e GPS-DPA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione sui consumi di sostanze stupefacenti registrato nel 2012 nella popolazione generale 18-64 anni per fascia d'età (Figura I.1.2), si osserva che, tranne per gli oppioidi e gli stimolanti, l'assunzione diminuisce all'aumentare dell'età, con differenze statisticamente significative per la cannabis (tutte le fasce d'età), per la cocaina e gli allucinogeni (tra i giovani 18-34 anni e la fascia 35-64 anni). Anche per il consumo di almeno una sostanza illegale si osservano differenze statisticamente significative tra le fasce d'età: il 12,1% dei 18-24enni sembra aver assunto almeno una sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi, il 6,1% nella fascia 25-34 anni, mentre solo l'1,8% nell'età più adulta.

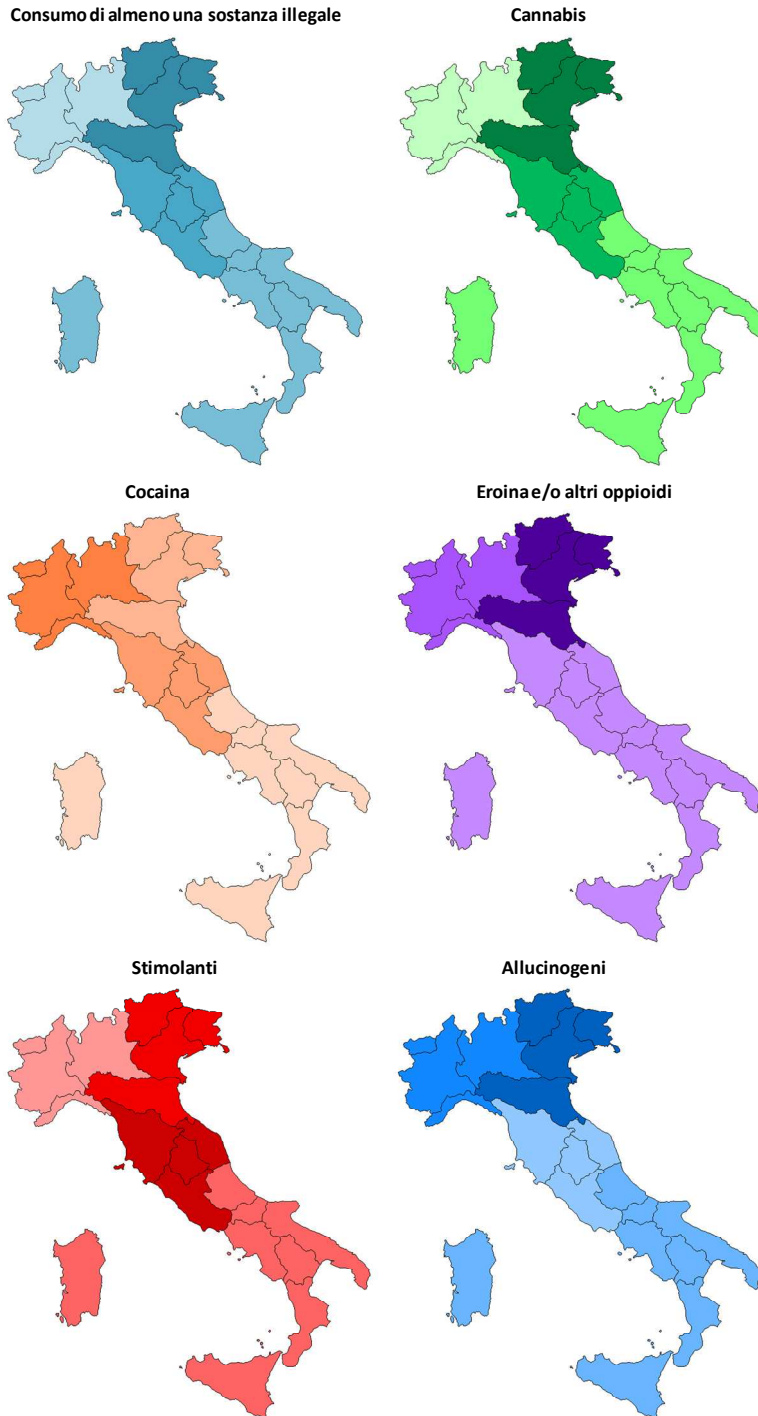
Figura I.1.2: Consumatori (prevalenza %) di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 12 mesi, per fascia d'età – Intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel confronto tra le aree geografiche (Figura I.1.3), si osservano differenze statisticamente significative nei consumi di cannabis (hashish o marijuana) tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale, mentre il consumo di allucinogeni si differenzia in modo statisticamente significativo tra il nord-est ed il centro Italia, con consumi nettamente superiori al nord-est (0,30% vs 0,05%). L'assunzione di almeno una sostanza illecita negli ultimi 12 mesi evidenzia lo stesso trend tra le aree geografiche osservato per la cannabis: si osservano differenze statisticamente significative tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale (3,1% al nord-ovest, 4,5% al nord-est, 4,4% al centro).

Figura I.1.3: Consumatori (prevalenza %) di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Survey 2013 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

I risultati di seguito riportati emergono dalle analisi condotte sulle risposte fornite da un primo campione di 38.150 studenti delle scuole secondarie di secondo grado (alla data del 03 Maggio 2013), nell'ambito dell'indagine sul consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale 15-19 anni (SPS-DPA 2013). Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2013 dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e la partecipazione dei Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute. Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo (uso di droghe almeno una volta

nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese), individuandone anche la modalità d'uso di sostanze al fine di monitorare l'evoluzione del fenomeno.

In seguito l'applicazione delle procedure di analisi della qualità dei dati (paragrafo I.1.2.9) sono stati considerati validi per le successive elaborazioni sui consumi di sostanze psicotrope 34.385 questionari, riferiti a soggetti con età 15-19 anni, che rappresentano il 2% del collettivo di studenti 15-19 anni iscritti all'a.s. 2012-2013 della scuola secondaria di secondo grado. Nella Tabella I.1.18 viene riportata la distribuzione dei soggetti rispondenti per età ed area geografica.

Tabella I.1.3: Distribuzione degli studenti che hanno compilato il questionario, per area geografica ed età. Anno 2013

Area geografica	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale
Italia nord-occidentale	1.362	1.542	1.651	1.529	1.513	7.597
Italia nord-orientale	990	1.112	1.169	1.106	1.137	5514
Italia centrale	1.081	1.273	1.235	1.227	1.124	5940
Italia meridionale/insulare	2.972	3.233	3.153	3.089	2.887	15334
Totale	6.405	7.160	7.208	6.951	6.661	34.385
%	18,6	20,8	21,0	20,2	19,4	100,0

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

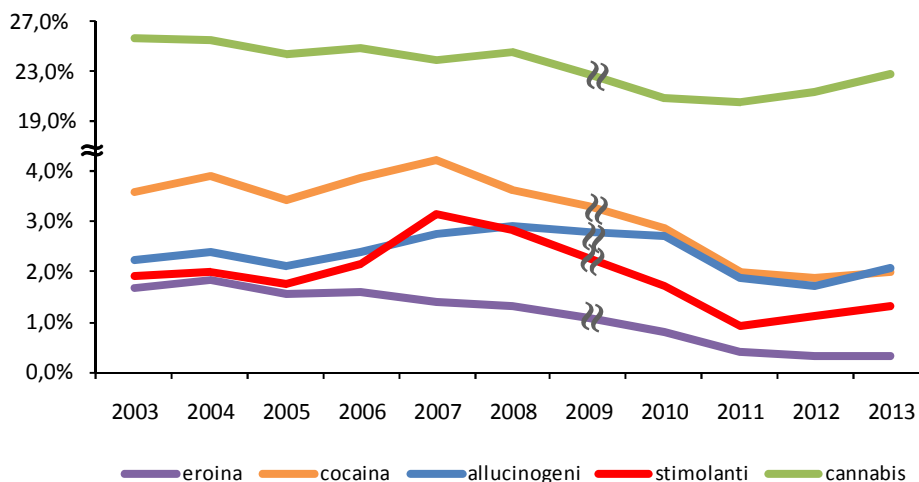
L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (LYP – Last Year Prevalence), riferiti da studenti di età 15-19 anni rispondenti nel 2013, mostra un incremento di cannabis (19,14% nel 2012 a 21,43% nel 2013), mentre per le altre sostanze si osserva una lieve variazione positiva non misurabile in termini di significatività statistica: 0,36 punti per uso di allucinogeni (1,72% nel 2012 vs 2,08% nel 2013), 0,21 punti di stimolanti (1,12% nel 2012 vs 1,33% nel 2013), 0,15 punti di cocaina (1,86% nel 2012 vs 2,01% nel 2013) infine stabile il consumo di eroina (0,32% nel 2012 vs 0,33% nel 2013).

Il confronto del trend dei consumi di stupefacenti negli ultimi 11 anni, evidenzia una iniziale e progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, da una sostanziale stabilità nel biennio successivo 2010-2012 e una tendenza all'aumento nell'ultimo anno.

La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, stabilizzandosi nel 2013 a valori di prevalenza osservati nel 2011. In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori al 2% degli studenti che hanno compilato il questionario. Negli ultimi anni il fenomeno si è stabilizzato.

I consumatori di sostanze stimolanti seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, ma negli ultimi due anni si osserva una lieve tendenza alla ripresa nei consumi. Per quanto riguarda, infine, la prevalenza del consumo di allucinogeni, essa, ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, con una contrazione dal 2010 al 2012; nell'ultimo anno si osserva, però, una lieve tendenza all'aumento del fenomeno.

Figura I.1.4: Consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003-2013



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.4: Consumatori di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2012 e 2013

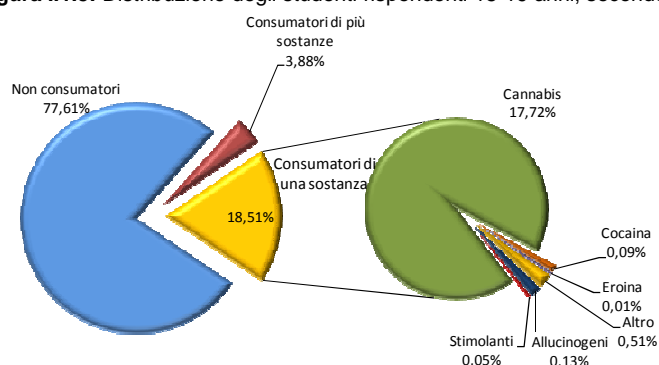
Sostanza	Prevalenza 2012	Prevalenza 2013	Differenza 2012-2013
Cannabis	19,14	21,43	2,29
Cocaina	1,86	2,01	0,15
Eroina	0,32	0,33	0,01
Stimolanti	1,12	1,33	0,21
Allucinogeni	1,72	2,08	0,36

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Lo studio del 2013 sulla popolazione studentesca, su un campione di 34.385 soggetti di età compresa tra 15-19 anni con una percentuale di risposta pari a circa il 75%, evidenzia che il 77,6% degli studenti intervistati non ha mai fatto uso di sostanze negli ultimi 12 mesi, solamente il 18,5%, invece, ha fatto consumato una droga almeno una volta nell'ultimo anno antecedente all'intervista. Mentre il 3,8% ha fatto uso di più sostanze.

Del 18,5% dei rispondenti che hanno dichiarato di aver fatto uso di una sola sostanza, la quota maggiore si registra per uso di cannabis (17,7%), lo 0,51% ha consumato altre sostanze, lo 0,13% ha fatto uso di allucinogeni, lo 0,05 di stimolanti, lo 0,09% di cocaina ed infine solo lo 0,01 degli alunni ha fatto uso di eroina.

Figura I.1.5: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni, secondo il consumo di sostanze illegali negli ultimi 12 mesi. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue, anno 2012

Parallelamente agli studi epidemiologici classici, il Dipartimento Politiche Antidroga con la collaborazione scientifica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, recentemente, ha promosso per la comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze: una sostanza stupefacente, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metabolita/i dal consumatore. Le escrezioni biologiche, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono essere campionate e i residui delle sostanze essere misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di sostanze, ma solo di misurare quante sostanze stupefacenti vengono collettivamente utilizzate dalla popolazione.

Questa metodologia è stata applicata per la prima volta negli anni 2005 (mese di dicembre) e 2006 (mesi di marzo-aprile) nella città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo.

Nel 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, ha promosso uno studio pilota (AQUA DRUGS Pilota), realizzato dall'Istituto Mario Negri, i cui risultati hanno consolidato l'ipotesi di applicazione di tale approccio allo studio del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana. Nel corso di questo studio sono state identificate otto città campione; i consumi di sostanze in tali città sono stati studiati sia a livello della popolazione generale che della popolazione scolastica per una settimana, mediante campionamenti di acque reflue in ingresso ai principali depuratori urbani e ai collettori in uscita di edifici scolastici di istruzione superiore.

Nel biennio 2011-2012 il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso due nuove edizioni dello studio, estendendolo, rispetto al 2010, ad ulteriori 4 centri urbani di grandi dimensioni (Perugia, Pescara, Cagliari, Bari) e 5 centri urbani identificati in ambiti minori (Merano, Gorizia, Terni, Nuoro, Potenza). La mappa presentata in Figura I.1.74 fornisce la localizzazione geografica di tutti i centri selezionati che coprono l'intero territorio nazionale.

Figura I.1.74: Centri italiani selezionati per il progetto AquaDrugs. Anni 2011-2012

Fonte: Studi AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

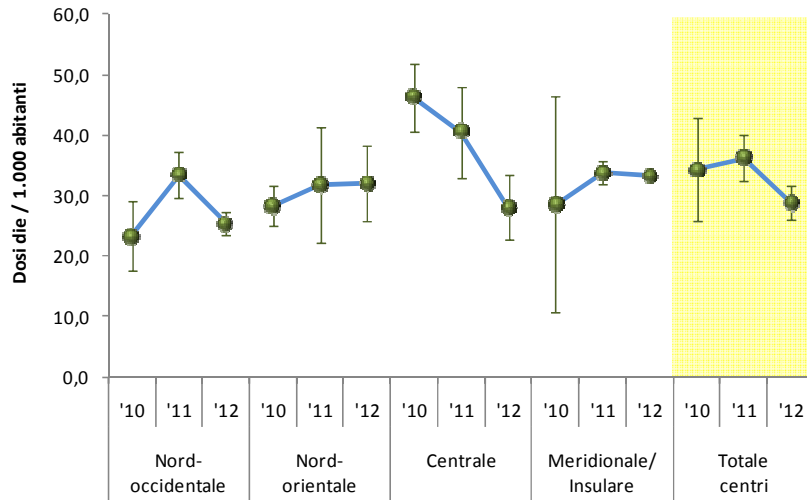
Ai fini dello svolgimento dello studio a livello nazionale, per ciascun centro urbano selezionato sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi. Inoltre, per ciascuna città, è stato identificato il periodo temporale più adatto per la realizzazione dei campionamenti. In particolare, sono stati prelevati campioni compositi delle 24 ore di acque reflue in ingresso a ciascun depuratore municipale selezionato, per sette giorni consecutivi, mentre, in corrispondenza di ciascuna scuola, sono stati prelevati campioni compositi delle acque reflue in orario scolastico, per cinque o sei giorni consecutivi. I campioni sono stati congelati immediatamente dopo il prelievo per prevenire la degradazione delle sostanze da misurare e sono stati trasportati congelati fino all'Istituto Mario Negri dove è avvenuta l'analisi. L'analisi dei campioni in laboratorio ha permesso di misurare le concentrazioni dei residui specifici per ciascuna delle principali sostanze stupefacenti. In particolare sono stati misurati i livelli di benzoilecgonina (BE) per la cocaina, del metabolita THC-COOH per la cannabis, dei metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e delle sostanze parentali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).

Le diverse sostanze sono state misurate mediante tecniche di spettrometria di massa (HPLC-MS/MS), e la concentrazione dei residui target ha consentito di risalire ai quantitativi e alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.

Per operare un confronto diretto tra i consumi rilevati, sono state calcolate le dosi totali che sono state poi normalizzate per il numero di abitanti afferenti a ciascun depuratore analizzato. Sono stati quindi riportati i valori medi settimanali delle dosi/giorno/1.000 abitanti, ad eccezione della ketamina, per la quale, considerate le esigue concentrazioni riscontrate, la standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno. Nelle figure seguenti sono rappresentati i confronti tra i consumi ottenuti nelle campagne di rilevazione degli ultimi tre anni (2010-2012), differenziando gli otto centri urbani in comune secondo l'area geografica di appartenenza.

Nel 2012 il consumo più consistente di cannabis, mediamente circa 33,3 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (Figura I.1.75), è stato rilevato nell'Italia meridionale/insulare, in aumento rispetto al dato medio riscontrato nel 2010 (28,5 dosi/die/1.000 ab.), ma in linea con il dato del 2011 (33,8 dosi/die/1.000 ab.). In generale, nei 17 centri urbani oggetto di rilevazione, si osserva una contrazione dei consumi di cannabis nel 2012 rispetto allo stesso periodo di rilevazione del 2011 e del 2010. Andamenti differenziati si osservano nelle varie aree geografiche, con tendenza all'incremento dei consumi nell'Italia settentrionale e meridionale/insulare tra 2010 e 2012, a fronte di una consistente contrazione dei consumi rilevata nell'area del centro Italia (46,2 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2010 contro 28,1 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012).

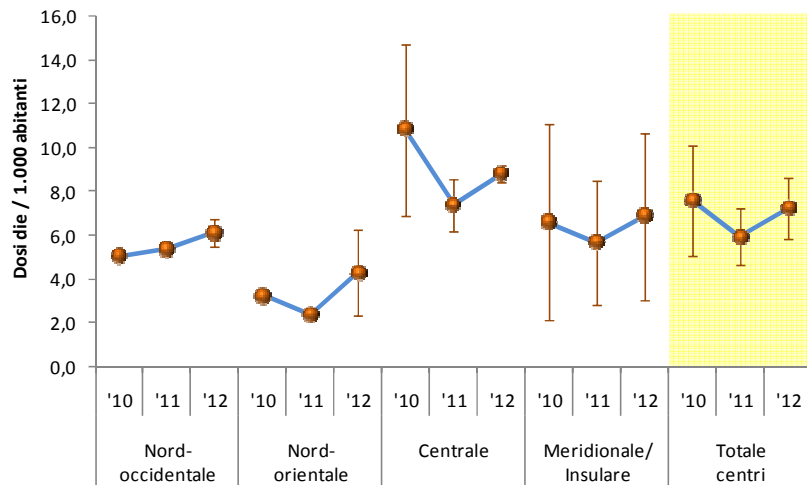
Figura I.1.75: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di CANNABIS rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Per quanto riguarda la cocaina (Figura I.1.76), dopo un generale calo dei consumi registrato nel 2011 rispetto alla rilevazione del 2010 (7,6 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2010 contro 5,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2011), nell'ultimo anno il consumo di cocaina subisce una variazione, attestandosi ai livelli del 2010 pari a circa 7,2 dosi giornaliere per 1.000 residenti negli otto centri oggetto di studio. Rispetto alle aree geografiche, oscillazioni marcate nel triennio si osservano nell'area nord-orientale (3,2 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 vs 2,4 dosi/die/1.000 ab. nel 2011 vs 4,3 dosi/die/1.000 ab. nel 2012) e nell'area centrale (10,8 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 vs 7,4 dosi/die/1.000 ab. nel 2011 vs 8,8 dosi/die/1.000 ab. nel 2012).

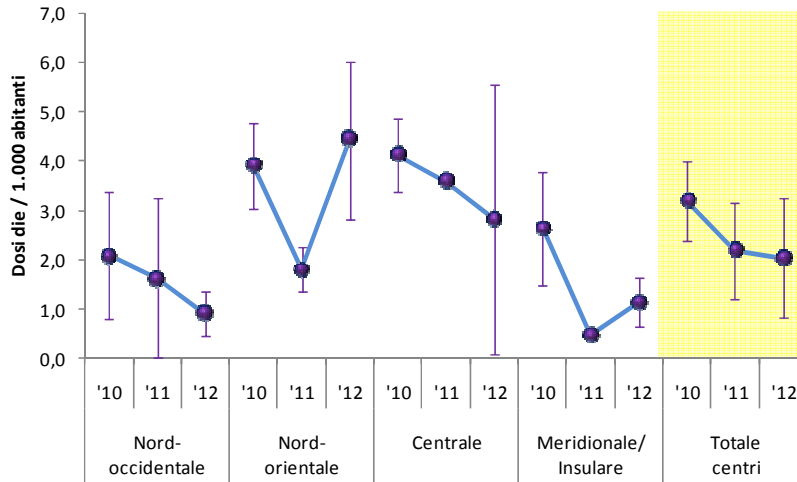
Figura I.1.76: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di COCAINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi più contenuti si osservano per l'eroina rispetto alle precedenti sostanze (Figura I.1.77), con concentrazioni medie osservate nel 2011 pari a circa 2 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti, in forte contrazione rispetto al dato registrato nel 2010 (3,2 dosi/die/1.000 ab.). Nel 2012, invece, il consumo di eroina rimane sostanzialmente stabile, nonostante nell'area nord-orientale si osserva una forte variabilità nel triennio considerato (3,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2010 contro 1,8 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2011 contro 4,4 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2012).

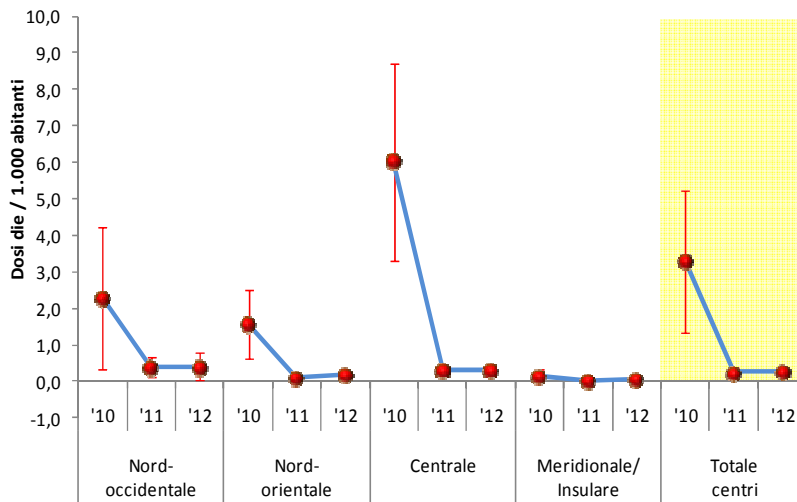
Figura I.1.77: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di EROINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Una consistente contrazione nei consumi di metamfetamine si osserva nel 2011 rispetto alla rilevazione dell'anno precedente (Figura I.1.78), con concentrazioni quasi nulle di residui riscontrati nei campioni analizzati, ad indicazione di un possibile "abbandono" dell'uso della sostanza da parte dei consumatori, da ricercare eventualmente nel passaggio all'uso di altre sostanze. La contrazione maggiore si osserva nell'Italia centrale, con concentrazioni medie pari a 6 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2010 contro 0,3 dosi/die/1.000 abitanti nel 2011). Nel 2012, infatti, i consumi di questa sostanza non subiscono sostanziali variazioni in tutti i centri oggetto di studio, mantenendosi agli stessi livelli del 2011.

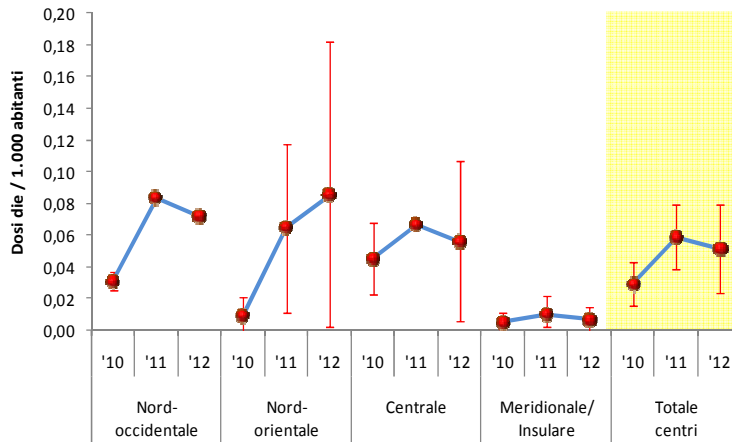
Figura I.1.78: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di METAMFETAMINE rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Tra le sostanze ricercate nelle acque reflue, sono state rilevate esigue concentrazioni di MDMA, più comunemente nota come Ecstasy (Figura I.1.79). In generale, dopo un lieve aumento riscontrato nel 2011 (0,03 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2010 contro 0,06 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2011), nel 2012 si osserva una sostanziale stabilità (0,05 dosi/die/1.000 abitanti). Una tendenza opposta a tutte le altre aree geografiche si osserva nell'Italia nord-orientale, caratterizzata da un trend in aumento delle concentrazioni di MDMA nei tre anni di rilevazione (da 0,01 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 a 0,08 dosi/die/1.000 residenti).

Figura I.1.6: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di MDMA (ECSTASY) rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

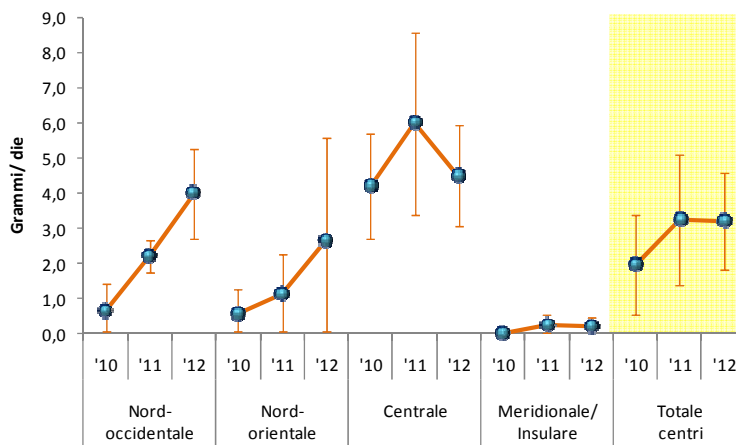


Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Per quanto riguarda la ketamina, la cui standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno, dopo un generale aumento dei consumi registrato nel 2011 (1,96 grammi/die nel 2010 contro 3,24 grammi/die nel 2011), nell'ultimo anno il consumo resta sostanzialmente stabile, attestandosi a 3,22 grammi/die (Figura I.1.80).

Consumi quasi nulli si osservano nell'Italia meridionale/insulare, a differenza di concentrazioni più elevate registrate nelle altre aree geografiche, in aumento nell'Italia settentrionale dal 2010 al 2012: per l'area nord-occidentale da 0,7 g/die nel 2010 a 4 g/die nel 2012, mentre per l'Italia nord-orientale da 0,6 g/die nel 2010 a 2,6 g/die nel 2012.

Figura I.1.7: Distribuzione dei grammi/die di KETAMINA rilevati nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

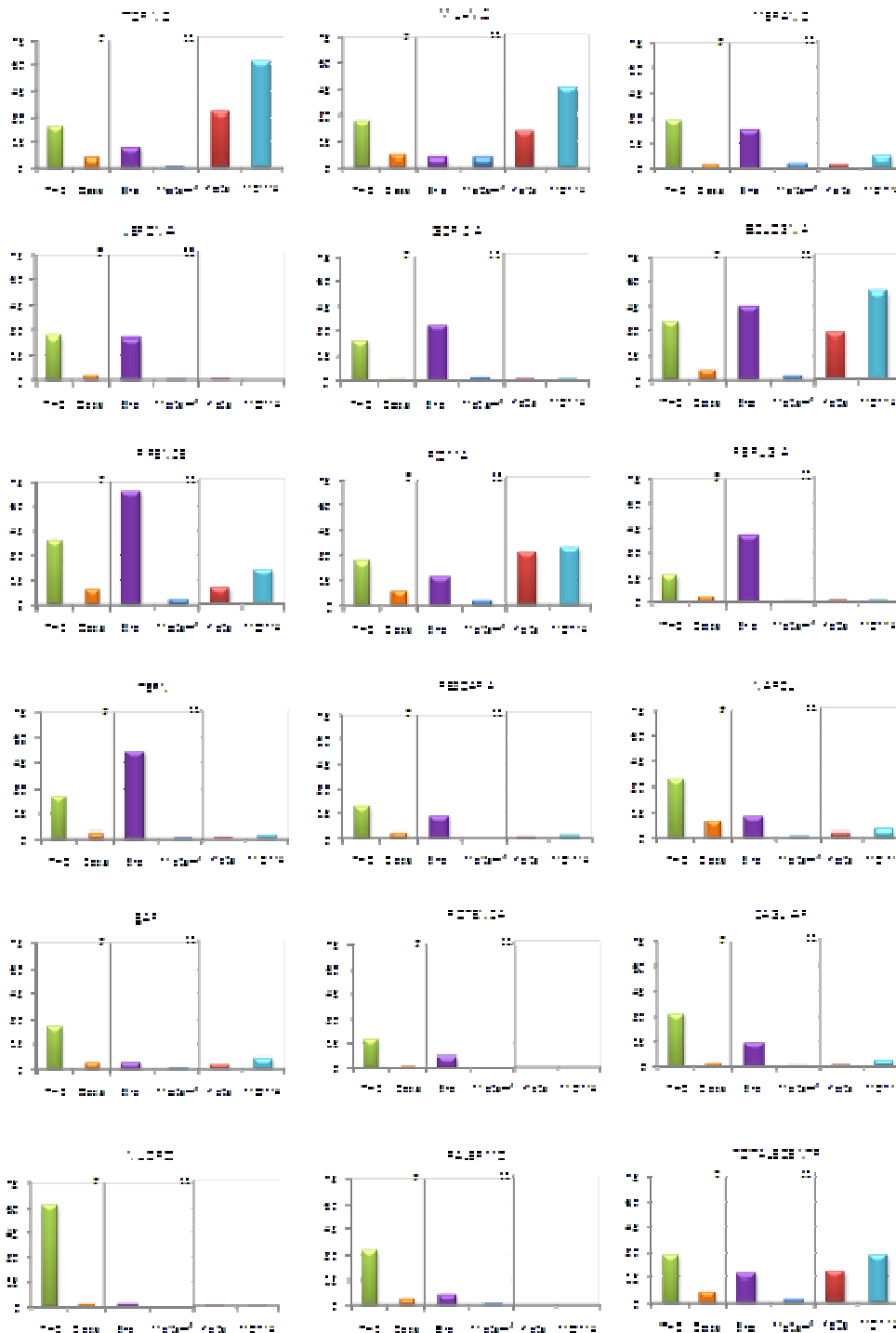
Con riferimento alla campagna di rilevazione 2012, nella Figura I.1.81 sono rappresentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro e nel totale. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 75 dosi/die per 1.000 abitanti), per l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 9 dosi/die per 1.000 residenti), infine per l'ecstasy e la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi per queste sostanze, con intervallo di valori da 0 a 12 grammi/die).

Dal prospetto di sintesi emerge che, oltre alla presenza di cannabis comune a tutti i 17 centri indagati, i centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-orientale (Verona, Bologna, Merano, Gorizia) e centrale (Roma, Firenze, Perugia, Terni) sono caratterizzati da un'alta concentrazione di eroina, decisamente minore nei centri urbani delle altre aree geografiche.

Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale e l'area centrale, con Torino capofila (5,1 grammi/die) seguito da Roma (4,9 grammi/die), Bologna (4,4 grammi/die) e Milano (3,2 grammi/die). Contrariamente, concentrazioni pressoché nulle si osservano invece nelle città dell'Italia meridionale/insulare (Napoli, Cagliari, Pescara, Bari, Potenza, Nuoro e Palermo).

Consumi più elevati di cocaina si rilevano a Firenze, Napoli e Roma (circa 9 dosi/giorno/1.000 abitanti), seguite da Milano, Torino, e Bologna (5-6 dosi/giorno/1.000 residenti).
Consumi di ecstasy più elevati si osservano nelle città di Torino (9,6 grammi/die), Milano (7,1 grammi/die) e Bologna (8,4 grammi/die), seguite da Roma e Firenze con concentrazioni dai 3 ai 5 grammi/die.

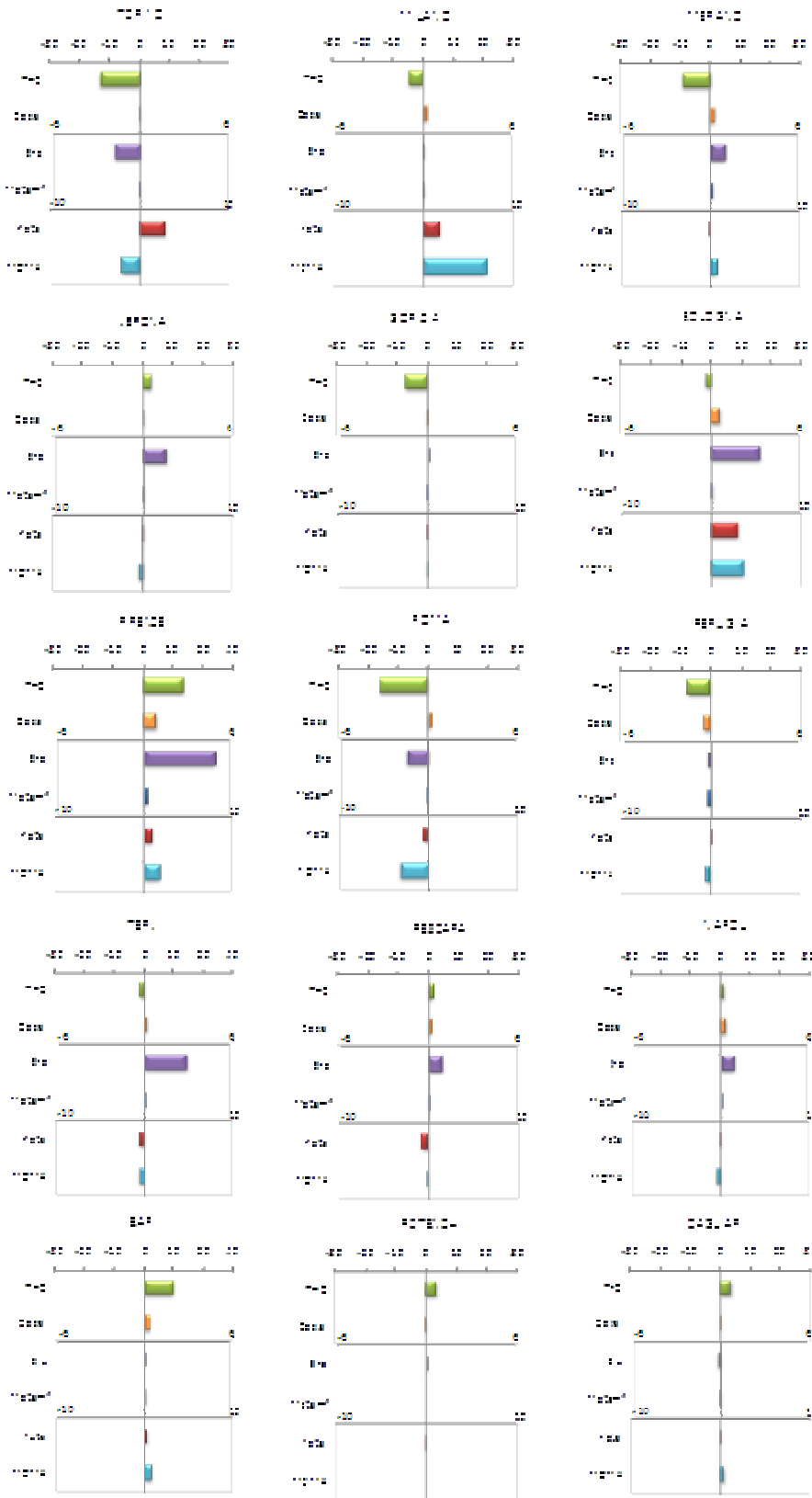
Figura I.1.81: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimate mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per la campagna 2012, per tipo di centro.

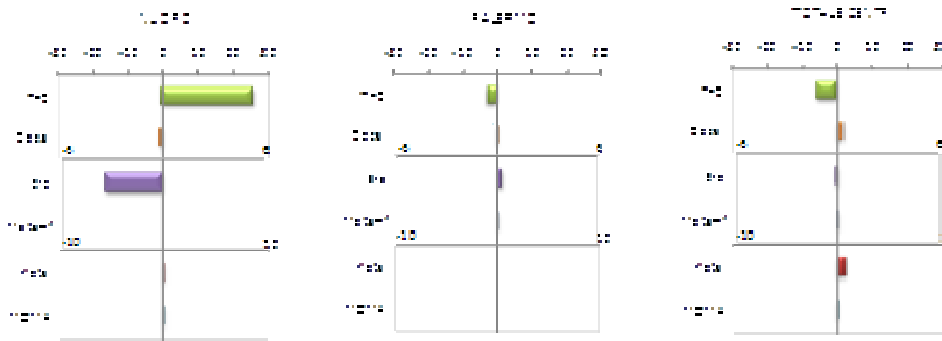


Fonte: Studio AquaDrugs 2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con riferimento alle campagne di rilevazione degli ultimi due anni, in concordanza con quanto mostrato nella figura precedente, in Figura I.1.82 sono rappresentati gli scostamenti, in valore assoluto, dei consumi di sostanze stupefacenti rilevati nel 2011 e nel 2012, per ciascun centro e nel totale.

Figura I.1.8: Scostamento dei consumi di sostanze stupefacenti stimato mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per le campagne 2011-2012, per tipo di centro.





Dal prospetto emerge che, per quanto riguarda la cannabis, l'incremento maggiore si osserva nella città di Nuoro, +25,7 dosi/giorno/1.000 abitanti rispetto al 2011, seguita da Firenze (+13,6 dosi/giorno/1.000 abitanti nel 2012). Al contrario, i centri che subiscono contrazioni maggiori sono Roma (-15,8 dosi/giorno/1.000 abitanti), Torino (-13 dosi/giorno/1.000 abitanti) e Merano (-9,7 dosi/giorno/1.000 abitanti). In generale, osservando il totale dei centri, il consumo di cannabis subisce una contrazione pari a 6,1 dosi/giorno/1.000 abitanti rispetto alla campagna di rilevazione del 2011.

Complessivamente, per tutte le altre sostanze non si osservano notevoli variazioni rispetto al 2011, tranne che per alcuni centri. In particolare, nella città di Firenze si rileva un aumento di tutte le sostanze indagate, con scostamenti anche elevati (+13,6 dosi/giorno/1.000 abitanti per la cannabis, +4,9 dosi/giorno/1.000 abitanti per l'eroina, +4,6 dosi/giorno/1.000 abitanti per la cocaina).

Per quanto riguarda le metamfetamine, lo scostamento maggiore si osserva nella città di Perugia (-0,28 dosi/giorno/1.000 abitanti, anche se in generale la differenza tra le due campagne di rilevazione per questa sostanza risulta minima.

Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale, dove si registrano aumenti dei consumi nel 2012, con Torino capofila (+3 grammi/die) seguito da Bologna (+2,9 grammi/die), e Milano (+1,7 grammi/die).

Consumi di ecstasy più elevati rispetto al 2011 si osservano nelle città di Milano (+7,1 grammi/die) e Bologna (+3,6 grammi/die); al contrario, la città in cui si osserva una contrazione più marcata dei consumi di ecstasy risulta Roma (-3,1 grammi/die).

5 Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi

Sensibilizzare e stimolare l'opinione pubblica e le istituzioni locali sull'utilizzo dello sport e dell'attività motoria come strumento di prevenzione, cura e reinserimento di persone con problemi di dipendenza. Rinforzare il confronto e lo scambio tra le diverse realtà impegnate nella lotta alla droga. Stimolare e incentivare l'utilizzo di buoni stili di vita. Proporre un intervento di prevenzione universale innovativo e creativo. Aumentare la partecipazione delle comunità terapeutiche e delle istituzioni.

6 Valore aggiunto atteso nell'intervento proposto

In Marcia per la Vita 2 – Liberi dalle droghe vuole essere non solo un'iniziativa di prevenzione nei confronti dell'uso di droghe tra i giovani, ma anche testimonianza dell'impegno e della speranza di tanti ragazzi che affrontano un percorso di recupero dalla tossicodipendenza. La staffetta rappresenta l'occasione di portare migliaia di ragazzi in programma terapeutico nelle strade, in mezzo alla gente e attraverso lo sport riscoprire emozioni e gioie assopite dall'uso di droghe.

7 Premesse tecnico scientifiche ("il razionale") dell'intervento proposto

L'iniziativa prenderà il via da Udine e da Olbia il 4 maggio 2014 per concludersi il 31 maggio a Roma.

Gli oltre 3.500 km di staffetta saranno distribuiti su 42 tappe che verranno percorse in bicicletta, contornate da manifestazioni sportive, culturali e musicali nonché momenti di sensibilizzazione e informazione.

Il tragitto da Olbia a Roma osserverà le seguenti tappe:

1. Olbia
2. Nuoro
3. Saluri
4. Cagliari
5. Palermo
6. Marsala



7. Roccamena
8. Lercara Friddi
9. Piazza Armerina
10. Catania
11. Messina
12. Reggio Calabria
13. Tropea
14. Amantea
15. Scalea
16. Potenza
17. Agropoli
18. Castellammare Di Stabia
19. Mondragone
20. Amaseno
21. Nemi
22. Roma

Il tragitto da Udine a Roma verrà invece percorso a piedi e osserverà le seguenti tappe:

1. Udine
2. Conegliano
3. Treviso
4. Vicenza
5. Desenzano
6. Chiuduno
7. Monza
8. Lodi
9. Cremona
10. Mantova
11. Ferrara
12. Bologna
13. Madonna dei Fornelli
14. Firenze
15. Lucca
16. Arezzo
17. Fabriano
18. Acquapendente
19. Viterbo
20. Capranica
21. Roma

La cartina di seguito rappresenta il percorso di “In Marcia per la Vita – Liberi dalle droghe” con partenza da Udine (percorso in rosso) e da Olbia (percorso in giallo) con arrivo congiunto a Roma. La manifestazione, giunta alla sesta edizione, ogni anno ha conosciuto un crescente interesse da parte delle Comunità e sempre una maggiore adesione ciò può comportare una variazione dell’itinerario finalizzata a coinvolgere nuove strutture con un ampliamento del territorio attraversato dalla staffetta.

In giallo sono evidenziate le altre manifestazioni che saranno realizzate nelle Regioni non attraversate dalla Marcia; le località potranno essere ridefinite in base all’effettiva partecipazione delle Comunità al progetto.



Elenco delle Amministrazioni coinvolgibili

E' previsto il coinvolgimento delle Amministrazioni Locali dei territori attraversati dalla staffetta e/o interessati dalle altre iniziative sportive, musicali e informative previste dal progetto.
In particolare verrà richiesta la collaborazione delle seguenti istituzioni:



Comune di Agropoli



Comune di Alme



Comune di Amantea



Comune di Amaseno



Comune di Asciano



Comune di Belgioioso



Comune di Bergamo



Comune di Bioglio



Comune di Cammarata



Comune di Capranica



Castellammare di Stabia



Comune di Catania



Comune di Enna



Comune di Fucecchio



Comune di Ficulle



Comune di Garlasco



Comune di Genova



Comune di La Spezia



Comune di Lercara Friddi



Comune di Lucca



Comune di Marsala



Comune di Messina



Comune di Mondragone



Comune di Palermo



Comune di Paitone



Comune di Pontirolo Nuovo



Comune di Pordenone



Comune di Reggio Calabria



Comune di Roma



Comune di Romano di Lombardia



Comune di San Giovanni di Piro



Comune di Scalenghe



Comune di Sestri Levante



Comune di Siena



Comune di Terni



Comune di Torino



Comune di Tortona



Comune di Tropea



Comune di Udine



Comune di Vaglierano



Comune di Venezia



Comune di Vicenza



Comune di Viterbo



Provincia de L'Aquila



Provincia di Agrigento



Provincia di Alessandria



Provincia di Ancona



Provincia di Aosta



Provincia di Arezzo



Provincia di Ascoli Piceno



Provincia di Asti



Provincia di Avellino



Provincia di Bari



Provincia di Barletta-Andria-Trani



Provincia di Belluno



Provincia di Benevento



Provincia di Bergamo



Provincia di Biella



Provincia di Bologna



Provincia di Brescia



Provincia di Brindisi



Provincia di Cagliari



Provincia di Caltanissetta



Provincia di Campobasso

Provincia di Carbonia-Iglesias



Provincia di Caserta



Provincia di Catania



Provincia di Catanzaro



Provincia di Chieti



Provincia di Como



Provincia di Cosenza



Provincia di Cremona



Provincia di Crotone



Provincia di Cuneo



Provincia di Enna



Provincia di Fermo



Provincia di Ferrara



Provincia di Firenze



Provincia di Foggia



Provincia di Forlì-Cesena



Provincia di Frosinone



Provincia di Genova



Provincia di Gorizia



Provincia di Grosseto



Provincia di Imperia



Provincia di Isernia



Provincia di La Spezia



Provincia di Latina



Provincia di Lecce



Provincia di Lecco



Provincia di Livorno



Provincia di Lodi



Provincia di Lucca



Provincia di Macerata



Provincia di Mantova



Provincia di Massa e Carrara



Provincia di Matera

Provincia di Medio Campidano



Provincia di Messina



Provincia di Milano



Provincia di Modena



Provincia di Monza e Brianza



Provincia di Napoli



Provincia di Novara



Provincia di Nuoro



Provincia di Ogliastra



Provincia di Olbia-Tempio



Provincia di Oristano



Provincia di Padova



Provincia di Palermo



Provincia di Parma



Provincia di Pavia



Provincia di Perugia



Provincia di Pesaro e Urbino



Provincia di Pescara



Provincia di Piacenza



Provincia di Pisa



Provincia di Pistoia



Provincia di Pordenone



Provincia di Potenza



Provincia di Prato



Provincia di Ragusa



Provincia di Ravenna



Provincia di Reggio Calabria



Provincia di Reggio Emilia



Provincia di Rieti



Provincia di Rimini



Provincia di Roma



Provincia di Rovigo



Provincia di Salerno



Provincia di Sassari



Provincia di Savona



Provincia di Siena



Provincia di Siracusa



Provincia di Sondrio



Provincia di Taranto



Provincia di Teramo



Provincia di Terni



Provincia di Torino



Provincia di Trapani



Provincia di Treviso



Provincia di Trieste



Provincia di Udine



Provincia di Varese



Provincia di Venezia



Provincia di Verbano-Cusio-Ossola



Provincia di Vercelli



Provincia di Verona



Provincia di Vibo Valentia



Provincia di Vicenza



Provincia di Viterbo



Provincia Autonoma di Bolzano



Provincia Autonoma di Trento



Regione Abruzzo



Regione Basilicata



Regione Calabria



Regione Campania



Regione Emilia-Romagna



Regione Friuli-Venezia Giulia



Regione Lazio



Regione Liguria



Regione Lombardia



Regione Marche



Regione Molise



Regione Piemonte



Regione Puglia



Regione Sardegna



Regione Sicilia



Regione Toscana



Regione Umbria



Regione Valle d'Aosta



Regione Veneto

Alle amministrazioni locali aderenti a partecipanti al progetto potranno essere richiesti i seguenti tipi di contributi:

- Compartecipazione finanziaria per la realizzazione delle manifestazioni territoriali in corrispondenza delle tappe della Marcia.
- Permesso di occupazione del suolo pubblico per l'allestimento di gazebo per la sensibilizzazione e l'informazione sul problema della tossicodipendenza
- Messa a disposizione di teatri e spazi espositivi per la realizzazione di eventi culturali (proiezione di film, mostre, convegni, rappresentazioni teatrali)
- Messa a disposizione di piazze e strutture sportive per la realizzazione di mini tornei ed altri eventi sportivi

Format Eventi



Life No Drugs be Free avrà inizio il 4 maggio con partenza da Olbia e da Udine.

Alla staffetta prenderanno parte le comunità che aderiranno al progetto e che si daranno il cambio in corrispondenza delle tappe previste.



In corrispondenza delle tappe di "In Marcia per la Vita 2 – Liberi dalle droghe" e in concomitanza con lo svolgimento della manifestazione si provvederà all'organizzazione e realizzazione di eventi di supporto.

Le varie manifestazioni di supporto verranno organizzate in collaborazione con le comunità che ospiteranno l'arrivo della

tappa. Sono previste diverse tipologie di manifestazione.

▪ **Manifestazioni Sportive**

Verranno organizzati mini tornei (pallavolo, calcetto, ecc.) tra le varie comunità del territorio con il coinvolgimento delle forze dell'ordine e della società civile.

Il tipo di manifestazione organizzata sarà legata e dipendente dall'adesione alla manifestazione da parte delle comunità e al numero di partecipanti coinvolto. La stessa potrebbe non svolgersi necessariamente durante la staffetta ma precedentemente come momento promozionale o successivamente come momento di sensibilizzazione.

▪ **Eventi informativi e di sensibilizzazione**

Si prevede di organizzare eventi di informazione e sensibilizzazione attraverso interventi nelle scuole, convegni e seminari sul valore educativo/preventivo dello sport. Tali eventi potranno svolgersi prima, durante e dopo la staffetta.

▪ **Eventi culturali**

In quest'ambito sono previste diverse tipologie di evento:

- ✓ Musicale: organizzazione di concerti in piazza;
- ✓ Teatrale: organizzazione di spettacoli teatrali sul tema delle dipendenze;
- ✓ Cineforum: presentazioni di film aventi per tema l'attività sportiva;

Sono state già previste manifestazioni nei seguenti luoghi:

- ✓ Trapani
- ✓ Vicenza
- ✓ Lucca
- ✓ Ferrara
- ✓ Capranica
- ✓ Udine
- ✓ Roma

Materiali

E' prevista la produzione e distribuzione del seguente materiale:

- Poster
- Volantini
- Brochure
- Magliette
- Cappellini
- Bandane

8

Target (destinatari)

8.1 Target principale

Pazienti delle comunità terapeutiche d'Italia

8.2 Target secondario

Associazioni sportive, Istituzioni pubbliche e private di tutta l'Italia e il cittadino.

9

Territorio ed ambienti di intervento

9.1 Aree geografiche coinvolte

Tutta l'Italia con esclusione della Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige.

10

Sotto obiettivi specifici

Vengono di seguito elencati i sotto obiettivi specifici, cioè i risultati attesi del progetto:

1. Coinvolgere le comunità nelle attività progettuali

2. Ottenere il sostegno e la partecipazione delle istituzioni pubbliche

3. Attivare collaborazioni con le federazioni sportive

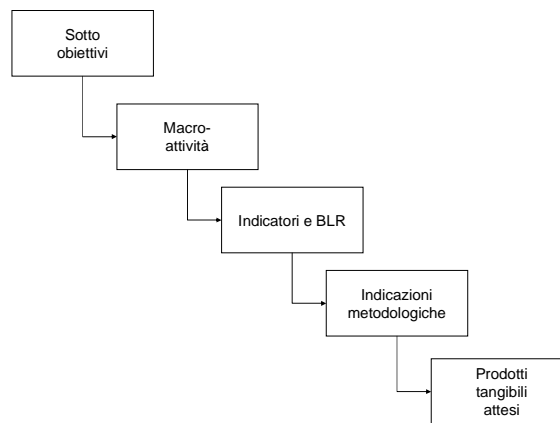
4. Attuare eventi sportivi territoriali di sensibilizzazione

5. Attuare eventi musicali e culturali

6. Realizzare interventi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole

7. Organizzare la staffetta

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.



**11** Sotto obiettivi e indicatori

N°	Sotto obiettivi	Indicatori	Base line result	Prodotto tangibile atteso	Note
1	Coinvolgere le comunità nelle attività progettuali	N° di comunità contattate/ N° di comunità partecipanti	40	Partecipazione delle Comunità Terapeutiche	
2	Ottenere il sostegno e la partecipazione delle istituzioni pubbliche	N di istituzioni contattate/ N di collaborazioni istituzionali	10	Collaborazioni Istituzionali	
3	Attivare collaborazioni con le federazioni sportive	N° di federazioni contattate/ N° collaborazioni ottenute	3	Collaborazioni con federazioni sportive	
4	Attuare eventi sportivi territoriali di sensibilizzazione	N° di tappe organizzate/ N° di eventi sportivi realizzati	10	Manifestazioni sportive	
5	Attuare eventi musicali e culturali	N° di tappe organizzate/ N° di eventi realizzati	7	Eventi musicali e culturali	
6	Realizzare interventi di prevenzione e sensibilizzazione	N° di tappe organizzate/ N° di eventi realizzati	20	Interventi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole	
7	Organizzare la staffetta	Attuazione della Staffetta	3.500 km.	Marcia per la vita 2- Liberi dalle droghe	

12 Sotto obiettivi, Work package e metodi

N°	Sotto obiettivi	Work Package (pacchetti di attività)	Metodi	
1	Coinvolgere le comunità nelle attività progettuali	WP 1.1	Contattare le CT e informarle sull'iniziativa	Per la partecipazione al progetto, verranno contattate (telefonicamente, via email, fax) le comunità terapeutiche presenti sul territorio nazionale. Verranno poi organizzati incontri territoriali e attivato un gruppo di lavoro per la definizione delle mansioni e delle attività che le CT aderenti all'iniziativa dovranno realizzare.
		WP 1.1	Ottenere l'adesione al progetto	
		WP 1.2	Definire i compiti e le mansioni delle comunità	
		WP 1.3	Predisporre e attuare Incontri organizzativi territoriali	
		WP 1.4	Predisporre e attuare due Incontri organizzativi a livello nazionale	
2	Ottenere il sostegno e la partecipazione delle istituzioni pubbliche	WP 2.1	Contattare i comuni, province, regioni e Ser.T. pubblici e privati per presentare l'iniziativa	Ogni comunità aderente si adopererà per svolgere questo compito sul proprio territorio, contattando telefonicamente, via e-mail, fax e, se necessario personalmente gli enti pubblici. Le ct che svolgeranno eventi chiederanno personalmente il supporto logistico ai relativi comuni. Si cercherà di ottenere visibilità in alcune maratone di livello nazionale ed internazionale come Milano, Brescia e Roma cercando di ottenere uno spazio per uno Stand per tutta la durata della manifestazione..
		WP 2.1	Definire con le istituzioni le modalità di partecipazione (ad esempio con ottenimento di Patrocinio, presenza agli eventi dei rappresentanti politici e tecnici, sostegno logistico, messa a disposizione di materiale informativo e preventivo dai Ser.T. ecc.	
		WP 2.2	Ottenere la partecipazione di nostri gazebo a Maratone	
3	Attivare collaborazioni con le federazioni sportive	WP 3.1	Contattare le Federazioni sportive di competenza (Atletica e ciclismo) e informarle sull'iniziativa	Verranno contattate telefonicamente, via e-mail, fax e personalmente le federazioni sportive informandole dell'iniziativa e ottenendo la loro adesione. Si faranno due incontri nazionali per concordare le mansioni specifiche e i compiti da assolvere dalle federazioni per la manifestazione, e incontri territoriali per verificare lo stato dei lavori.
		WP 3.2	Ottenere l'adesione al progetto e concordare l'apporto che daranno all'iniziativa.	
		WP 3.3	Predisporre e attuare Incontri organizzativi territoriali	
		WP 3.4	Predisporre e attuare due Incontri organizzativi a livello nazionale	
4	Attuare eventi sportivi territoriali di sensibilizzazione	WP 4.1	Definire il Budget	Il Comune di Capranica predisporrà un budget per le attività sportive territoriali. Le comunità lavoreranno per presentare un progetto almeno regionale di attività sportive che verranno poi valutate. Le comunità si adopereranno per attuare le loro proposte sportive interagendo e collaborando tra di loro.
		WP 4.2	Chiedere alle comunità proposte di eventi sportivi territoriali	
		WP 4.3	Valutare le proposte per gli eventi sportivi presentate	
		WP 4.4	Promuovere la collaborazione tra le comunità proponente con le comunità limitrofe per il	



		coordinamento e la realizzazione degli eventi sportivi attraverso incontri territoriali	
	WP 4.5	Predisporre e attuare due Incontri organizzativi a livello nazionale	
5	Attuare eventi musicali e culturali	WP 5.1 Definire il Budget	Verrà predisposto un budget per gli eventi musicali e culturali. Verificherà l'esistenza all'interno delle comunità di artisti e musicisti oppure si avvarrà di esterni. Le comunità lavoreranno per presentare la propria candidatura ad ospitare l'evento. Le comunità si adopereranno per pubblicizzare e attuare le loro proposte interagendo e collaborando tra di loro.
	WP 5.2	Definire la sede svolgimento degli eventi	
	WP 5.3	Contattare gli artisti	
	WP 5.4	Contattare i comuni di attuazione dell'evento e sensibilizzare alla partecipazione la cittadinanza, le associazioni, le scuole, le istituzioni pubbliche.	
	WP 5.5	Organizzare incontri di presentazione dell'evento	
6	Realizzare interventi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole	WP 6.1 Coinvolgere le scuole ed i Dipartimenti di prevenzione dell'ASL.	Ogni comunità terapeutica partecipante al progetto provvederà a contattare i Dipartimenti delle Dipendenze di riferimento e le scuole operanti nel territorio di riferimento e verranno programmati interventi di sensibilizzazione adeguati al target di riferimento durante il quale sarà distribuito materiale informativo di prevenzione appositamente predisposto.
	WP 6.2	Studiare e predisporre il materiale informativo.	
	WP 6.3	Studiare e predisporre gli interventi nelle scuole a seconda del Target.	
	WP 6.4	Attuare interventi di sensibilizzazione nelle scuole.	
7	Organizzare la Staffetta	WP 7.1 Predisporre il tracciato e individuare i referenti responsabili di zona (2) Centro Nord e Centro Sud	Stesura del tracciato diviso in tappe (con luoghi e orari di partenza e arrivo). Sia per il Sud che per il Nord verrà messo a disposizione un furgone per il trasporto bici e materiale di assistenza. Le Comunità provvederanno al trasporto dei pazienti/utenti per la tratta di competenza. Il pulmino a seguito sarà provvisto di acqua, integratori di Sali minerali e snack. Per ogni tratta ci saranno due accompagnatori radio collegati che guideranno il gruppo (uno in testa e l'altro in coda). Tutti i ciclisti hanno l'obbligo di indossare il casco. Ci si attiverà per il noleggio di: Due pulmini si supporto alla corsa. Acquisto di: materiale informativo e pubblicitario, completi ciclisti, biciclette mountain bike e materiale di ricambio. Acquisto di vettovaglie per i corridori. Ogni comunità dovrà preparare adeguatamente i propri pazienti attraverso allenamenti mirati al condizionamento organico. Alla partenza di ogni tappa verranno consegnate ai partecipanti le magliette di "In Marcia per la Vita 2- Liberi dalle droghe". Ogni tappa sarà preceduta, il giorno precedente, da un incontro con i referenti e/o partecipanti delle comunità per la verifica del percorso e le regole da adottare. Grazie alla collaborazione della Fiasp verrà stipulata una
	WP 7.2	Organizzare le singole tappe, predisponendo anche pernottamenti e vitto negli alberghi.	
	WP 7.3	Contattare i referenti territoriali delle CT e delle Federazioni sportive per concordare compiti, strumenti, modalità e tempi dello svolgimento della tappa.	
	WP 7.4	Studiare loghi e format del materiale necessario allo svolgimento della Marcia. Approvazione e Redazione degli stessi.	
	WP 7.5	Acquistare materiale tecnico, logistico e alimentare.	



copertura assicurativa per ogni partecipante alla tappa. Le comunità partecipanti svolgeranno una singola tappa di conseguenza con pernottamento e vitto svolto nella propria struttura di appartenenza. In alcune tappe si prevede che i pazienti svolgeranno più tappe con conseguente organizzazione di vitto e alloggio.

Per i referenti responsabili accompagnatori sia per il Nord che per il Sud si programmerà il tutto per il vitto e l'alloggio durante il percorso.

Durante la staffetta verrà prodotto un video. Pertanto si contatterà una società specifica per tale mansione.

Verranno stampate locandine, manifesti e pannelli della manifestazione.

Le due staffette si ricongiungeranno a Roma dove avrà termine la manifestazione.

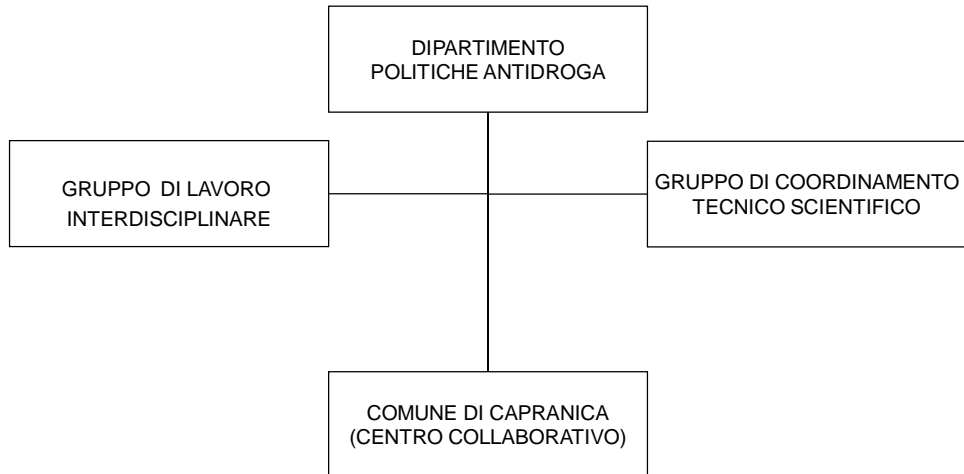
**13 Risk Management e Risk Assessment**

N°	Descrizione del rischio	Probabilità di evenienza del rischio (accadimento)	Gravità delle conseguenze in caso di accadimento	Azione preventiva prevista	Azione correttiva prevista in caso di accadimento
1	Defezione di alcune comunità alle Tappe	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Bassa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Bassa	Verifica puntuale della partecipazione all'evento	Preallertare le CT limitrofe di zona per farle subentrare in caso di impedimento di una CT ad effettuare la propria tappa
2	Defezione da parte di federazioni sportive	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Bassa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Bassa	Incontri per definire le mansioni con presenza di due nostri referenti che in caso di defezione subentreranno nell'operatività indispensabile per lo svolgimento degli eventi.	Presenza di referenti a conoscenza delle attività da svolgere e in grado di sopperire alla defezione
5	Scarsa partecipazione della popolazione	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Bassa	Capillare campagna informativa mediatica sia territoriale che nazionale.	



14 Organigramma generale del progetto

Viene di seguito rappresentato l'organigramma generale del progetto "In marcia per la vita 2".



15 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti

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



16 Percorso Operativo

16.1 Articolazione in fasi temporali e attività

Data di inizio prevista: 01/01/2014

Durata totale prevista: 9 mesi

Fine prevista delle attività: 30/09/2014 (e comunque dopo 9 mesi dall'avvio delle attività)

Macro fasi temporali	Macro attività previste	Durata
1 Fase progettuale	Redazione e divulgazione del progetto	8 settimane
2 Partecipazione delle comunità al progetto/istituzioni pubbliche, organizzazioni private e sportive	Contattare comunità /istituzioni pubbliche e organizzazioni private per raccogliere le adesioni	12 settimane
3 Attuazione di eventi sportivi, culturali e di sensibilizzazione territoriali	Definire target, analizzare le proposte , avvallare le proposte pervenute e attuarle	28 settimane
4 Svolgimento Staffetta	Definizione tappe, conferma della disponibilità , attuazione .	6 settimane
5 Acquisto materiale per manifestazione e per prestazioni culturali e musicali	Contattare gruppi artistici, e rivenditori di materiale sportivo e alimentare. Valutazione dei preventivi e relativa richiesta di acquisto	24 settimane
6 Valutazione e verifica del progetto	Raccolta dati dalle comunità , analisi e redazione di una relazione conclusiva	8 settimane



16.2 GANTT preventivo

N	Attività	Mesi												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Studio	WP1	Fase progettuale organizzativa	■	■										
	WP2	Coinvolgimento CT, istit. e federazioni		■	■	■								
	WP3	Realizzazione eventi sportivi, cult. e sens.			■	■	■	■	■	■	■			
	WP4	Realizzazione Marcia				■	■							
	WP5	Acquisto materiali		■	■	■	■	■	■					
	ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (MILESTONES)	R= Report												
	REPORT DI RISULTATO				■ RR1			■ RR2		■ RR3				
	RENDICONTAZIONE FINANZIARIA				■ RF1			■ RF2		■ RF3				

16.3 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 predichiarati 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 predichiarati, 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 predichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF3	A fine progetto	Rendicontazione finanziaria finale

17 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 € 40.000,00 e vengono così ripartiti:

BENI E SERVIZI (Inventariabili e di consumo)	€	16.000,00
FORMAZIONE	€	0,00
PERSONALE A CONTRATTO	€	16.000,00
PUBBLICAZIONI E MATERIALI INFORMATIVI	€	5.000,00
CONVEGNI	€	1.500,00
SPESE DI SEGRETERIA E GEST. AMM.	€	1.500,00
TOTALE	€	40.000,00

I riparti tra le singole voci sono indicativi