



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto

VIVA SCAMPIA VIVA

Progetto per la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti tramite l'accompagnamento di minori e donne residenti nel quartiere di Scampia verso percorsi di recupero ed emancipazione da contesti criminali e di degrado sociale, attraverso attività sportive, educative, di avvio al lavoro

Centro Collaborativo DPA



Assessorato ai giovani e politiche giovanili, creatività e innovazione.

Durata:
2 anni
Oneri:
€ 390.000,00
Capitolo di Spesa
786



Indice

- 1 Titolo del progetto
- 2 Coordinamento del progetto
- 3 Riassunto – Sintesi
- 4 Referenti amministrativi
- 5 Problem analysis and setting
 - 5.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto
 - 5.2 Dimensionamento e rilevanza del problema
- 6 Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi
- 7 Sotto obiettivi specifici
- 8 Premesse tecnico scientifiche (Il Razionale) dell'intervento proposto
- 9 Target (Destinatari)
- 10 Territorio ed ambienti di intervento
- 11 Valore aggiunto atteso dell'intervento proposto
- 12 Sotto obiettivi e indicatori
- 13 Sotto obiettivi, Work Package e Metodi
- 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	Progetto Viva Scampia Viva
Titolo per esteso	Progetto per la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti tramite l'accompagnamento di minori e donne residenti nel quartiere di Scampia verso percorsi di recupero ed emancipazione da contesti criminali e di degrado sociale, attraverso attività sportive, educative, di avvio al lavoro
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 Napoli Assessorato ai giovani e politiche giovanili, creatività e innovazione.
Centro Collaborativo	Comune di Napoli Assessorato ai giovani e politiche giovanili, creatività e innovazione
Responsabile per il Centro Collaborativo	Dott. Giuseppe Imperatore
Responsabile Operativo del progetto per il Centro Collaborativo	Dott. Giuseppe Imperatore
Collaborazioni previste	Regione Campania ASL di Napoli Associazioni del territorio selezionate tramite procedura ad evidenza pubblica, anche consorziate e realmente rappresentative, operative e presenti nel territorio di Scampia.
Gruppo di lavoro interdisciplinare previsto	Da definire in base alle esigenze progettuali

2 **Coordinamento del Progetto**

Le attività progettuali saranno coordinate dal Comune di Napoli mediante la composizione formale di un apposito gruppo di lavoro permanente.

Il DPA parteciperà a pieno titolo a tale Gruppo di Lavoro identificando sul territorio di Napoli un proprio rappresentante che comparteciperà alle analisi e alle decisioni in merito alla realizzazione delle attività, al raggiungimento degli obiettivi, nonché all'utilizzo del budget. Tale referente sarà inoltre deputato alla supervisione degli aspetti tecnico-operativi delle attività e alla corretta finalizzazione dei fondi.

Il DPA avrà la possibilità di accesso in ogni momento ai dati (anche parziali) e ai risultati tecnico-scientifici relativi prodotti dal progetto e ai documenti contabili, potendone disporre totalmente e senza alcuna riserva.

3 **Riassunto – Sintesi**

3.0 Titolo del Progetto

Progetto Viva Scampia Viva - Progetto per la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti tramite l'accompagnamento di minori e donne residenti nel quartiere di Scampia verso percorsi di recupero ed emancipazione da contesti criminali e di degrado sociale, attraverso attività sportive, educative, di avvio al lavoro

3.1 Premesse

L'azione che si vuole portare avanti deve essere tesa ad arginare e risolvere il problema delle tossicodipendenze portando avanti attività che coinvolgano l'intero nucleo familiare nell'ottica di offrire da un lato alternative ai più giovani, dall'altro includere le famiglie in percorsi di risanamento e di educazione ad uno stile di vita sano e avulso dall'utilizzo di stupefacenti e da comportamenti devianti. Contemporaneamente si vuole arginare il problema della disoccupazione femminile e, quindi, evitare che la criminalità organizzata diventi fonte di sussidio per quei nuclei familiari dove subentrano problematiche di detenzione o ricovero presso strutture specializzate per la cura delle tossicodipendenza. Un'attenta osservazione della realtà sociale dell'area nord della città di Napoli, infatti, segnala indici elevati e concomitanti di persone detenute, popolazione femminile scarsamente scolarizzata, complessità dei nuclei familiari. Numerosi sono, infatti, i nuclei familiari monogenitoriali col coniuge assente per detenzione o nuclei familiari trigerazionali, correlati al doloroso fenomeno delle bambine madri, la cui infanzia naufraga in gravidanze precoci.

La crisi sociale complessa che questi fenomeni scatenano, diventa una condizione di mancata crescita individuale e mancata attivazione di risorse (empowerment) economiche e umane. Queste generazioni femminili non attive (al 45% di disoccupazione generale corrisponde un 62% di disoccupazione /inoccupazione femminile) subiscono progressivamente una perdita di valore del ruolo proprio del genere e delle responsabilità genitoriali, per dato anagrafico o per inadeguatezza culturale, diffusamente delegate alle Agenzie sociali e educative del Territorio.

La persistenza di queste concause ha determinato figure femminili individualmente forti, ma socialmente fragili ed economicamente dipendenti dall'assistenza della famiglia o della comunità. La resilienza fa di loro donne capaci di affrontare situazioni insormontabili.

3.2 Obiettivo

Il progetto si pone come obiettivo la prevenzione rispetto all'uso di sostanze stupefacenti, l'accompagnamento di minori e donne che vivono in ambienti interessati dal fenomeno dell'uso di droghe e nuove dipendenze, verso percorsi di autorecupero ed emancipazione da contesti criminali e di degrado sociale, attraverso attività sportive, educative, di avvio al lavoro.

3.3 Metodo

Il metodo che si intende utilizzare è quello dell'educazione e formazione "on the job" sotto la guida di un tutor, individuato sulla base delle competenze acquisite e appositamente formati.

3.4 Risultato atteso

I risultati che si attendono dal progetto sono una diminuzione del tasso di tossicodipendenza nel territorio di Scampia, una percentuale sempre più bassa di minori e adolescenti che si avvicinano alle droghe, la formazione e l'avvio a percorsi di inserimento al lavoro delle donne del territorio che potranno così emanciparsi dal cosiddetto "sistema di welfare criminale".

4 Referenti amministrativi

Referenti	Coordinate
Per il DPA: Ufficio Amministrativo Contabile	Tel: 06.67796350 Fax: 06.67796843 Email: ufficiocontabiledpa@governo.it
Per il Comune di Napoli Giuseppe Imperatore	Tel: 081.7956737 Fax: 081.7956744 Email: giuseppe.imperatore@comune.napoli.it

5 Problem analysis and settings

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

Il profilo sociale in cui va ad inserirsi il progetto è tipico delle zone in cui si manifestano problematiche di povertà e bassa scolarizzazione, genitorialità precoce, alto tasso di dispersione scolastica, carente nelle capacità genitoriali e di cura degli anziani. Si tratta infatti, in maggioranza di una popolazione residente nei grandi complessi di edilizia residenziale pubblica della cosiddetta 167, la cui configurazione architettonica alimenta non solo l'occultamento di attività illecite e di gruppi dediti alla malavita organizzata, ma non consente facilmente la penetrabilità, soprattutto degli operatori, che a qualsiasi titolo si pongono a sostegno e/o controllo dei nuclei familiari.

Malgrado l'edilizia pubblica, in quest'area della città abbia caratteri esponenziali, resta aperto il problema dei senza tetto, che, al solo titolo emergenziale, occupano strutture fatiscenti o strutture scolastiche dismesse, poiché, il libero mercato degli affitti e delle vendite immobiliari, impedisce la realizzazione autonoma dei nuclei familiari o delle persone sole a basso reddito oppure con reddito inesistente.

La genitorialità precoce colpisce spesso genitori dallo scarso livello di istruzione, che si unisce, in modo deleterio alla immaturità psichica rispetto alla funzione di educatore, legata all'età. Ciò determina l'esistenza di una quota di bambini con scarse opportunità di accudimento nel processo di crescita corporea e di sviluppo psico-affettivo.

Un altro problema, endemico, è dato dalla mancanza di serie e legali prospettive lavorative, rese ancor più esigue dallo scarso livello culturale e di specializzazione, che rallenta, o impedisce fortemente l'immissione nel mercato del lavoro, che rende, soprattutto i giovani, dipendenti dalle risorse della famiglia di origine.

Altro sintomo spia, di carente genitorialità e debolezza dei legami familiari, è il ricorso "facile" all'ospedalizzazione, soprattutto nei bambini ragazzi ed anziani, aspetto anch'esso riconducibile ad uno scarso livello di disponibilità alla cura domiciliare. L'ospedalizzazione infatti assolve alla funzione di deresponsabilizzazione, attraverso la quale, il peso della cura è devoluto agli operatori sanitari.

Per i ragazzi, il ricorso all'ospedalizzazione facile, denota la sostanziale incapacità di gestione delle malattie ordinarie, del rifiuto del ricorso sia alla medicina territoriale di base che ai livelli di medicina specialistica presenti sul territorio, nella convinzione che la struttura ospedaliera riduca i tempi di attesa e di cura.

Legato alla scarsa capacità genitoriale e alla difficoltà del tessuto sociale è il fenomeno della dispersione e dell'abbandono scolastico, che denota oltre che la mancanza di cura ed interesse verso i figli anche la propensione dei giovani del territorio a dedicarsi ad attività illegali spesso causa di cadute e ricadute nei circuiti penali, carcerarie e/o alternative alla detenzione, che richiedono la messa a punto di progetti di recupero di giovani, in un contesto nel quale le alternative al modello culturale di appartenenza sono poche o difficilmente costruibili.

Un altro aspetto della comunità locale è dato dalla massiccia presenza di persone di etnia Rom, la cui integrazione, negli anni, ha comportato notevoli conflitti e rappresenta ancora oggi, malgrado il potenziamento dei servizi, una fonte di problemi legati alla coesistenza di diverse culture e alle diverse modalità di cura ed accudimento della prole, spesso, troppo precocemente lasciata in balia di un destino che viaggia sul filo dell'illegalità e della delinquenza.

Non vanno sottovalutate le modalità di interazione sociale, in specie nella comunità dei ragazzi e/o adolescenti che manifestano, con una frequenza preoccupante i cosiddetti fenomeni di bullismo.

Il fenomeno rende molto complessi e di difficile riuscita gli interventi educativi, poiché, la presa in carico integrata dell'adolescente è costellata dalle difficoltà legate all'età, alla cultura e alla esigua offerta di opportunità, che sono necessarie per il superamento delle crisi che si manifestano in questa fascia di età e che sono determinanti per il modo di essere del futuro adulto.

Non si può trascurare neanche la altissima frequenza di tipologie di nuclei familiari a basso ed incerto reddito, con uno o entrambi i coniugi detenuti. Questa tipologia di famiglie comporta l'aggravio per la famiglia estesa della responsabilità educativa e della crescita dei figli, spesso a carico dei nonni, con risultati non sempre efficaci.

Il fenomeno delle sostanze stupefacenti connota fortemente il territorio e si concretizza in tre macrocategorie: produzione, vendita (spaccio), e consumo. I primi due seguono il filone della illegalità, essendo entrambe le attività vietate dalla legge e legate alla criminalità organizzata. Il terzo, il consumo, determina aspetti socio-psicologici da tenere in assoluta

considerazione per il rinforzo delle risorse da mettere in atto. Si tratta, di una problematica socio-sanitaria, che crea modificazioni all'interno dei nuclei familiari colpiti, sia che il consumatore abbia il ruolo di figlio, di genitore o che sia una persona sola, o che ricopra più di uno dei ruoli citati.

Il problema delle dipendenze, vecchie e nuove, rappresenta un problema multidimensionale, sia nella fase del consumo, durante la quale, gli aiuti al nucleo, assumono prevalentemente il carattere sociale, spesso di natura economica e di supporto alla genitorialità o alla famiglia, che, invece, nella fase della disintossicazione, ovvero, quando la persona interessata si rivolge ai servizi sanitari i cui operatori, di concerto con gli operatori sociali, aiutano la persona a scegliere un percorso terapeutico che parte dalla disintossicazione, prosegue nella riabilitazione e si chiude con il reinserimento sociale e/o lavorativo.

Da questa breve analisi del contesto, se ne deduce, agevolmente, che ci muoviamo in un territorio caratterizzato da un alto tasso di illegalità che si configura come cabina di regia delle associazioni della criminalità organizzata; da questo, si verificano numerosi casi di cittadini sottoposti a regimi penali di restrizioni della libertà personale oppure della detenzione, e le problematiche socioeconomiche e familiari connesse.

La numerosa presenza di minori, richiede un'attenzione particolare da parte delle istituzioni poiché è accompagnata frequentemente da fragilità genitoriale e di famiglia estesa, che pongono una forte domanda di servizi a partire dalla primissima infanzia.

5.2 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

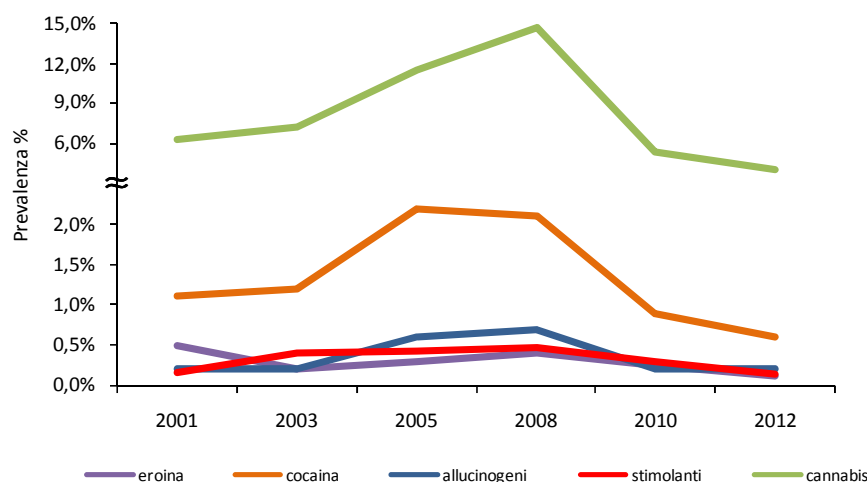
I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-DPA 2012 (General Population Survey) nella popolazione generale 18-64 anni, promossa e diretta dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzata nel 2012 in collaborazione 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.

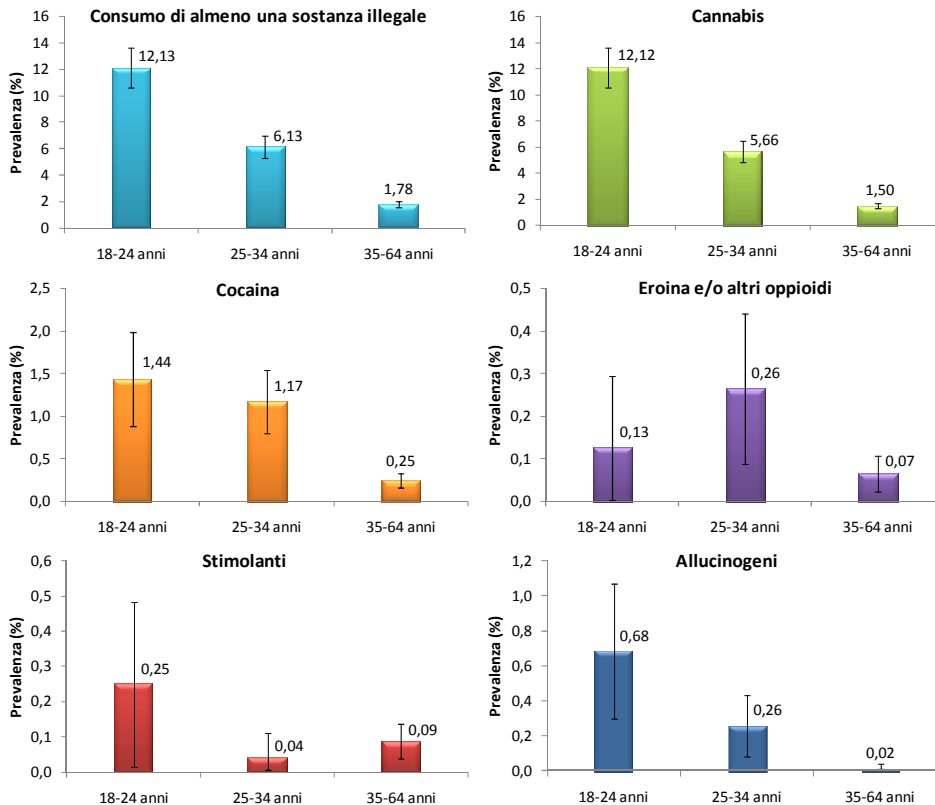
Tabella I.1.2: Prevalenza (%) di consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2008, 2010 e 2012

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.

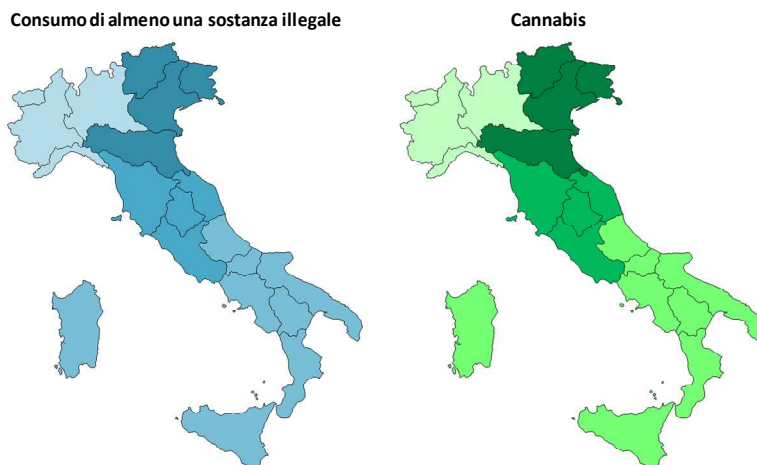
Figura I.1.2: Consumatori (prevalenza %) di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 12 mesi, per fascia d'età – Intervalli di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$. Anno 2012

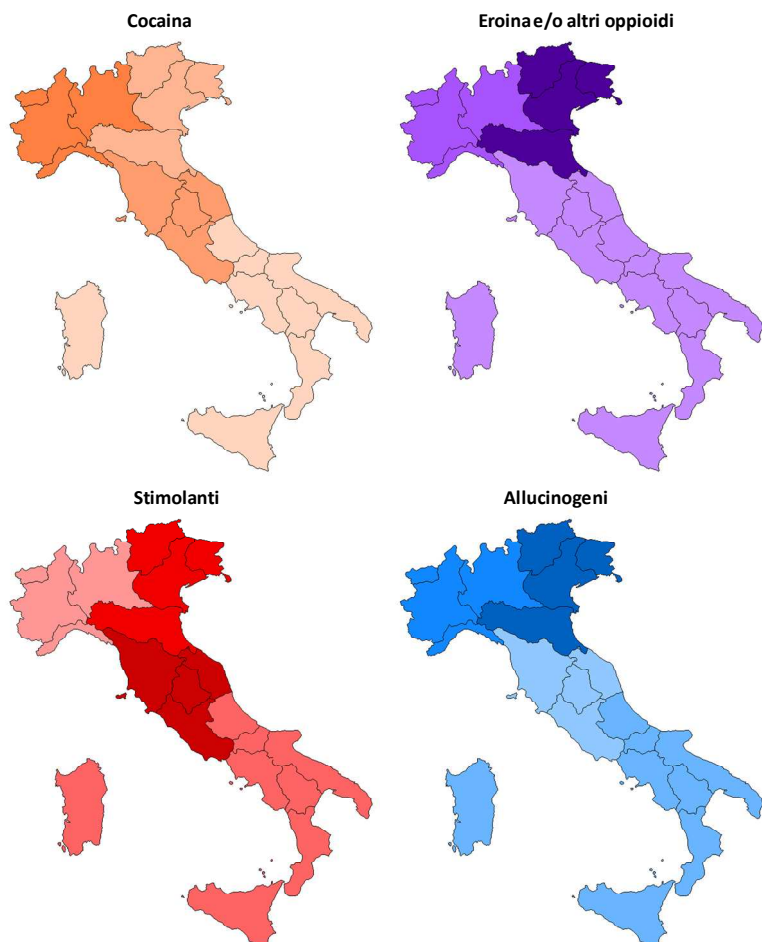


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

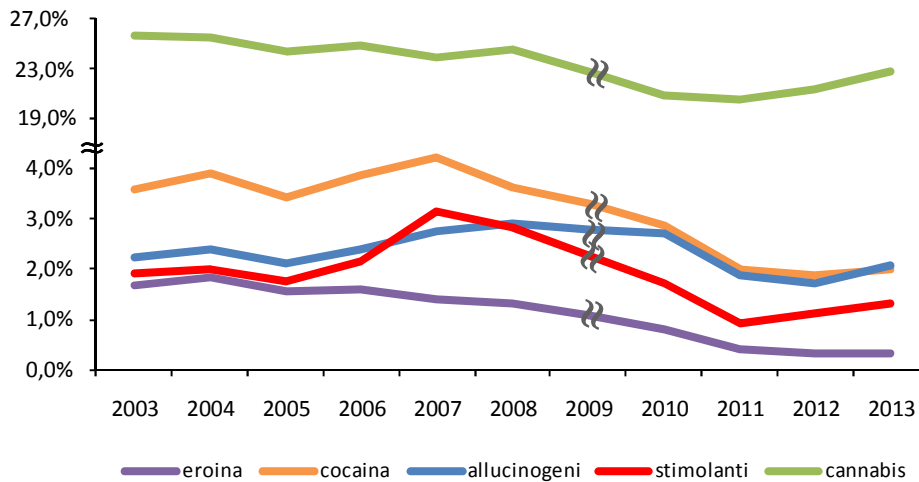
L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (LYP – Last Year Prevalence), riferiti da studenti di età 15-19 anni rispondenti nel 2013, mostra un incremento di cannabis (19,14% nel 2012 a 21,43% nel 2013), mentre per le altre sostanze si osserva una lieve 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

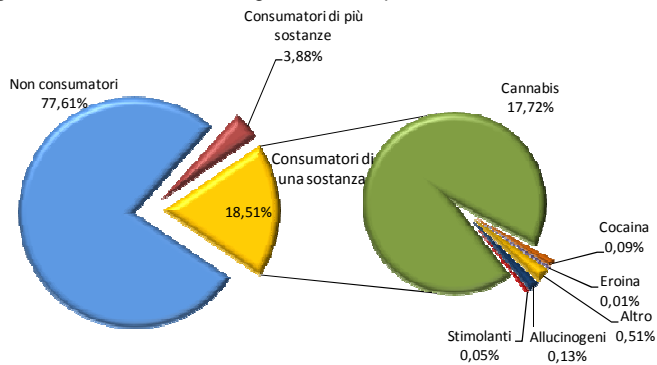
Tabella I.1.4: Consumatori di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2012 e 2013

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 possono 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

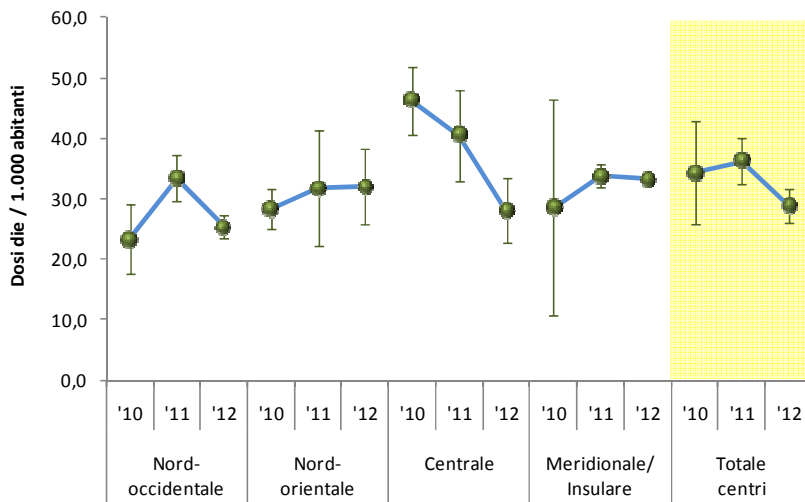
metabolita THC-COOH per la cannabis, dei metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e delle sostanze parentali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).

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).

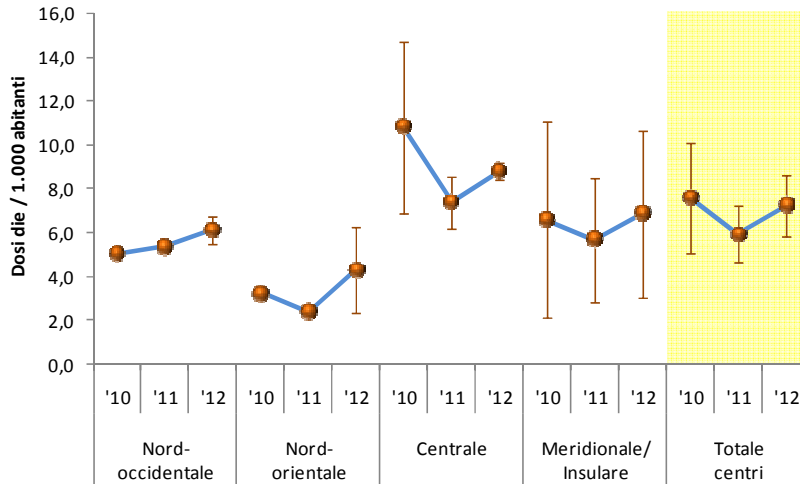
Figura I.1.75: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di CANNABIS rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



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).

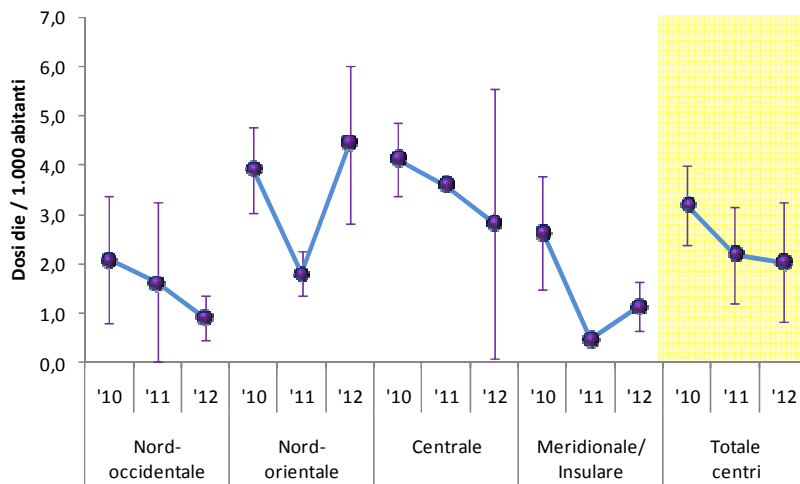
Figura I.1.76: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di COCAINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



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).

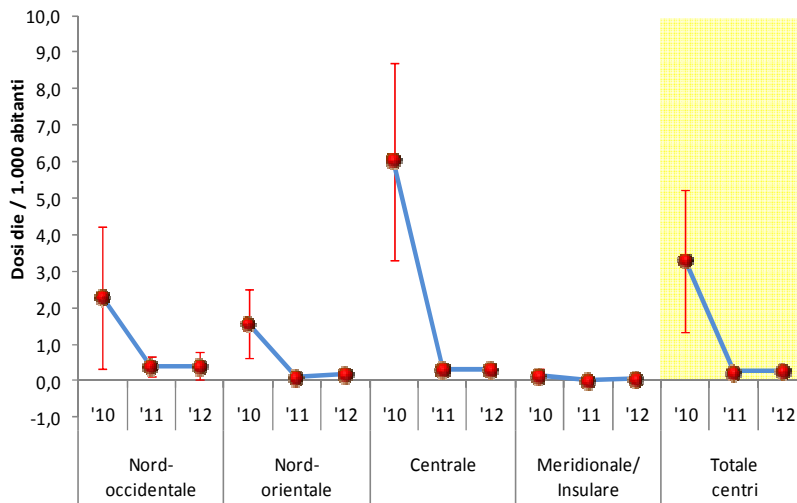
Figura I.1.77: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di EROINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



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.

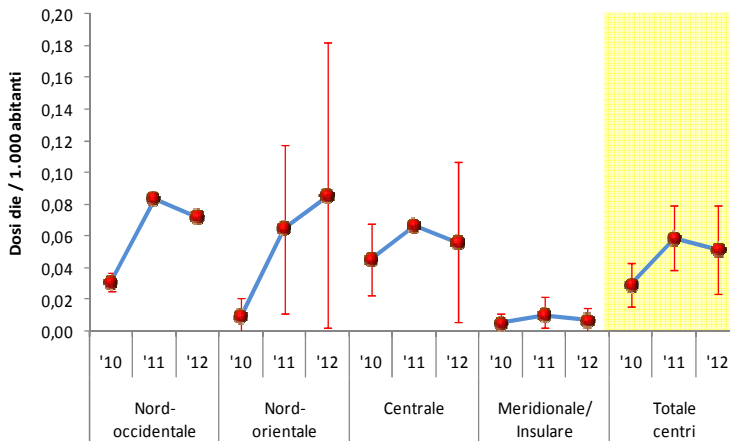
Figura I.1.78: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di METAMFETAMINE rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



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).

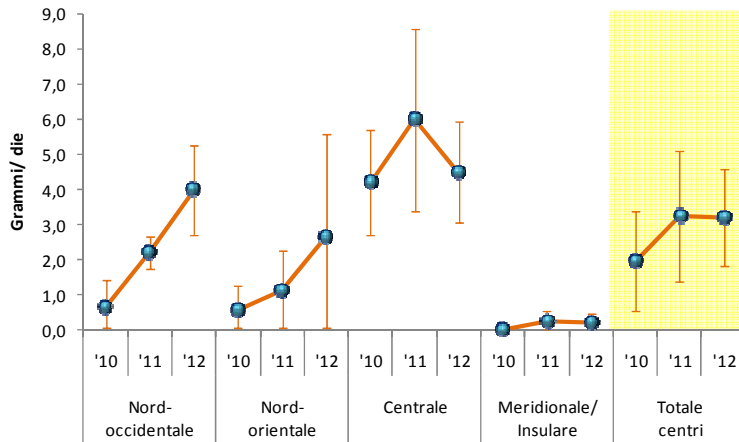
Figura I.1.6: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di MDMA (ECSTASY) rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



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).

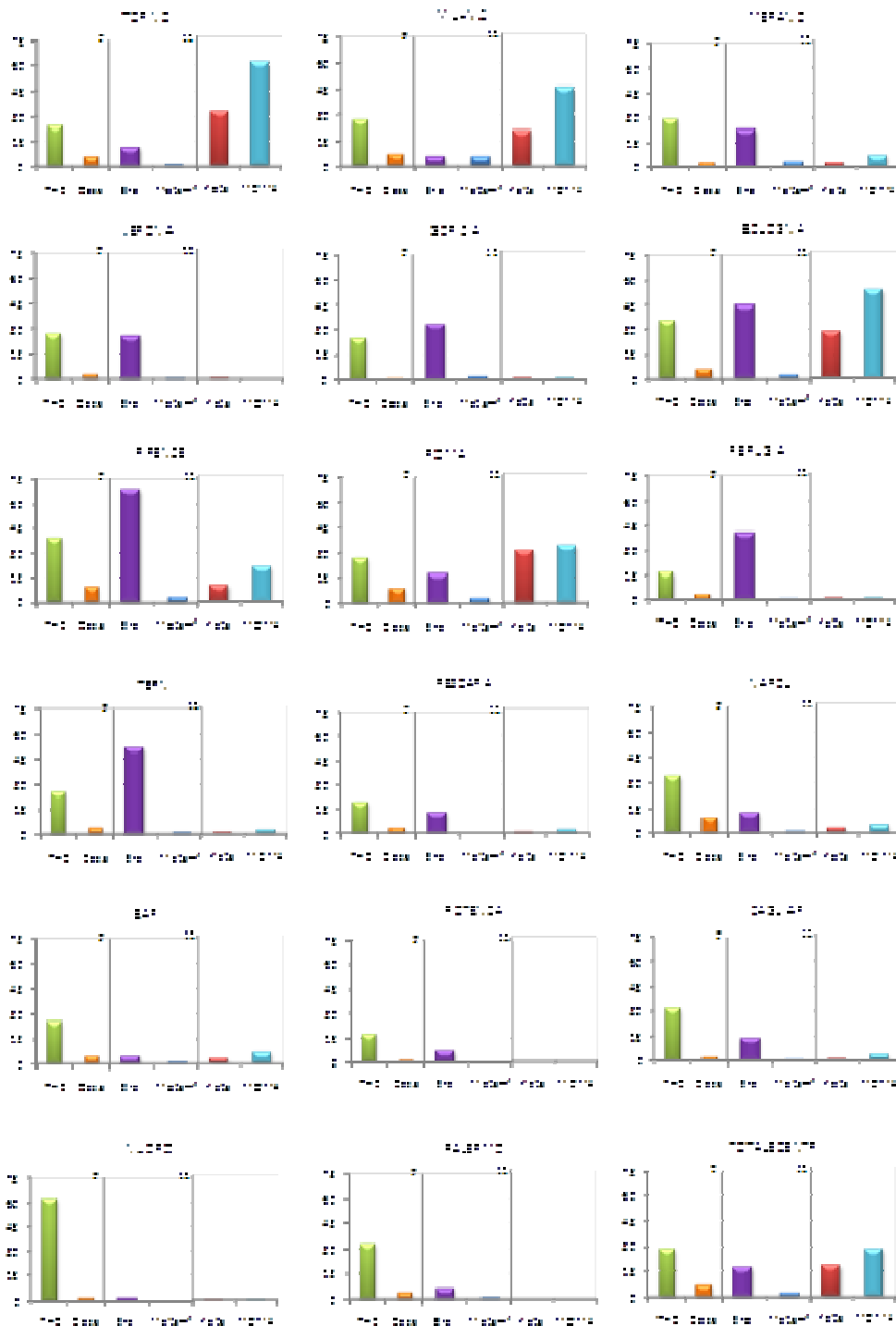
Dal prospetto di sintesi emerge che, oltre alla presenza di cannabis comune a tutti i 17 centri indagati, i centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-orientale (Verona, Bologna, Merano, Gorizia) e centrale (Roma, Firenze, Perugia, Terni) sono caratterizzati da un'alta concentrazione di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

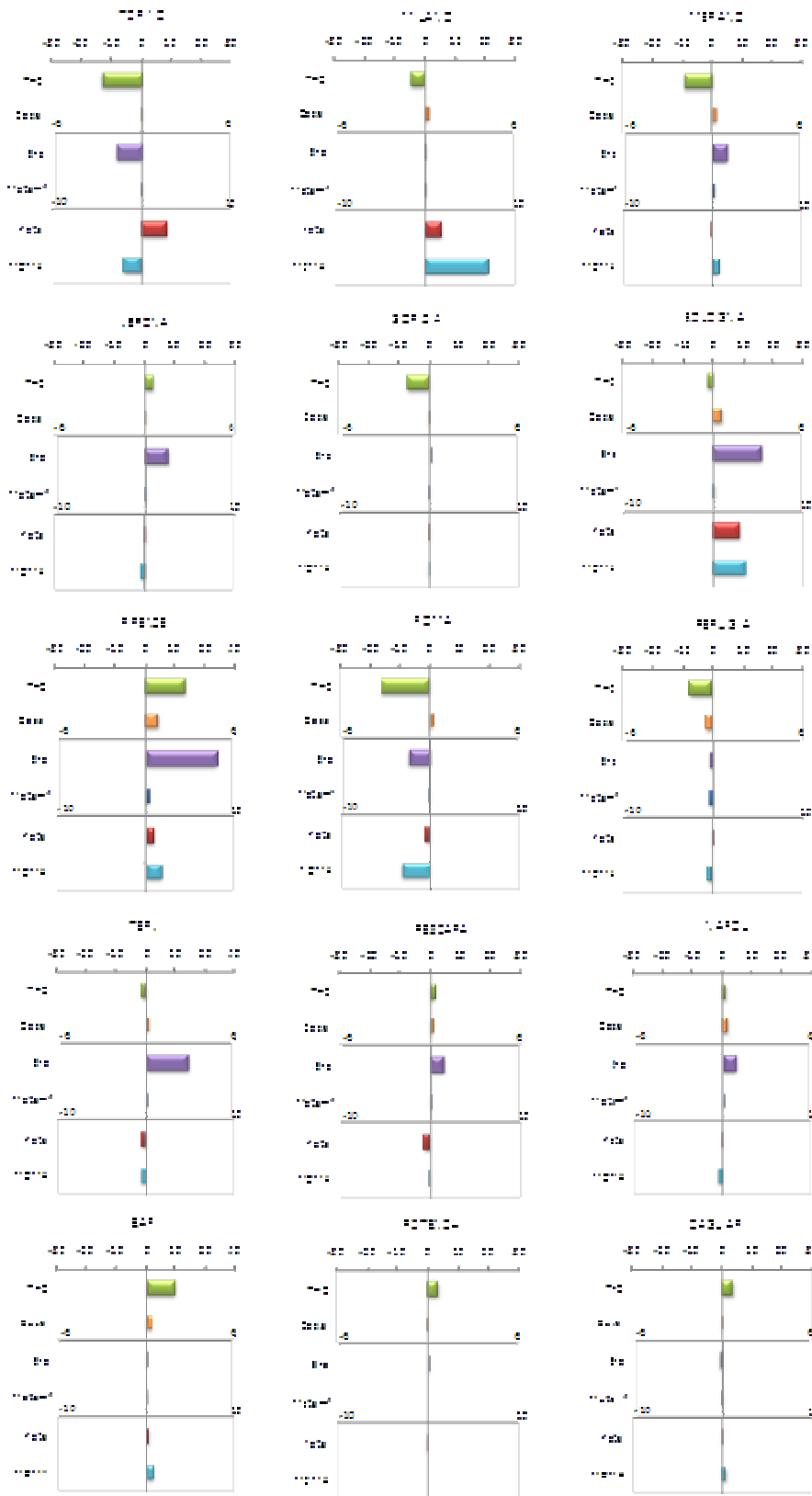
Figura I.1.81: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimate mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per la campagna 2012, per tipo di centro.

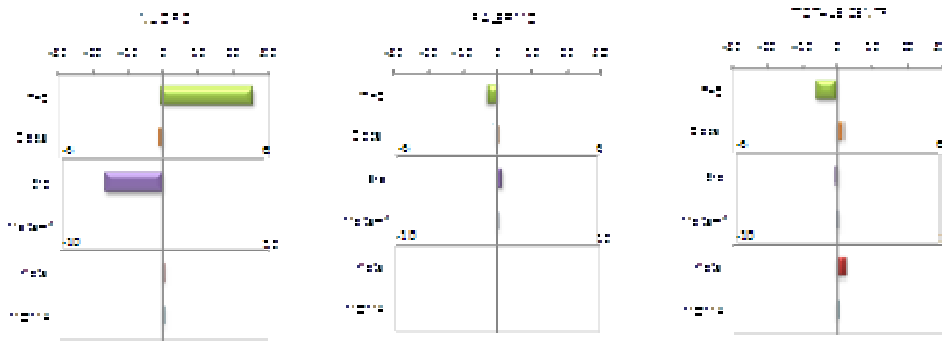


Fonte: Studio AquaDrugs 2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

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).

6

Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi

Il progetto si pone come obiettivo la prevenzione rispetto all'uso di sostanze stupefacenti, l'accompagnamento di minori e donne che vivono in ambienti interessati dal fenomeno dell'uso di droghe e nuove dipendenze, verso percorsi di autorecupero ed emancipazione da contesti criminali e di degrado sociale, attraverso attività sportive, educative, di avvio al lavoro.

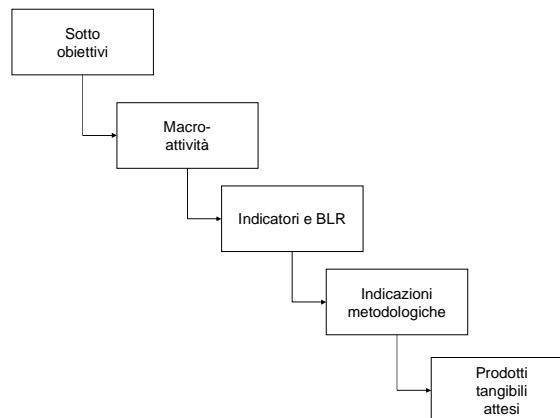
I risultati che si attendono dal progetto sono una diminuzione del tasso di tossicodipendenza nel territorio di Scampia, una percentuale sempre più bassa di minori e adolescenti che si avvicinano alle droghe, la formazione e l'avvio a percorsi di inserimento al lavoro delle donne del territorio che potranno così emanciparsi dal cosiddetto "sistema di welfare criminale".

7**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. Inserimento di minori attività di educazione allo sport
2. Inserimento di donne in percorsi di formazione e lavoro
3. Istituzione di uno sportello di ascolto per donne, tossicodipendenti, famiglie in situazione di indigenza
4. Realizzazione di percorsi di prevenzione in ambito scolastico
5. Inserimento di persone tossicodipendenti in percorsi di recupero

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.



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

Il profilo sociale in cui va ad inserirsi il progetto è tipico delle zone in cui si manifestano problematiche di povertà e bassa scolarizzazione, genitorialità precoce, alto tasso di dispersione scolastica, carente nelle capacità genitoriali e di cura degli anziani. Si tratta infatti, in maggioranza di una popolazione residente nei grandi complessi di edilizia residenziale pubblica della cosiddetta 167, la cui configurazione architettonica alimenta non solo l'occultamento di attività illecite e di gruppi dediti alla malavita organizzata, ma non consente facilmente la penetrabilità, soprattutto degli operatori, che a qualsiasi titolo si pongono a sostegno e/o controllo dei nuclei familiari.

Malgrado l'edilizia pubblica, in quest'area della città abbia caratteri esponenziali, resta aperto il problema dei senza tetto, che, al solo titolo emergenziale, occupano strutture fatiscenti o strutture scolastiche dismesse, poiché, il libero mercato degli affitti e delle vendite immobiliari, impedisce la realizzazione autonoma dei nuclei familiari o delle persone sole a basso reddito oppure con reddito inesistente.

La genitorialità precoce colpisce spesso genitori dallo scarso livello di istruzione, che si unisce, in modo deleterio alla immaturità psichica rispetto alla funzione di educatore, legata all'età. Ciò determina l'esistenza di una quota di bambini con scarse opportunità di accudimento nel processo di crescita corporea e di sviluppo psico-affettivo.

Un altro problema, endemico, è dato dalla mancanza di serie e legali prospettive lavorative, rese ancor più esigue dallo scarso livello culturale e di specializzazione, che rallenta, o impedisce fortemente l'immissione nel mercato del lavoro, che rende, soprattutto i giovani, dipendenti dalle risorse della famiglia di origine.

Altro sintomo spia, di carente genitorialità e debolezza dei legami familiari, è il ricorso “facile” all'ospedalizzazione, soprattutto nei bambini ragazzi ed anziani, aspetto anch'esso riconducibile ad uno scarso livello di disponibilità alla cura domiciliare. L'ospedalizzazione infatti assolve alla funzione di deresponsabilizzazione, attraverso la quale, il peso della cura è devoluto agli operatori sanitari.

Per i ragazzi, il ricorso all'ospedalizzazione facile, denota la sostanziale incapacità di gestione delle malattie ordinarie, del rifiuto del ricorso sia alla medicina territoriale di base che ai livelli di medicina specialistica presenti sul territorio, nella convinzione che la struttura ospedaliera riduca i tempi di attesa e di cura.

Legato alla scarsa capacità genitoriale e alla difficoltà del tessuto sociale è il fenomeno della dispersione e dell'abbandono scolastico, che denota oltre che la mancanza di cura ed interesse verso i figli anche la propensione dei giovani del territorio a dedicarsi ad attività illegali spesso causa di cadute e ricadute nei circuiti penali, carcerarie e/o alternative alla detenzione, che richiedono la messa a punto di progetti di recupero di giovani, in un contesto nel quale le alternative al modello culturale di appartenenza sono poche o difficilmente costruibili.

Un altro aspetto della comunità locale è dato dalla massiccia presenza di persone di etnia Rom, la cui integrazione, negli anni, ha comportato notevoli conflitti e rappresenta ancora oggi, malgrado il potenziamento dei servizi, una fonte di problemi legati alla coesistenza di diverse culture e alle diverse modalità di cura ed accudimento della prole, spesso, troppo precocemente lasciata in balia di un destino che viaggia sul filo dell'illegalità e della delinquenza.

Non vanno sottovalutate le modalità di interazione sociale, in specie nella comunità dei ragazzi e/o adolescenti che manifestano, con una frequenza preoccupante i cosiddetti fenomeni di bullismo.

Il fenomeno rende molto complessi e di difficile riuscita gli interventi educativi, poiché, la presa in carico integrata dell'adolescente è costellata dalle difficoltà legate all'età, alla cultura e alla esigua offerta di opportunità, che sono necessarie per il superamento delle crisi che si manifestano in questa fascia di età e che sono determinanti per il modo di essere del futuro adulto.

Non si può trascurare neanche la altissima frequenza di tipologie di nuclei familiari a basso ed incerto reddito, con uno o entrambi i coniugi detenuti. Questa tipologia di famiglie comporta l'aggravio per la famiglia estesa della responsabilità educativa e della crescita dei figli, spesso a carico dei nonni, con risultati non sempre efficaci.

Il fenomeno delle sostanze stupefacenti connota fortemente il territorio e si concretizza in tre macrocategorie: produzione, vendita (spaccio), e consumo. I primi due seguono il filone della illegalità, essendo entrambe le attività vietate dalla legge e legate alla criminalità organizzata. Il terzo, il consumo, determina aspetti socio-psicologici da tenere in assoluta considerazione per il rinforzo delle risorse da mettere in atto. Si tratta, di una problematica socio-sanitaria, che crea modificazioni all'interno dei nuclei familiari colpiti, sia che il consumatore abbia il ruolo di figlio, di genitore o che sia una persona sola, o che ricopra più di uno dei ruoli citati.

Il problema delle dipendenze, vecchie e nuove, rappresenta un problema multidimensionale, sia nella fase del consumo, durante la quale, gli aiuti al nucleo, assumono prevalentemente il carattere sociale, spesso di natura economica e di supporto alla genitorialità o alla famiglia, che, invece, nella fase della disintossicazione, ovvero, quando la persona interessata si rivolge ai servizi sanitari i cui operatori, di concerto con gli operatori sociali, aiutano la persona a scegliere un percorso terapeutico che parte dalla disintossicazione, prosegue nella riabilitazione e si chiude con il reinserimento sociale e/o lavorativo.

Da questa breve analisi del contesto, se ne deduce, agevolmente, che ci muoviamo in un territorio caratterizzato da un alto tasso di illegalità che si configura come cabina di regia delle associazioni della criminalità organizzata; da questo, si verificano numerosi casi di cittadini sottoposti a regimi penali di restrizioni della libertà personale oppure della detenzione, e le problematiche socioeconomiche e familiari connesse.

La numerosa presenza di minori, richiede un'attenzione particolare da parte delle istituzioni poiché è accompagnata frequentemente da fragilità genitoriale e di famiglia estesa, che pongono una forte domanda di servizi a partire dalla primissima infanzia.



9 Target (destinatari)

9.1 Target principale

Studenti, minori, donne e persone tossicodipendenti residenti nel quartiere di Scampia

9.2 Target secondario

Popolazione generale

10 Territorio ed ambienti di intervento

10.1 Aree geografiche coinvolte

Le attività progettuali verranno realizzate nella città di Napoli ed in particolare nella periferia nord, nel quartiere di Scampia.

11 Valore aggiunto atteso nell'intervento proposto

Il progetto vuole riuscire a migliorare, in linea generale, le condizioni di vita in un territorio considerato a rischio come il quartiere di Scampia.

**12 Sotto obiettivi e indicatori**

N°	Sotto obiettivi	Indicatori	Base line result	Prodotto tangibile atteso	Note
1	Inserimento di minori attività di educazione allo sport	n. minori inseriti in attività di educazione allo sport	40	Percorsi di educazione allo sport	
2	Inserimento di donne in percorsi di formazione e lavoro	n. donne inserite in percorsi lavorativi	15	Creazione di un'attività commerciale per l'inserimento lavorativo	
3	Istituzione di uno sportello di ascolto per donne, tossicodipendenti, famiglie in situazione di indigenza, ecc.	n. utenti	100	Sportello d'ascolto	
4	Realizzazione di percorsi di prevenzione in ambito scolastico	n. scuole in cui vengono realizzati gli interventi	80% di quelle presenti sul territorio di Scampia	Interventi di prevenzione	
5	Inserimento di persone tossicodipendenti in percorsi di recupero	n. persone inserite in percorsi di recupero	10	Percorsi di inserimento	

13 Sotto obiettivi, Work package e metodi

N Sotto obiettivi

	Sotto obiettivi	Work Package (pacchetti di attività)	Metodi
1	Inserimento di minori attività di educazione allo sport	WP 1.1 Individuazione di associazioni sportive interessate alla partecipazione alle attività progettuali	Le associazioni verranno selezionate tramite procedura ad evidenza pubblica. Le attività di educazione allo sport saranno gratuite per i destinatari e verranno organizzate sia in orario scolastico, come forma di prevenzione del rischio di evasione scolastica, sia in orario extrascolastico, per prevenire la fascinazione che gli ambienti criminali hanno per i più giovani attratti dalla prospettiva di guadagnare di più e più facilmente.
		WP 1.2 Individuazione degli istituti scolastici del territorio di Scampia interessati ad inserire attività di educazione allo sport	
		WP 1.3 Programmazione e organizzazione dei percorsi di educazione allo sport	
		WP 1.4 Promozione dell'iniziativa sul territorio	
2	Inserimento di donne in percorsi di formazione e lavoro	WP 2.1 Individuazione associazioni interessate alla partecipazione alle attività progettuali	Le associazioni verranno selezionate tramite procedura ad evidenza pubblica. Verrà prevista la presa in carico dei figli delle utenti in maniera flessibile, con possibilità di accogliere i bambini, di ogni età, negli orari necessari e nei momenti di chiusura delle scuole pubbliche. Il corso darà accesso al conseguimento dell'attestato HACCP. Tra le donne selezionate ne verrà scelto un gruppo di donne (sulla base delle competenze acquisite, della situazione familiare) per avviare un corso professionale che avrà la finalità di creare un progetto di imprenditoria femminile, accompagnandole nel periodo di start up.
		WP 2.2 Individuazione e formazione tutor	
		WP 2.3 Promozione iniziativa	
		WP 2.4 Selezione delle donne partecipanti	
		WP 2.5 Organizzazione corsi di formazione	
		WP 2.6 Organizzazione stage formativi	
3	Istituzione di uno sportello di ascolto per donne, tossicodipendenti, famiglie in situazione di indigenza, ecc.	WP 3.1 Individuazione associazioni interessate alla partecipazione alle attività progettuali	Le associazioni verranno selezionate tramite procedura ad evidenza pubblica, anche privilegiando organizzazioni consorziate e realmente rappresentative, operative e presenti nel territorio di Scampia. Lo sportello intende offrire un servizio di sostegno psicologico fondato sulla metodologia del counselling ad orientamento psicodinamico: all'utenza è offerto un percorso breve, che prevede 4 incontri di consulenza psicologica, volti a garantire uno spazio di accoglienza, ascolto e sostegno in relazione a situazioni problematiche e/o esperienze di disagio vissute. In tal senso, l'attività di sostegno psicologico ha lo scopo di offrire uno spazio in cui riflettere sul proprio disagio e lavorare sullo sviluppo/sostegno di risorse interne che rendano l'individuo in grado di fronteggiare un momento critico della propria vita. In presenza di esigenze specifiche che necessitano di una presa in carico a lungo termine oppure l'intervento di specialisti, si provvede quindi all'invio dell'utente presso i servizi del territorio competenti (U.O.M.I. Asl Napoli 1, U.O.S.M. Asl Napoli 1, Presidio di Neuropsichiatria infantile "Sciuti"). Inoltre, lo sportello offrirà un servizio di consulenza legale (criminologica) e accompagnamento nel percorso. Operatrici formate su tali tematiche, che collaborano anche con il Commissariato di Polizia di Scampia, saranno disponibili a fornire informazioni legali e consigliare il percorso migliore da seguire per risolvere il disagio.
		WP 3.2 Attivazione delle collaborazioni con le istituzioni pubbliche locali competenti	
		WP 3.3 Selezione e formazione del personale addetto allo sportello	
		WP 3.4 Regolamentazione ed organizzazione dei servizi offerti	
		WP 3.5 Attivazione dello sportello	
4	Realizzazione di percorsi di prevenzione in ambito scolastico	WP 4.1 Individuazione istituti scolastici in cui realizzare gli interventi	Verrà promosso un confronto con le Istituzioni/Agenzie extrascolastiche del territorio per attuare possibili sinergie, il
		WP 4.2 Programmazione degli interventi	

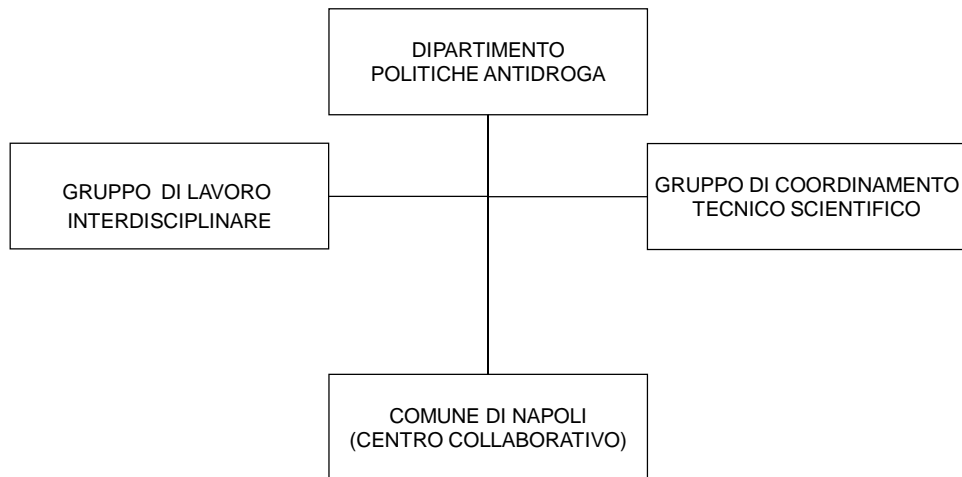


	WP 4.3	Coinvolgimento di insegnanti, giovani e genitori	coinvolgimento e la partecipazione degli studenti e delle famiglie, la costituzione di una rete di scuole su tutto il territorio, come utile strumento di intervento e di raccordo nella realizzazione delle iniziative delle singole scuole, la collaborazione con l'Osservatorio per le Politiche Giovanili, quale snodo naturale per attivare, stimolare e mantenere attiva la complessa rete dei servizi/scuole costruita intorno alla necessità di individuazione di politiche e di progettazione di interventi educativi e di promozione della salute per i giovani
	WP 4.4	Somministrazione di questionari ex ante ed ex post l'intervento sulla percezione del fenomeno delle tossicodipendenze e dei conseguenti rischi per la salute.	
5 Inserimento di persone tossicodipendenti in percorsi di recupero	WP 5.1	Individuazione associazioni interessate alla partecipazione alle attività progettuali	Le associazioni verranno selezionate tramite procedura ad evidenza pubblica. Il sotto obiettivo verrà raggiunto mettendo in contatto le comunità di accoglienza e cura dei soggetti tossicodipendenti con il mondo del lavoro, attraverso percorsi formativi che vadano a recuperare il concetto di "arte e mestieri" e artigianato locale, di cui l'area partenopea è sempre stata espressione in tutto il mondo
	WP 5.2	Individuazione e formazione tutor	
	WP 5.3	Selezione delle persone tossicodipendenti da inserire	
	WP 5.4	Attivazione percorsi formativi	
	WP 5.5	Monitoraggio degli inserimenti	



14 Organigramma generale del progetto

Viene di seguito rappresentato l'organigramma generale del progetto Viva Scampia Viva.



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▪ Supervisione del corretto utilizzo del data-base e del flusso dati▪ Divulgazione dei risultati alle unità operative (ritorno informativo)	<p>Attività specifiche di Progetto</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Esplicazione delle attività di Progetto per il raggiungimento degli obiettivi secondo i WP definiti▪ Gestione del data-base e del flusso dati▪ Stesura della reportistica tecnico-scientifica e finanziaria

16 Percorso Operativo**16.1 Articolazione in macro fasi e attività**

Data di inizio prevista: 01/01/2014

Durata totale prevista: 2 anni

Fine prevista delle attività : 30/12/2015 (e comunque dopo 24 mesi dall'avvio delle attività)

Macro Fasi		Descrizione
Studio	WP1 Selezione associazioni interessate alla partecipazione al progetto	
	WP2 Individuazione Istituti Scolastici in cui proporre la realizzazione dei vari interventi	
	WP3 Selezione e formazione tutor	
	WP4 Selezione e formazione personale addetto allo sportello di ascolto	
Realizzazione	WP1 Realizzazione percorsi di educazione allo sport	
	WP2 Attivazione corsi di formazione e stage formativi	
	WP3 Attivazione sportello di ascolto	
	WP4 Realizzazione interventi in ambito scolastico	
	WP5 Realizzazione percorsi di recupero persone tossicodipendenti	
Verifica	WP1 Monitoraggio e valutazione dei percorsi di educazione allo sport	
	WP2 Monitoraggio e valutazione dei corsi di formazione e stage formativi	
	WP3 Raccolta ed elaborazione dei dati raccolti con i questionari somministrati durante gli interventi preventivi in ambito scolastico	
	WP4 Monitoraggio e valutazione dei percorsi di recupero persone tossicodipendenti	

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 € 390.000,00 e vengono così ripartiti:

BENI E SERVIZI	€ 66.737,69
FORMAZIONE	€ 79.660,00
PERSONALE A CONTRATTO	€ 177.902,31
PUBBLICAZIONI E MATERIALI INFORMATIVI	€ 22.600,00
MISSIONI E RIMBORSI	€ 5.800,00
CONVEGNI	€ 10.000,00
SPESE DI SEGRETERIA e GESTIONE AMMINISTRATIVA FORFETTARIE (7% del finanziamento complessivo)	€ 27.300,00
TOTALE	€ 390.000,00

I riparti tra le singole voci sono indicativi