DOC XXX-bis, n. 1

Presidenza del Consiglio dei Ministri

IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO

Presidenza del Consiglio dei Ministri
USS_MANTOVANO 0000529 P-
del 24/02/2026
64228065

Illustre Presidente,

sono lieto di inviarLe, per la presentazione alla Camera dei deputati, come previsto dal DPR 309/90, la relazione contenente le conclusioni della VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, che si è tenuta a Roma il 7/8 novembre 2025.

Ricordo ancora, nella circostanza, la Sua onorevole presenza nella sessione inaugurale e il Suo intervento, apprezzato e condiviso da tutti i partecipanti.

Con viva cordialità,

Alfredo Mantovano

Ill.mo On. Lorenzo FONTANA
Presidente della Camera dei deputati

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento delle politiche contro la droga
e le altre dipendenze

7ª CONFERENZA NAZIONALE DIPENDENZE 2025

RAPPORTO VII CONFERENZA NAZIONALE DIPENDENZE

ROMA 7-8 novembre 2025

CENTRO CONGRESSI AUDITORIUM DELLA TECNICA

Libertà dalla droga. Insieme si può.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

La VII Conferenza Nazionale sulle dipendenze

La VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze ha rappresentato un passaggio istituzionale decisivo per ridefinire l'agenda strategica del Paese in risposta all'evoluzione dei fenomeni di dipendenza, sia da sostanze sia comportamentali. Il percorso preparatorio – coordinato dal Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri con il supporto tecnico-scientifico del CERGAS–SDA Bocconi – ha coinvolto oltre 150 esperti riuniti in otto Tavoli tematici, generando oltre cento proposte analizzate, discusse e validate nelle due giornate della Conferenza.

Dalle evidenze raccolte emerge un quadro unitario: **il sistema delle dipendenze necessita di maggiore integrazione, accessibilità, continuità assistenziale, competenze specifiche e di una governance multilivello stabile**, in grado di coordinare attori diversi e complementari e rispondere a bisogni sempre più complessi, in particolare quelli di minori e giovani adulti.

Le traiettorie strategiche individuate dai Tavoli di Lavoro

Il Rapporto ricompone in una prospettiva unitaria gli esiti del percorso, delineando **cinque assi strategici** che dovrebbero costituire le principali aree di lavoro nei prossimi anni:

1. **Rafforzare l'architettura istituzionale.** Introduzione di una regia multilivello più stabile e costituzione di Dipartimenti delle Dipendenze autonomi, in grado di garantire uniformità nell'accesso, nella qualità dei servizi e nell'attuazione dei LEA.
2. **Sviluppare la Disciplina delle Dipendenze.** Valorizzazione della specificità dell'area delle dipendenze attraverso formazione dedicata, nuove competenze professionali e strumenti operativi comuni.
3. **Rendere strutturale la prevenzione precoce.** Superare interventi episodici e costruire politiche educative basate su evidenze grazie all'ingaggio di una solida comunità educante.
4. **Integrare stabilmente servizi sanitari, sociali e giudiziari.** Potenziamento dell'intercettazione precoce, continuità dei percorsi, interventi di prossimità e setting intermedi per rispondere ai bisogni di minori, giovani adulti e persone in misura detentiva.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

5. **Costruire un sistema informativo nazionale interoperabile.** Condizione essenziale per programmare, monitorare e valutare percorsi ed esiti, garantendo trasparenza e qualità.

Le priorità operative per i prossimi anni

Sulla base del consenso raccolto e delle evidenze tratte dal percorso preparatorio, il Rapporto identifica azioni operative perseguibili su due orizzonti temporali.

A breve termine (12–18 mesi)

Tra le priorità: attivazione di cabine di regia regionali; definizione di linee di indirizzo nazionali su governance, disciplina delle dipendenze e modelli di presa in carico; ampliamento dei punti di accesso e dei percorsi specifici per minori e giovani adulti; sperimentazione dei Cantieri di comunità educanti; avvio di studi pilota per interoperabilità e indicatori nazionali.

A medio termine (3–5 anni)

Obiettivi strutturali: piena operatività dei Dipartimenti delle Dipendenze autonomi; implementazione del sistema informativo nazionale; sviluppo di setting intermedi e interventi di prossimità; consolidamento della prevenzione territoriale; stabilizzazione di nuove figure professionali; potenziamento dei servizi per dipendenze digitali e gaming, rafforzamento della filiera carcere-territorio.

Le condizioni abilitanti

La realizzazione delle priorità strategiche richiede alcune condizioni sistemiche:

- una **regia centrale chiara,** capace di orientare e coordinare;
- **standard e linee di indirizzo nazionali,** per garantire equità;
- **competenze professionali adeguate**, tramite formazione universitaria e specialistica;
- **infrastrutture informative interoperabili,** per valutazione e ricerca;
- **risorse dedicate** alla prevenzione, ai setting innovativi e alla digitalizzazione;
- **collaborazioni interistituzionali e comunitarie**;
- **supporto ai territori,** per rafforzare la capacità attuativa e innovazione organizzativa.

La VII Conferenza sulle Dipendenze consegna alle istituzioni un quadro strategico chiaro e una visione condivisa, frutto di un percorso partecipato e tecnicamente solido. Le priorità individuate delineano una direzione unitaria: la sfida ora è trasformare queste indicazioni in azioni concrete, garantendo continuità, coordinamento e sostegno ai territori. Il lavoro svolto mostra che esistono le condizioni tecniche, istituzionali e collaborative per costruire un sistema delle dipendenze più equo, più vicino alle persone e più capace di rispondere alle vulnerabilità emergenti.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

INDICE DEL RAPPORTO

Rapporto VII Conferenza Nazionale Dipendenze 6
Introduzione e programma della VII Conferenza Nazionale Dipendenze 6
PARTE 1 - Il percorso preparatorio della Conferenza 12
1.1 L'obiettivo e il metodo di lavoro 12
1.2 Il processo consultivo e la rappresentatività 13
1.3 Le fasi del percorso preparatorio 14
1.3.1 Fase 1 - Avvio e preparazione 15
1.3.2. Fase 2 – Workshop tematici 15
1.3.3 Fase 3 - Confronto trasversale 16
1.3.4 Fase 4 – Affinamento e consolidamento 17
1.4 La piattaforma collaborativa e l'archivio 18
1.5 La Conferenza: due giornate di confronto e condivisione 18
1.5.1 Prima giornata: diagnosi e proposte 19
1.5.2 Seconda giornata: il confronto con i decisori 20
PARTE 2 - Le aree di lavoro e i principali risultati dei Tavoli tematici 25
2.1 Inquadramento e struttura delle proposte 25
2.2 Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati 25
2.2.1 Risultati attesi 28
2.2.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 28
2.3 Modelli innovativi di presa in carico 29
2.3.1 Risultati attesi 31
2.3.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 31
2.4 Salute mentale e dipendenze: un approccio integrato 31
2.4.1 Risultati attesi 34
2.4.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 34
2.5 Prevenzione precoce delle dipendenze (giovani e adolescenti) 35
2.5.1 Risultati attesi 38
2.5.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 38
2.6 Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto 39
2.6.1 Risultati attesi 41
2.6.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 41
2.7 Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori 42

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

2.7.1 Risultati attesi 44
2.7.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 44
2.8 Gioco d'azzardo patologico e *gaming* 45
2.8.1 Risultati attesi 47
2.8.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 48
2.9 Dipendenze digitali e innovazione nei servizi 48
2.9.1 Risultati attesi 50
2.9.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione 51
2.10 Una lettura complessiva delle proposte: criticità condivise e direttrici comuni 51
PARTE 3 - Sintesi trasversale, evidenze comparate e condizioni di attuazione 55
3.1 Premessa e fonti per l'analisi trasversale 55
3.2 Le valutazioni quantitative del 10 ottobre 55
3.3 Evidenze trasversali: convergenze, divergenze e conferme emerse nel confronto nazionale 56
3.3.1 Convergenze trasversali 57
3.3.2 Divergenze significative 57
3.4 Condizioni per l'attuazione delle proposte 58
3.5 Punti di attenzione e aree da approfondire 59
3.6 Gli assi strategici per la riforma in una prospettiva trasversale 59
3.7 Priorità operative per i prossimi anni 61
3.8 Verso un nuovo assetto del sistema delle dipendenze 62
SINTESI DEL DELL'INTERVENTO CONCLUSIVO DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI ALFREDO MANTOVANO AL TERMINE DELLA CONFERENZA 63

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Rapporto VII Conferenza Nazionale Dipendenze

Introduzione e programma della VII Conferenza Nazionale Dipendenze

La VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze si è svolta a Roma, il 7 e l'8 novembre 2025, presso l'Auditorium della Tecnica, e ha rappresentato un passaggio istituzionale di particolare rilievo per la definizione di una nuova agenda nazionale sulle dipendenze. La Conferenza è prevista per legge (DPR 309/90 art. 1 comma 15): «*Ogni tre anni, il Presidente del Consiglio dei ministri, nella sua qualità di Presidente del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, convoca una conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope alla quale invita soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nel campo della prevenzione e della cura della tossicodipendenza. Le conclusioni di tali conferenze sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa*».

Come previsto dal DPR 309/1990, la Conferenza costituisce l'occasione attraverso cui il Presidente del Consiglio dei ministri convoca e mette a confronto tutti i soggetti pubblici e privati impegnati nella prevenzione, cura e riduzione dei rischi legati alle dipendenze, al fine di presentare al Parlamento un quadro aggiornato delle priorità e delle eventuali esigenze di adeguamento normativo suggerite dall'esperienza applicativa. È dunque un momento di ricostruzione, ascolto e indirizzo strategico che alimenta direttamente la responsabilità istituzionale e legislativa.

In questo quadro istituzionale, l'edizione 2025 ha assunto un valore peculiare, sia per il metodo adottato sia per l'ampiezza del percorso preparatorio, che ha anticipato e sostenuto le due giornate della Conferenza. Il percorso verso l'evento conclusivo è stato avviato il 30 gennaio 2025, quando il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega alle politiche antidroga, Alfredo Mantovano, lo ha ufficialmente annunciato nel corso della prima riunione annuale del Tavolo interistituzionale sulle dipendenze. I lavori preparatori sono iniziati formalmente il 24 aprile 2025, con una riunione a Palazzo Chigi durante la quale sono stati presentati il percorso verso la Conferenza e le relative macroaree tematiche.

Una novità rilevante di questa settima edizione, rispetto alle precedenti, riguarda l'ampliamento delle tematiche affrontate: oltre alle dipendenze da sostanze, sono state infatti incluse le dipendenze

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

comportamentali, come il gioco d'azzardo e l'uso compulsivo della tecnologia, con particolare attenzione ai comportamenti a rischio dei giovani. **Il percorso preparatorio ha previsto l'attivazione di otto tavoli Tecnici dedicati ad altrettanti ambiti tematici specifici**, che hanno costituito la base diagnostica e propositiva delle due giornate della Conferenza.

Le otto aree tematiche – governance e integrazione dei servizi pubblici e privati; modelli innovativi di presa in carico; salute mentale e dipendenze; prevenzione precoce con particolare riferimento ai giovani; strumenti di monitoraggio, valutazione e ricerca; carcere e misure alternative; gioco d'azzardo patologico e gaming; dipendenze digitali e innovazione nei servizi – sono state definite sulla base delle priorità emerse durante la fase di consultazione con il Gruppo tecnico delle Regioni e Province Autonome, le Reti delle comunità terapeutiche, le Federazioni professionali e scientifiche, i Comuni tramite ANCI e alcune grandi organizzazioni del Terzo Settore, associazioni nazionali impegnate in interventi di prevenzione e cura.

TABELLA 1 – LE MACROAREE TEMATICHE DI LAVORO.

	Tavoli tematici	Macroaree
1	Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati	Sistema pubblico delle dipendenze
2	Modelli innovativi di presa in carico	
3	Salute mentale e dipendenze un approccio integrato	
4	Prevenzione precoce delle dipendenze con particolare riferimento a giovani e adolescenti	Prevenzione precoce negli adolescenti/giovani
5	Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto (*outcome*)	Ricerca Scientifica
6	Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori	Carcere e dipendenze
7	Gioco d'azzardo patologico e gaming	Dipendenze comportamentali
8	Dipendenze digitali e innovazione nei servizi	

L'edizione 2025 si è caratterizzata per un approccio rinnovato, prediligendo una **struttura partecipata e un metodo di lavoro fondato su evidenze, confronto tecnico e integrazione tra attori diversi**. Il Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri (DPA) ha promosso e coordinato l'intero percorso preparatorio, avvalendosi del supporto tecnico-scientifico del CERGAS–SDA Bocconi, che ha accompagnato la generazione dei contenuti, la costruzione del percorso metodologico e la facilitazione delle attività dei Tavoli tematici. La fase di lavoro dei Tavoli, avviata nel mese di maggio del 2025, ha previsto momenti di ascolto preliminare, workshop tematici online, incontri di coordinamento trasversale e un workshop integrato che ha riunito tutti i gruppi a Roma nel mese di ottobre. La scelta di adottare un impianto metodologico ispirato al *Logical Framework Approach* (LFA) – un sistema ampiamente utilizzato nel policy making internazionale – ha consentito di sviluppare un linguaggio comune tra partecipanti con *background* diversi, di riconoscere criticità condivise e di trasformare un ampio ventaglio di elementi diagnostici in una mappa integrata di obiettivi e proposte operative.

Complessivamente, **150 partecipanti ai Tavoli tematici** hanno contribuito alla costruzione dei quadri diagnostici e alla definizione delle proposte presentate e discusse durante le due giornate della Conferenza, con un'organizzazione che ha garantito rappresentatività istituzionale e pluralità

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

disciplinare. Il lavoro dei Tavoli, svolto attraverso workshop progressivi tra maggio e ottobre, ha generato **oltre cento proposte operative**, successivamente condivise, discusse e valutate in sede integrata.

TABELLA 2 – I NUMERI DEL PERCORSO PREPARATORIO.

Durata complessiva	5 mesi
Partecipanti coinvolti	150
Tavoli tematici	8
Incontri congiunti	4
Workshop tematici	~40 (almeno 5 per Tavolo)
Ore totali di focus group	130
Proposte elaborate e valutate	oltre 100

Le due giornate conclusive della Conferenza hanno dato valore a questo lavoro preparatorio traducendolo in un intenso programma di confronto scandito da momenti istituzionali, sessioni tecniche e confronti tematici che hanno coinvolto oltre **800 partecipanti**.

La prima giornata, aperta dalle massime istituzioni dello Stato e da rappresentanti internazionali – con la presenza del Presidente della Repubblica e la partecipazione della Direttrice Esecutiva dell'UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*) – ha offerto un quadro politico e istituzionale entro il quale collocare il lavoro dei Tavoli. La sessione plenaria del mattino ha ospitato le presentazioni dei referenti tecnico-scientifici di ogni Tavolo di lavoro che hanno introdotto i quadri diagnostici degli ambiti tematici affrontati. Questo momento ha avuto la funzione di illustrare le analisi e le principali evidenze emerse nei mesi precedenti, preparando il terreno al confronto partecipato del pomeriggio. Nel pomeriggio della prima giornata, la Conferenza ha ospitato una sessione tecnica su *Droga: Da che parte stanno i Media?* e successivamente si è articolata in cinque sessioni parallele, corrispondenti alle macroaree identificate nel percorso preparatorio: sistema pubblico delle dipendenze, prevenzione precoce negli adolescenti e nei giovani, ricerca scientifica, carcere e dipendenze, dipendenze comportamentali. Ciascuna sessione ha permesso un confronto approfondito, con il coinvolgimento attivo dei partecipanti e la raccolta di osservazioni tecniche e istituzionali che hanno contribuito all'affinamento finale delle proposte. Le sessioni parallele hanno rappresentato un momento cruciale per restituire ricchezza e profondità alle analisi dei Tavoli, mettendo in relazione i materiali preparatori con le esperienze territoriali e con le diverse prospettive presenti nella sala.

La seconda giornata ha introdotto una modalità di confronto basata su un dialogo diretto tra i Referenti tecnico-scientifici dei Tavoli e i Ministri competenti. La formula del *question time* ha consentito di esplorare il potenziale impatto delle proposte, di chiarire le condizioni attuative e di verificare la loro coerenza con le priorità nazionali. Il confronto, articolato in due sessioni consecutive, ha coinvolto i Ministri dell'Interno, della Giustizia, del Lavoro, dell'Università e della Ricerca, della Salute, dell'Istruzione, dello Sport e dei Giovani, della Famiglia e delle Pari Opportunità, oltre ai Presidenti di Regione presenti. In questa dialogica istituzionale si è riconfermata la centralità di alcuni temi trasversali, tra cui la governance multilivello, la necessità di una disciplina strutturata di clinica delle dipendenze, la costruzione di un sistema informativo nazionale interoperabile, l'importanza della prevenzione precoce, la continuità terapeutica nel carcere-territorio e la crescente rilevanza delle dipendenze digitali.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Si riporta di seguito il **programma integrale della Conferenza**.

7 NOVEMBRE

Ore 10.00 - 10.45 - **Sessione di apertura - Sala Auditorium**
Conduce: ***Eva Crosetta****, Giornalista*
Alfredo Mantovano*, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri*
Roberto Gualtieri*, Sindaco di Roma Capitale*
Massimiliano Fedriga*, Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome*
Lorenzo Fontana, *Presidente della Camera dei deputati*
Ignazio la Russa, *Presidente del Senato della Repubblica*
Ghada Waly, *Executive Director United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*
Giorgia Meloni*, Presidente del Consiglio dei ministri*

Alla sessione di apertura ha partecipato il Presidente della Repubblica, che ha rivolto un indirizzo di saluto (https://www.youtube.com/watch?v=82K_e0R8U0E), e ha inviato un videomessaggio SS. Papa Leone XIV (https://www.youtube.com/watch?v=57DUtw_S_Hg)

Ore 11.00 - 13.00 - **Sessione di lavoro in plenaria - Sala Auditorium**
Conduce: ***Eva Crosetta****, Giornalista*
Introduce: ***Valeria Rappini****, Associate Professor of Practice, CERGAS-SDA Bocconi*

Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati
- ***Andrea Sergio Fantoma****, Medico internista, esperto in dipendenze patologiche e tossicodipendenze*

Modelli innovativi di presa in carico
- ***Claudio Leonardi,*** *Presidente della Società Italiana Patologie da Dipendenza - SIPaD*

Salute mentale e dipendenze un approccio integrato
- ***Massimo Polledri****, Neuropsichiatra infantile del Servizio di Salute Mentale AUSL di Piacenza e psichiatra Responsabile al carcere di Piacenza*

Prevenzione precoce delle dipendenze con particolare riferimento a giovani e adolescenti
- ***Sonia Salvini****, Responsabile Dipendenze Regione Liguria. Dipartimento salute e servizi sociali, Ufficio salute mentale, Dipendenze e salute in ambito penale*

Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto (outcome)
- ***Monica Zermiani****, Dirigente Psicologo, UOC Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona*

Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori
- ***Adele di Stefano****, Responsabile UOSD Salute Mentale e Dipendenze in ambito Penale - ASL ROMA 1*

Gioco d'azzardo patologico e gaming
- ***Massimo Gandolfini****, Neurochirurgo e Psichiatra - Direttore Dipartimento di Neuroscienze Fondazione Poliambulanza di Brescia*

Dipendenze digitali e innovazione nei servizi
- ***Giuseppe Lavenia****, Presidente dell'Associazione Nazionale Dipendenze Tecnologiche, Gap e Cyberbullismo*

Ore 14.30 - 15.30 - **Sessione plenaria - Sala Auditorium**
DROGA: DA CHE PARTE STANNO I MEDIA?
Alberto Barachini*, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'Informazione e all'Editoria*
Intervengono:
Giampaolo Rossi*, Amministratore Delegato RAI*
Gina Nieri*, Consigliere di Amministrazione del Gruppo MFE*
Vincenzo Schettini*, divulgatore scientifico*
Vittorio Brumotti*, conduttore televisivo*

Ore 15.30 - 18.30 - **Sessioni parallele (divisione gruppi di lavoro)**
Sala Auditorium

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

SISTEMA PUBBLICO DELLE DIPENDENZE

- *Modelli innovativi di presa in carico*
- *Salute mentale e dipendenze un approccio integrato*
- *Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati*

Sala a

PREVENZIONE PRECOCE NEGLI ADOLESCENTI/GIOVANI

- *Prevenzione precoce delle dipendenze con particolare riferimento a giovani e adolescenti*

Sala b

RICERCA SCIENTIFICA

- *Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto (outcome)*

Sala c

CARCERE E DIPENDENZE

- *Presa in carico, continuità terapeutica e Misure Alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori*

Sala d

DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

- *Gioco d'azzardo patologico e gaming*
- *Dipendenze digitali e innovazione nei servizi*

8 NOVEMBRE
LE PROPOSTE DELLA CONFERENZA - LE RISPOSTE DELLE ISTITUZIONI

Ore 9:30 - 11:00 – **Prima parte**
Conduce: ***Eva Crosetta****, Giornalista*
Proposte:
1) ***Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori***

- ***Felice Alfonso Nava****, Direttore dei Servizi Sociosanitari dell'Azienda ULSS 9 Scaligera di Verona*

2) ***Salute mentale e dipendenze un approccio integrato***

- ***Augusto Consoli,*** *Presidente della Società Italiana Tossicodipendenze – SITD*

3) ***Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati***

- ***Roberta Balestra,*** *Presidente Nazionale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze – FeDerSerD*

4) ***Modelli innovativi di presa in carico***

- ***Francesco Vismara****, Coordinatore Rete Comunitalia*

Rispondono, per la parte di competenza:

- ***Matteo Piantedosi****, Ministro dell'Interno*
- ***Carlo Nordio,*** *Ministro della Giustizia*
- ***Marina Elvira*** *Calderone, Ministro del Lavoro e delle politiche sociali*
- ***Anna Maria Bernini****, Ministro dell'Università e della ricerca*
- ***Marcello Gemmato****, Sottosegretario alla Salute*
- ***Stefania Proietti****, Presidente Regione Umbria*

Ore 11:15 - 13:00 - **Seconda parte**
Proposte:
5) ***Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto (outcome)***

- ***Luciano Squillaci****, Presidente della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche – FICT*

6) ***Prevenzione precoce delle dipendenze con particolare riferimento a giovani e adolescenti***

- ***Giulio Maira****, Neurochirurgo, componente del Comitato Nazionale di Biosicurezza, Biotecnologie e Scienze della vita*

7) ***Gioco d'azzardo e gaming***

- ***Claudia Mortali,*** *Primo Ricercatore, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità*

8) ***Dipendenze digitali e innovazione nei servizi***

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- ***Vincenza Ariano,*** *Direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Taranto*

Rispondono, per la parte di competenza:

- ***Antonio Tajani,*** *Vicepresidente del Consiglio dei ministri e Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale*
- ***Giuseppe Valditara,*** *Ministro dell'Istruzione e del Merito*
- ***Andrea Abodi,*** *Ministro per lo Sport e i Giovani*
- ***Eugenia Maria Roccella****, Ministra per la Famiglia, la Natalità e le Pari opportunità*
- ***Federico Freni****, Sottosegretario per l'Economia e le Finanze*
- ***Marcello Gemmato****, Sottosegretario alla Salute*
- ***Francesco Acquaroli,*** *Presidente Regione Marche*

Ore 13:00

Chiusura della Conferenza con l'intervento di:

- ***Alfredo Mantovano****, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri*

Il presente Rapporto, oltre a riportare gli esiti dei confronti e discussioni svoltasi durante la Conferenza, ricostruisce e valorizza il percorso preliminare, articolandosi in tre sezioni principali:

1. una prima parte dedicata al metodo di lavoro adottato e allo svolgimento dei Tavoli tematici durante il percorso preparatorio;
2. una parte centrale che presenta le proposte elaborate dagli otto Tavoli tematici e discusse nel corso della Conferenza;
3. una terza parte che offre una lettura trasversale delle evidenze raccolte, integrando gli elementi quantitativi e qualitativi emersi nei diversi momenti di confronto.

Questa struttura del Rapporto si propone di restituire, infine, in modo organico sia la densità del lavoro svolto sia le prospettive di evoluzione del sistema, offrendo una base solida e condivisa che la Conferenza consegna alle Istituzioni.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

PARTE 1 - Il percorso preparatorio della Conferenza

1.1 L'obiettivo e il metodo di lavoro

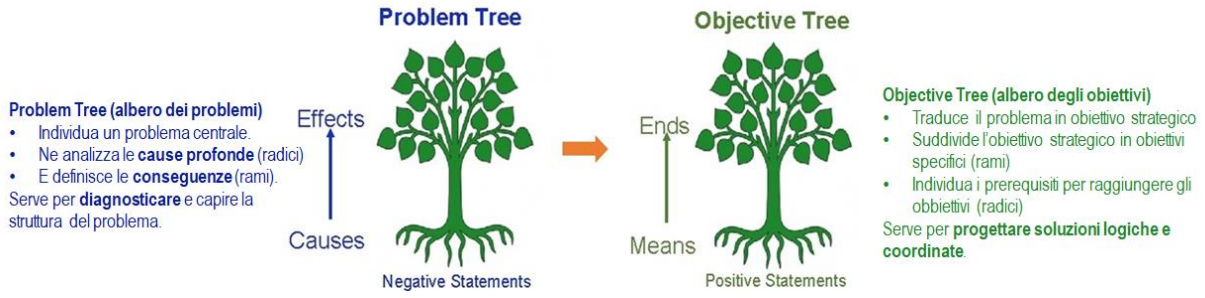
La preparazione della VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze ha seguito un percorso innovativo e partecipato, con l'obiettivo di generare proposte e soluzioni pratico-operative per contribuire alla definizione di una nuova agenda strategica nazionale sul tema delle dipendenze.

Si è trattato di un processo strutturato di confronto tra stakeholder orientato alla produzione di proposte concrete. Il Dipartimento delle Politiche contro la droga e le altre dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri (DPA) ha coordinato l'intero processo, avvalendosi del supporto tecnico-scientifico di un team di sei ricercatrici CERGAS–SDA Bocconi, che ha accompagnato lo sviluppo dei contenuti, la progettazione delle attività e la facilitazione dei lavori dei Tavoli tematici.

L'approccio metodologico adottato si è ispirato al *Logical Framework Approach* (LFA), una metodologia ampiamente consolidata nel campo del policy making, della cooperazione internazionale e della sanità pubblica. Questo metodo ha permesso di:

- costruire un **linguaggio comune** tra attori con competenze, background e ruoli eterogenei;
- favorire la **partecipazione attiva** e la co-produzione di contenuti;
- supportare la definizione di **soluzioni realistiche, misurabili e attuabili**, basate su evidenze, dati e letteratura.

FIGURA 1– DALL'ALBERO DEI PROBLEMI ALL'ALBERO DELLE SOLUZIONI.



Il metodo LFA si è dimostrato particolarmente efficace per la gestione dei Tavoli tematici dove la complessità dovuta alla molteplicità di attori coinvolti richiedeva una cornice chiara e condivisa. Il

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

metodo ha favorito una comprensione delle criticità e delle rispettive cause e la convergenza verso una visione strategica comune.

Il percorso ha combinato attività individuali, momenti di confronto sincrono e strumenti digitali di supporto alla collaborazione e all'analisi dei contenuti. Ogni fase del percorso è stata progettata in modo da garantire una progressione coerente: dalla ricostruzione dello stato dell'arte alla definizione partecipata delle criticità, dalla loro traduzione in obiettivi strategici fino all'elaborazione delle soluzioni operative. L'adozione di una piattaforma collaborativa e l'uso di strumenti digitali avanzati, compresi sistemi di analisi automatizzata, hanno ulteriormente sostenuto un processo che, fin dall'inizio, è stato inteso come inclusivo, *evidence-based* e capace di valorizzare la pluralità di prospettive presenti nel Sistema nazionale delle dipendenze.

1.2 Il processo consultivo e la rappresentatività

Fin dalle prime fasi, il processo preparatorio è stato costruito come un percorso ampio di consultazione, coinvolgimento e rappresentanza. Il Dipartimento ha richiesto ai principali attori del sistema delle dipendenze di contribuire all'identificazione dei temi prioritari attraverso l'invio di una rosa di proposte ritenute urgenti o strategiche. Questo coinvolgimento ha interessato: il Gruppo tecnico delle Regioni e Province Autonome, le Reti delle comunità terapeutiche, le Federazioni professionali e scientifiche, i Comuni tramite l'ANCI e alcune grandi organizzazioni del terzo settore, associazioni nazionali impegnate in interventi di prevenzione e cura.

L'insieme di questi contributi ha portato all'identificazione di **otto Aree tematiche**, scelte per la loro rilevanza strategica e trasversalità:

1. Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati;
2. Salute mentale e dipendenze un approccio integrato;
3. Modelli innovativi di presa in carico;
4. Prevenzione precoce delle dipendenze con particolare riferimento a giovani e adolescenti
5. Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto (*outcome*);
6. Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori;
7. Gioco d'azzardo patologico e gaming;
8. Dipendenze digitali e innovazione nei servizi.

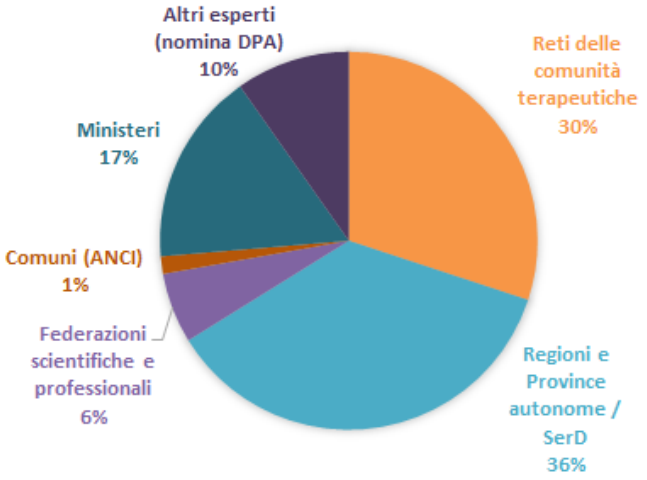
A ognuna delle Aree tematiche è stato dedicato un Tavolo di lavoro per elaborare diagnosi e proposte da presentare e discutere durante le due giornate della Conferenza Nazionale: il primo giorno in plenaria e nelle sessioni parallele di confronto allargato e il secondo giorno nel *question time* con le Autorità Politiche.

L'eterogeneità degli attori coinvolti nella fase di consultazione si è riflessa nella successiva composizione dei Tavoli di lavoro, ciascuno dei quali è stato strutturato in modo da rappresentare l'ecosistema delle dipendenze a livello nazionale. Complessivamente sono stati coinvolti **150 partecipanti**, nominati dalle principali categorie di attori. Ogni tavolo tematico ha incluso tra i sedici e i ventitré partecipanti, in rappresentanza di Regioni e Province Autonome, Reti delle comunità terapeutiche, Comuni attraverso l'ANCI, Federazioni scientifiche e professionali e referenti dei Ministeri.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Ciascun Tavolo è stato affiancato da due Referenti tecnico-scientifici nominati dal Dipartimento e da due ricercatrici del CERGAS–SDA Bocconi, con il compito di sostenere la coesione metodologica e garantire una conduzione neutrale e produttiva delle discussioni.

FIGURA 2 – LA COMPOSIZIONE DEI TAVOLI DI LAVORO



Il percorso si è così configurato come una **consultazione ampia e strutturata**, capace di includere competenze diversificate e di rappresentare in modo significativo territori e l'insieme di professionalità, tipologie di soggetti istituzionali e prospettive coinvolte.

1.3 Le fasi del percorso preparatorio

L'intero percorso preparatorio si è sviluppato nell'arco di **cinque mesi, tra maggio e ottobre**, articolandosi in **quattro fasi consecutive** che hanno accompagnato i gruppi dalla costruzione del quadro conoscitivo iniziale fino alla definizione delle proposte operative finali. La sequenza delle fasi ha garantito un progressivo arricchimento del materiale raccolto e un processo di convergenza graduale. Le informazioni raccolte attraverso le survey, i workshop e gli incontri trasversali sono state via via sintetizzate e rielaborate, fino a costituire la base conoscitiva e propositiva presentata in sede di Conferenza Nazionale.

TABELLA 3 – LE FASI DEL PERCORSO PREPARATORIO

	Fase	Periodo	Attività principali	Obiettivi
1.	**Avvio e preparazione**	Maggio	• Incontro preliminare con referenti tecnico-scientifici • Prework individuale (survey e raccolta materiali)	I. Allineare metodo e obiettivi II. Costruire la base conoscitiva comune
2.	**Workshop tematici**	Giugno-settembre	• 4 workshop per ciascun Tavolo (analisi, criticità, obiettivi, proposte)	III. Ricostruire criticità e priorità IV. Definire obiettivi e prime proposte
3.	**Coordinamento trasversale**	Settembre	• 3 incontri tra referenti tecnico-scientifici	V. Condivisione e confronto sulle proposte

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

				VI. Favorire convergenze ed evitare duplicazioni e disallineamenti
4.	**Affinamento e consolidamento proposte**	Ottobre-novembre	• 1 workshop integrato con tutti i Tavoli (con raccolta feedback e questionario) • 1 workshop di revisione proposte per Tavolo	VII. Finalizzare e consolidare le proposte VIII. Preparare gli output per la Conferenza

1.3.1 Fase 1 - Avvio e preparazione

La prima fase, avviata nel mese di maggio, aveva l'obiettivo di ricostruire il quadro di riferimento per ciascun Tavolo e allineare tutti i partecipanti sul metodo di lavoro. Il percorso è iniziato con un incontro preliminare tra i Referenti tecnico-scientifici dei Tavoli e il team di ricercatrici del CERGAS-SDA Bocconi, finalizzato a condividere il perimetro tematico, gli strumenti da utilizzare e le modalità di ingaggio dei partecipanti.

A seguito di questo primo momento, è stata avviata una fase preparatoria in cui **ogni partecipante ha compilato individualmente una scheda di rilevazione sviluppata ad hoc per ciascuna area tematica**. La survey, differenziata per ciascun tavolo, ha guidato i partecipanti nella descrizione dello stato attuale dei servizi, con l'obiettivo di raccogliere le differenti visioni su ciascun tema e segnalare buone prassi e materiali utili agli approfondimenti successivi. Ai partecipanti è stato chiesto di descrivere attori coinvolti, interventi, strumenti e luoghi chiave, ove possibile attraverso le diverse fasi dei percorsi di presa in carico (dall'ingaggio alla diagnosi, dalla definizione del trattamento al mantenimento, fino al follow-up e al reinserimento sociale e lavorativo). Questo strumento ha permesso di raccogliere un ampio patrimonio di informazioni qualitative, integrate dai materiali suggeriti dai partecipanti (linee guida, studi, normative, buone pratiche).

Il prework si è concluso con il primo incontro online dei tavoli, durante il quale le ricercatrici CERGAS-SDA Bocconi hanno restituito una sintesi delle risposte raccolte e hanno facilitato una discussione orientata alla selezione delle macroaree prioritarie su cui sviluppare le analisi successive. In questa fase si è costruita la base comune di conoscenze e si è consolidata la coesione tra i membri, elemento fondamentale per la buona riuscita delle fasi seguenti.

BOX – PRINCIPALI OUTPUT DELLA FASE 1 (ALLEGABILI AL RAPPORTO)

- Sintesi delle risposte individuali (survey)
- Materiali condivisi dai partecipanti (normative, studi, buone pratiche, linee guida)
- Selezione delle macroaree prioritarie di lavoro

1.3.2. Fase 2 – Workshop tematici

La seconda fase, svolta tra giugno e settembre, rappresenta il cuore del percorso preparatorio. In questa fase, ogni Tavolo ha svolto un'analisi strutturata attraverso **quattro workshop tematici progressivi**. Ciascun incontro è stato dedicato a un passaggio specifico del percorso metodologico, seguendo la logica del *Logical Framework Approach*.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Il primo workshop è stato dedicato all'analisi delle criticità. Partendo dalla sintesi del prework, i partecipanti di ogni Tavolo hanno discusso i problemi ritenuti più rilevanti nelle rispettive aree tematiche. In questa fase, ad esempio, sono emerse criticità quali la frammentazione dei percorsi tra servizi sanitari e sociali, la difficoltà nell'individuazione precoce della doppia diagnosi e la variabilità territoriale nell'offerta di interventi specifici. Questo confronto ha permesso di iniziare a costruire un primo «albero dei problemi», utile a chiarire le relazioni tra cause e conseguenze relative a ciascuna tematica oggetto di lavoro.

Il secondo workshop ha approfondito le principali criticità identificate, concentrandosi sulle cause modificabili, dando quindi forma compiuta all'albero dei problemi. I partecipanti di ogni Tavolo hanno lavorato per identificare quali fattori potessero essere oggetto di intervento, quali impatti generassero e quali priorità meritassero maggiore attenzione. È stata un'analisi collegiale volta a mettere in evidenza non solo le difficoltà operative, ma anche i nodi organizzativi e sistemici che ostacolano l'efficacia degli interventi.

Nel terzo workshop, il lavoro si è spostato dalla diagnosi agli obiettivi. Attraverso un processo di discussione e sintesi, l'albero dei problemi è stato trasformato in un «albero degli obiettivi», definendo gli esiti auspicati e le direzioni di miglioramento per ciascuna area tematica. Nel Tavolo dedicato alla salute mentale, per esempio, gli obiettivi individuati includevano il miglioramento delle capacità di intercettare precocemente la doppia diagnosi, la strutturazione del follow-up e la creazione di strumenti condivisi.

Infine, il quarto workshop ha completato la fase di approfondimento con il passaggio dalla diagnosi alla definizione delle proposte operative. Ogni obiettivo è stato declinato in un insieme di azioni concrete, accompagnate dall'identificazione delle potenziali barriere e delle condizioni necessarie per l'implementazione insieme agli elementi utili alla valutazione dell'efficacia. Anche in questo caso, i componenti dei Tavoli hanno fornito contributi ricchi e articolati, che hanno portato a sviluppare **oltre 100 proposte operative** da discutere, valutare e affinare nelle fasi successive del percorso preparatorio.

BOX – PRINCIPALI OUTPUT DELLA FASE 2 (ALLEGABILI AL RAPPORTO)

- Alberi delle criticità (versione grafica)
- Relazioni con analisi di contesto e dati, criticità, macro-obiettivi strategici e prime proposte dei Tavoli.

1.3.3 Fase 3 - Confronto trasversale

Tra settembre e ottobre si è svolta la terza fase, dedicata al confronto trasversale e al coordinamento tra Tavoli tematici. Questa fase aveva l'obiettivo di garantire coerenza e convergenza tra i diversi Tavoli, evitando sovrapposizioni o contraddizioni nelle proposte finali. **I sedici referenti tecnico-scientifici si sono confrontati durante tre incontri online** con il supporto del team di ricercatrici del CERGAS-SDA Bocconi per esaminare congiuntamente le proposte emergenti e valutare possibili sinergie, sovrapposizioni o necessità di allineamento.

Durante i tre incontri, ciascun referente ha presentato le principali proposte elaborate dal proprio Tavolo, permettendo a tutti di riconoscere gli elementi comuni e le differenze tra aree tematiche. Il confronto ha evidenziato numerosi aspetti trasversali – come la necessità di rafforzare i meccanismi di governance

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

multilivello, di promuovere l'integrazione tra servizi pubblici e terzo settore, di sviluppare sistemi di monitoraggio e valutazione più solidi, di investire nella formazione congiunta dei professionisti – che sono stati sviluppati come linee strategiche comuni. Il confronto trasversale ha contribuito a costruire una visione più integrata delle proposte e ha reso più omogenea la formulazione delle raccomandazioni finali. Inoltre, questa fase ha contribuito a uniformare il linguaggio, a consolidare le visioni e a chiarire i messaggi condivisi che sarebbero stati presentati nella Conferenza.

BOX – PRINCIPALI OUTPUT DELLA FASE 3 (ALLEGABILI AL RAPPORTO)

- Mappa delle proposte raggruppate per ambiti comuni

1.3.4 Fase 4 – Affinamento e consolidamento

La fase finale del percorso preparatorio alla Conferenza, svoltasi nel mese di ottobre, ha visto due momenti chiave. Il primo è stato **un workshop in modalità ibrida che ha riunito per la prima volta i partecipanti di tutti i Tavoli, alcuni in presenza a Roma (64 rappresentanti dei Gruppi) e altri da remoto (58 rappresentanti dei Gruppi).** In questa occasione, un referente tecnico-scientifico per ciascun Tavolo ha presentato le proprie proposte a un'audience allargata, in modo da poter raccogliere primi feedback e spunti di riflessione. Tutti i partecipanti all'evento hanno potuto esprimere la propria opinione in merito alle proposte presentate tramite:

- un questionario online somministrato per raccogliere il livello di accordo con ciascuna proposta, tenendo in considerazione rilevanza e fattibilità nel medio periodo (**104 proposte presentate e valutate**);
- **commenti e contributi condivisi dai partecipanti** online via chat e attraverso una domanda ad hoc nel questionario, ma anche attraverso una serie di brevi interventi a seguito delle presentazioni da parte dei partecipanti in presenza.

Nel pomeriggio sono stati restituiti i principali risultati emersi dal questionario e dalla discussione in plenaria. Sono stati inoltre approfonditi alcuni temi trasversali e ambiti di intervento emersi nella presentazione delle proposte dei Tavoli, quali, per esempio, governance e coordinamento multilivello, formazione e competenze professionali, integrazione pubblico-terzo settore, monitoraggio, valutazione e uso dei dati, prevenzione e interventi precoci, continuità terapeutica e transizione. Sono stati quindi identificati messaggi forti e le principali proposte comuni insieme ad alcuni problemi ancora aperti che necessitavano di un ulteriore confronto e affinamento.

Nelle settimane successive, è stato organizzato **un ultimo workshop per ciascun Tavolo,** in modo da rivedere e affinare le proposte, apportare alcune modifiche e integrazioni agli elaborati prodotti e presentati agli altri gruppi sulla base dei feedback ricevuti.

Gli esiti dei gruppi tematici hanno costituito la base conoscitiva e propositiva dei lavori della Conferenza, fornendo sia il quadro di riferimento e la diagnosi delle criticità, sia le proposte e le soluzioni identificate. Questo lavoro ha portato alla definizione degli output finali, costituiti dalle presentazioni Power Point utilizzate nella Conferenza e che rappresentano una sintesi compiuta e condivisa delle raccomandazioni prodotte.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

BOX – PRINCIPALI OUTPUT DELLA FASE 4 (ALLEGABILI AL RAPPORTO)

- Report di analisi trasversale (quali-quantitativa) delle proposte;
- Report di sintesi dei commenti e valutazioni delle proposte raccolte tramite questionario (per Tavolo).

1.4 La piattaforma collaborativa e l'archivio

A sostenere tutte le fasi del percorso è stata una piattaforma collaborativa digitale, che ha avuto un ruolo essenziale nel rendere possibile la gestione di un processo così ampio, distribuito e articolato. La piattaforma ha funzionato contemporaneamente come **spazio di archivio, luogo di comunicazione e strumento di lavoro**, permettendo a partecipanti provenienti da tutto il territorio nazionale di condividere materiali, ricevere aggiornamenti e accedere alle presentazioni e relazioni intermedie e di sintesi prodotte. Al tempo stesso, la piattaforma ha garantito la gestione dei workshop e degli incontri di coordinamento e la registrazione delle diverse versioni dei documenti.

L'integrazione di strumenti di intelligenza artificiale ha reso possibile la sistematizzazione dei contributi testuali raccolti durante tutte le fasi del percorso. L'analisi automatizzata ha facilitato l'emersione dei temi ricorrenti, la costruzione delle mappe concettuali e l'identificazione delle categorie semantiche più frequenti. Grazie a ciò, i tavoli hanno potuto lavorare su materiale già sintetizzato e organizzato, riducendo i tempi di analisi e aumentando l'efficacia dei momenti di confronto.

Questo impianto digitale ha consentito di garantire tracciabilità, trasparenza e continuità del lavoro, mettendo a disposizione di tutti un patrimonio informativo organizzato e facilmente accessibile, che ha accompagnato il percorso fino alla sua conclusione.

1.5 La Conferenza: due giornate di confronto e condivisione

Gli esiti dei gruppi tematici hanno costituito la base conoscitiva e propositiva dei lavori della Conferenza, fornendo sia il quadro di riferimento e la diagnosi delle criticità, sia le proposte e soluzioni identificate attraverso i sei mesi di lavoro preparatorio.

La Conferenza si è articolata in due intense giornate di lavoro che hanno visto la partecipazione di **oltre 800 persone**.

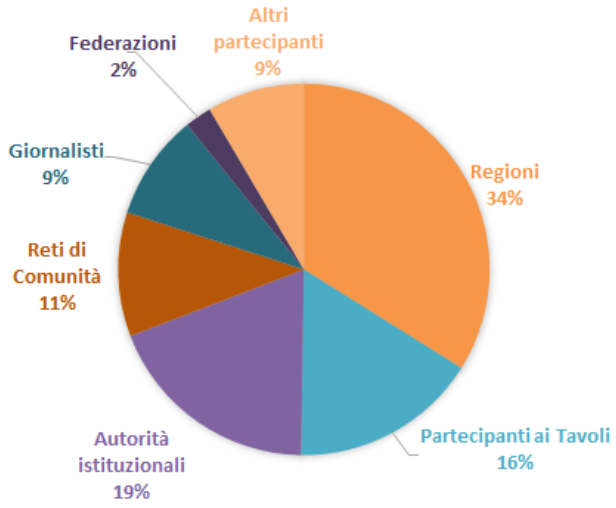
In aggiunta ai partecipanti dei Tavoli di Lavoro, erano presenti numerosi altri rappresentanti dell'ecosistema delle dipendenze italiano, invitati dal Dipartimento delle Politiche contro la droga e le altre dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri per garantire la massima rappresentatività e condivisione dei risultati raggiunti. In particolare, hanno preso parte ai lavori:

- 276 rappresentanti designati dalle Regioni;
- 133 partecipanti ai Tavoli di lavoro, tra cui 16 relatori con funzione di referenti tecnico-scientifici;
- 154 autorità istituzionali;
- 88 rappresentanti delle Reti di Comunità;
- 75 giornalisti;
- 19 rappresentanti delle Federazioni;

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- 69 ulteriori partecipanti.

FIGURA 3 – IL PROFILO DEI PARTECIPANTI ALLA CONFERENZA



1.5.1 Prima giornata: diagnosi e proposte

La prima giornata si è aperta con una sessione introduttiva istituzionale, durante la quale sono intervenute le autorità per inquadrare il contesto politico e strategico dell'iniziativa e sottolineare l'importanza del percorso partecipato intrapreso. È seguita la sessione plenaria, momento centrale della mattinata, nella quale la coordinatrice scientifica del team di ricerca del CERGAS-SDA Bocconi ha ripercorso l'intero percorso metodologico che ha portato alla generazione dei risultati, illustrando le fasi di lavoro, gli strumenti utilizzati e l'approccio partecipativo adottato. Questo inquadramento metodologico è stato utile per permettere a tutti i presenti, anche a chi non aveva partecipato direttamente ai Tavoli, di comprendere la solidità e la rappresentatività del processo.

Successivamente, la parola è passata a un referente tecnico-scientifico per ciascuno degli otto Tavoli di Lavoro. Ogni intervento ha presentato il contesto specifico del tema affrontato, le principali criticità emerse durante i mesi di confronto preliminare, e il quadro diagnostico costruito collettivamente dai partecipanti.

Nel pomeriggio, la Conferenza ha adottato un formato innovativo e dinamico: i lavori sono proseguiti in parallelo in **cinque sale tematiche**, ciascuna dedicata a uno o più tavoli affini (sistema pubblico delle dipendenze, prevenzione precoce negli adolescenti e nei giovani, ricerca scientifica, carcere e dipendenze, dipendenze comportamentali). In questi spazi, i referenti tecnico-scientifici hanno presentato brevemente le proposte operative elaborate durante il percorso preparatorio e condivise dai Tavoli, illustrando obiettivi strategici e azioni concrete con il supporto di una ricercatrice del CERGAS-SDA Bocconi per la moderazione dei lavori. Questo momento è stato progettato non come una semplice presentazione unidirezionale, ma come un'opportunità di confronto attivo e arricchimento reciproco.

I partecipanti presenti in sala hanno potuto intervenire con domande, osservazioni critiche e suggerimenti integrativi, generando un dibattito costruttivo sulle soluzioni proposte. Parallelamente, per garantire la partecipazione di tutti e raccogliere feedback strutturati, sono stati somministrati questionari

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

online che hanno permesso di valutare il grado di condivisione delle proposte, evidenziare eventuali criticità non ancora considerate e raccogliere spunti qualitativi per il miglioramento delle raccomandazioni.

Al termine delle sessioni parallele, i referenti dei Tavoli di Lavoro hanno avuto il compito di sintetizzare i feedback puntuali ricevuti, sia quelli emersi dalla discussione in plenaria sia quelli raccolti attraverso i questionari. Questo materiale è stato utilizzato per apportare eventuali integrazioni finali agli elaborati, affinando le proposte in vista della presentazione istituzionale del giorno successivo.

1.5.2 Seconda giornata: il confronto con i decisori

La seconda giornata ha rappresentato il momento conclusivo e più istituzionale della Conferenza. In questa sessione finale, un referente per ciascun Tavolo di lavoro ha presentato gli obiettivi strategici e le proposte operative ai Ministri competenti, adottando la modalità del *question time*. Questo formato ha permesso un confronto diretto, aperto e costruttivo con i decisori politici e istituzionali, che hanno potuto richiedere chiarimenti sulle modalità di implementazione e valutare la fattibilità e l'impatto delle raccomandazioni proposte.

Il *question time* ha trasformato la Conferenza da momento di restituzione a vera e propria occasione di dialogo tra chi ha costruito le proposte dal basso, attraverso un lungo percorso partecipato, e chi ha la responsabilità di tradurle in politiche pubbliche concrete. Questo confronto ha permesso di verificare la coerenza delle proposte con le priorità governative, di identificare possibili sinergie con altre iniziative in corso per avviare la costruzione di una nuova agenda strategica nazionale sulle dipendenze.

TABELLA 4 – I PARTECIPANTI AI TAVOLI DI LAVORO.

Tavolo	Nome e cognome	Appartenenza
Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati	Roberta Balestra	Referente tecnico scientifico
	Marco Becattini	Regioni e Province autonome / SerD
	Maria Donata Bellantani	Ministero della Salute
	Angela Bravi	Regioni e Province autonome / SerD
	Alessandra Cipollone	DPA
	Simone De Persis	Regioni e Province autonome / SerD
	Andrea Fantoma	Referente tecnico scientifico
	Pietro Maria Farneti	Reti delle comunità terapeutiche
	Maria Assunta Giannini	Ministero della Salute
	Claudia Giovannini	Comuni (ANCI)
	Gianni Giuli	Federazioni scientifiche e professionali
	Maria Luisa Grech	Regioni e Province autonome / SerD
	Giovanni Greco	Regioni e Province autonome / SerD
	Francesca Lecci	CERGAS-SDA Bocconi
	Paolo Merello	Reti delle comunità terapeutiche
	Giampaolo Nicolasi	Reti delle comunità terapeutiche
	Valeria Rappini	CERGAS-SDA Bocconi
	Luca Sartorato	Reti delle comunità terapeutiche

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

	Biagio Zanfardino	Regioni e Province autonome / SerD
	Giovanni Zoccatelli	Reti delle comunità terapeutiche
Modelli innovativi di presa in carico	Angelo Benvegnù	Reti delle comunità terapeutiche
	Sergio Bovi	Reti delle comunità terapeutiche
	Giulia Broccolo	CERGAS-SDA Bocconi
	Riccardo De Facci	Reti delle comunità terapeutiche
	Giorgio Di Lauro	Reti delle comunità terapeutiche
	Simone Feder	DPA
	Lucia Ferrara	CERGAS-SDA Bocconi
	Fabio Fuolega	Regioni e Province autonome / SerD
	Chara Gabrielli	Regioni e Province autonome / SerD
	Vincenzo Lamartora	Regioni e Province autonome / SerD
	Claudio Leonardi	Referente tecnico-scientifico
	Alfio Lucchini	Federazioni scientifiche e professionali
	Maria Migliore	Ministero della Salute
	Lucia Nobile	Ministero della Salute
	Luca Rossi	Regioni e Province autonome / SerD
	Biagio Sciortino	Reti delle comunità terapeutiche
	Giampaolo Spinnato	Regioni e Province autonome / SerD
	Francesco Vismara	Referente tecnico-scientifico
	Valeria Zavan	Regioni e Province autonome / SerD
Salute mentale e dipendenze: un approccio integrato	Riccardo Aiello	DPA
	Augusto Consoli	Referente tecnico-scientifico
	Irene Costantini	Reti delle comunità terapeutiche
	Lucia Ferrara	CERGAS-SDA Bocconi
	Giovanni Galimberti	Regioni e Province autonome / SerD
	Leopoldo Grosso	Reti delle comunità terapeutiche
	Isabella Guidi Federzoni	Reti delle comunità terapeutiche
	Ina Maria Hinnenthal	Regioni e Province autonome / SerD
	Giuseppe Mammana	DPA
	Gianfranco Mansi	Regioni e Province autonome / SerD
	Veronica Mantozzi	Reti delle comunità terapeutiche
	Cristina Meneguzzi	Regioni e Province autonome / SerD
	Michela Moscone	Regioni e Province autonome / SerD
	Massimo Polledri	Referente tecnico-scientifico
	Valeria Rappini	CERGAS-SDA Bocconi
	Michele Resina	Reti delle comunità terapeutiche
	Giovanna Romano	Ministero della Salute
	Alessio Saponaro	Regioni e Province autonome / SerD
	Sarah Vecchio	Federazioni scientifiche e professionali
Prevenzione precoce delle dipendenze con	Virgilio Albertini	Reti delle comunità terapeutiche
	Chiara Amirante	DPA

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

particolare riferimento a giovani e adolescenti	Marco Battini	Regioni e Province autonome / SerD
	Franca Beccaria	Federazioni scientifiche e professionali
	Claudio Bocchini	Regioni e Province autonome / SerD
	Andrea Bordoni	Ministero dell'Istruzione e del Merito
	Lorenzo Camoletto	Reti delle comunità terapeutiche
	Corrado Celata	DPA
	Antonina Contino	Regioni e Province autonome / SerD
	Emanuela Cutaia	Reti delle comunità terapeutiche
	Raffaele Di Palma	Ministro per lo Sport e i Giovani
	Rachele Donini	Regioni e Province autonome / SerD
	Giovanna Grillo	Reti delle comunità terapeutiche
	Angela Lacalamita	Regioni e Province autonome / SerD
	Giulio Maira	Referente tecnico-scientifico
	Erika Mallarini	CERGAS-SDA Bocconi
	Antonella Matera	Reti delle comunità terapeutiche
	Maria Migliore	Ministero della Salute
	Lilia Nuzzolo	Regioni e Province autonome / SerD
	Tullia Passerini	Ministero della Famiglia, natalità e pari opportunità
	Antonio Pignataro	DPA
	Antonio Ragonesi	Comuni (ANCI)
	Valeria Rappini	CERGAS-SDA Bocconi
	Sonia Salvini	Referente tecnico-scientifico
	Federico Samaden	DPA
Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto	Andrea Ascari	Reti delle comunità terapeutiche
	Marta Barbieri	CERGAS-SDA Bocconi
	Antonella Camposeragna	Reti delle comunità terapeutiche
	Barbara Cavandoli	Regioni e Province autonome / SerD
	Ugo Ceron	Reti delle comunità terapeutiche
	Daniel De Wet	Regioni e Province autonome / SerD
	Daniele Ferroccino	Reti delle comunità terapeutiche
	Francesca Lecci	CERGAS-SDA Bocconi
	Matteo Marti	DPA
	Rosaria Orteca	Reti delle comunità terapeutiche
	Raimondo Maria Pavarin	Federazioni scientifiche e professionali
	Daniele Pini	Regioni e Province autonome / SerD
	Roberta Potente	Regioni e Province autonome / SerD
	Marco Riglietta	Regioni e Province autonome / SerD
	Lorenzo Somaini	Regioni e Province autonome / SerD
	Luciano Squillaci	Referente tecnico-scientifico
	Cristina Tamburini	Ministero della Salute
	Monica Zermiani	Referente tecnico-scientifico
	Giulia Audino	Regioni e Province autonome / SerD

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori	Bartolomeo Barberis	Reti delle comunità terapeutiche
	Marta Barbieri	CERGAS-SDA Bocconi
	José Berdini	DPA
	Caterina Bianchi	Ministero della Salute
	Fabio Brogna	Federazioni scientifiche e professionali
	Marco Cafiero	Reti delle comunità terapeutiche
	Sonia Caronni	Reti delle comunità terapeutiche
	Roberto Carrozzino	Regioni e Province autonome / SerD
	Luigi D'Onofrio	Ministero dell'Interno
	Adele Di Stefano	Referente tecnico-scientifico
	Roberto Gatto	Reti delle comunità terapeutiche
	Francesca Lecci	CERGAS-SDA Bocconi
	Ivan Limosani	Regioni e Province autonome / SerD
	Irene Maglio	Reti delle comunità terapeutiche
	Massimo Marchino	Regioni e Province autonome / SerD
	Bettina Meraner	Regioni e Province autonome / SerD
	Ernesto Napolillo	Ministero della Giustizia
	Felice Nava	Referente tecnico-scientifico
	Francesco Scopelliti	Regioni e Province autonome / SerD
Gioco d'azzardo patologico e gaming	Alessandra Bernardon	Ministero della Famiglia, natalità e pari opportunità
	Roberto Berselli	Reti delle comunità terapeutiche
	Giulia Broccolo	CERGAS-SDA Bocconi
	Pietro Canuzzi	Ministero della Salute
	Marcello Esposito	Reti delle comunità terapeutiche
	Pietro Falco	Federazioni scientifiche e professionali
	Amelia Fiorin	Regioni e Province autonome / SerD
	Tania Fontanella	Reti delle comunità terapeutiche
	Massimo Gandolfini	Referente tecnico-scientifico
	Emelinda Levari	Regioni e Province autonome / SerD
	Chiara Magrin	Reti delle comunità terapeutiche
	Enrico Malferrari	Reti delle comunità terapeutiche
	Erika Mallarini	CERGAS-SDA Bocconi
	Sabrina Molinaro	DPA
	Claudia Mortali	Referente tecnico-scientifico
	Azzurra Mottolese	Ministero dell'Istruzione e del Merito
	Antonio Parrilla	Ministro per lo Sport e i Giovani
	Francesca Picone	Regioni e Province autonome / SerD
	Federica Pilotti	Ministero dell'Istruzione e del Merito
	Elisabetta Poso	Agenzia delle Dogane e dei Monopoli
	Rodolfo Rabboni	Regioni e Province autonome / SerD
	Margherita Taddeo	Regioni e Province autonome / SerD
	Maurizio Varese	Regioni e Province autonome / SerD

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

	Massimo Zeppieri	Ministero dell'Economia e delle Finanze
Dipendenze digitali e innovazione nei servizi	Antonio Affinita	DPA
	Vincenza Ariano	Referente tecnico-scientifico
	Alessia Bolognini	Ministero dell'Istruzione e del Merito
	Lucia Catino	Reti delle comunità terapeutiche
	Emiliano Contini	Reti delle comunità terapeutiche
	Silvia Faggian	Regioni e Province autonome / SerD
	Lucia Ferrara	CERGAS-SDA Bocconi
	Mariasole Galassi	Ministero della Salute
	Guido Intaschi	Regioni e Province autonome / SerD
	Gianni Ippoliti	DPA
	Giuseppe Lavenia	Referente tecnico-scientifico
	Federico Leone	Ministro per lo Sport e i Giovani
	Erika Mallarini	CERGAS-SDA Bocconi
	Gaetano Manna	Regioni e Province autonome / SerD
	Doriana Mazzarelli	Ministero della Famiglia, natalità e pari opportunità
	Marco Mollica	Regioni e Province autonome / SerD
	Ilaria Pasinelli	Reti delle comunità terapeutiche
	Katia Pierri	Regioni e Province autonome / SerD
	Roberto Poli	Federazioni scientifiche e professionali
	Stefano Rizzi	Reti delle comunità terapeutiche
	Patrizia Saraceno	Reti delle comunità terapeutiche
	Pietro Scurti	Regioni e Province autonome / SerD

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

PARTE 2 - Le aree di lavoro e i principali risultati dei Tavoli tematici

2.1 Inquadramento e struttura delle proposte

La Parte 2 del Rapporto restituisce gli esiti del lavoro svolto dagli otto Tavoli tematici che, nel corso del percorso preparatorio, hanno analizzato in profondità le principali aree di intervento del sistema delle dipendenze, producendo un insieme articolato e coerente di proposte operative. La ricostruzione qui proposta rappresenta la sintesi ragionata di un processo partecipativo che, attraverso la metodologia descritta nel capitolo precedente, ha permesso di trasformare un ampio ventaglio di criticità in una mappa condivisa di macro-obiettivi e linee d'azione.

I paragrafi che seguono non si limitano a elencare le proposte, ma ne illustrano la logica sottostante, evidenziando le connessioni tra le aree tematiche e mostrando come ciascun Tavolo abbia contribuito a comporre un quadro più ampio di possibili linee di azione. L'impianto discorsivo adottato per presentare le proposte consente di valorizzare la profondità delle analisi svolte e, allo stesso tempo, di restituire la visione integrata che ha guidato l'intero processo: una visione orientata alla costruzione di un sistema più equo, più accessibile, più coerente e maggiormente capace di rispondere alla complessità delle nuove forme di dipendenza.

La presenza, all'interno di ciascun paragrafo, di una Tabella contenente le proposte nella loro formulazione ufficiale, finale e completa consente di mantenere la fedeltà ai materiali prodotti e di preservare la tracciabilità del percorso metodologico. I paragrafi dedicati ai risultati attesi e alle convergenze emerse nella discussione plenaria svolta durante la Conferenza completano il quadro, offrendo una lettura che collega le raccomandazioni operative alle condizioni di attuazione e alle priorità riconosciute a livello istituzionale. In conclusione, una lettura complessiva e trasversale delle proposte è offerta nel paragrafo 2.10, che ricompone i contributi dei diversi Tavoli in una visione unitaria e prospettica verso un nuovo assetto del sistema delle dipendenze.

2.2 Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati

La prima area oggetto di approfondimento riguarda la governance del sistema e l'integrazione tra servizi pubblici e privati, contesto nel quale il Tavolo ha messo in evidenza la necessità di ricomporre una regia

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

stabile e multilivello, rilanciare i Dipartimenti delle Dipendenze e dotare il sistema di strumenti condivisi di programmazione, co-progettazione e monitoraggio.

Il lavoro del Tavolo ha messo in luce con grande chiarezza come la governance costituisca la condizione abilitante dell'intero sistema delle dipendenze. Le criticità identificate non riguardano soltanto la distribuzione delle competenze, ma investono la capacità stessa del sistema di funzionare come rete: una rete che oggi risulta frammentata, con livelli istituzionali che dialogano in modo discontinuo, con modelli dipartimentali differenti tra Regione e Regione, con percorsi di co-programmazione che in molti territori sono episodici o persino assenti. Questa disomogeneità incide direttamente sull'equità di accesso, poiché la qualità dei percorsi e la tempestività delle risposte variano notevolmente, creando vere e proprie disparità territoriali. La mancanza di criteri uniformi per l'accreditamento e la definizione delle rette delle strutture residenziali, nonché una significativa disomogeneità nell'applicazione degli standard organizzativi, sono ulteriori elementi che accentuano le disomogeneità territoriali con ricadute sull'effettiva erogazione dei LEA. In diversi territori, inoltre, i limiti di budget e la carenza di offerta specialistica determinano tempi di attesa per l'inserimento in comunità terapeutiche e ostacolano l'accesso a strutture extra-regionali nei casi di bisogni complessi.

Alla frammentarietà si aggiunge una crescente preoccupazione riguardo alla perdita di autonomia gestionale dei Dipartimenti delle dipendenze, che rischia di indebolire la capacità di governo clinico, organizzativo e programmatorio di un settore intrinsecamente complesso e fortemente intersettoriale. In molte Regioni l'adozione del modello dei Dipartimenti integrati Salute Mentale-Dipendenze ha ulteriormente ridotto la possibilità di una governance autonoma, con il rischio di disperdere specificità professionali e competenze maturate nel tempo. Tale perdita di autonomia espone anche al rischio di dispersione delle competenze e delle esperienze accumulate dal sistema pubblico e dagli ETS accreditati.

BOX – LE PROPOSTE CHIAVE DEL TAVOLO GOVERNANCE

- Istituzione di cabine di regia tecniche regionali permanenti
- Rafforzamento del coordinamento tra livello nazionale e Regioni (LEA, accreditamento, osservatori)
- Ripristino/istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze con autonomia gestionale
- Co-programmazione e co-progettazione stabile con il Terzo Settore
- Uso strutturato del Budget di salute e rilancio dei Piani di Zona
- Maggiori finanziamenti dedicati a dipendenze e interventi intersettoriali

Un ulteriore elemento critico riguarda il rapporto tra pubblico ed Enti del Terzo Settore accreditato: numerosi interventi hanno evidenziato come la relazione tra questi attori sia spesso basata su prassi consolidate, ma non su dispositivi formali di collaborazione che garantiscano continuità, partecipazione e trasparenza. Nonostante il chiaro impianto normativo del Codice del Terzo Settore, tali processi risultano ancora episodici o non operativi in molte Regioni, limitando la possibilità di leggere tempestivamente i bisogni, valorizzare competenze complementari e costruire risposte integrate. La mancanza di un confronto strutturale riduce anche la capacità del sistema di innovare, intercettare precocemente i fenomeni emergenti e progettare interventi calibrati sui diversi contesti territoriali.

In molti casi, l'assenza di tavoli tecnici regionali operativi limita la possibilità di leggere in modo tempestivo i bisogni emergenti e di programmare risposte adeguate. A tutto ciò si affianca la carenza di strumenti condivisi per monitorare i percorsi, valutare gli esiti e uniformare gli standard, con il risultato

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

che i dati disponibili restituiscono parzialmente le reali condizioni del sistema, rendendo difficile orientare le scelte pubbliche verso priorità comuni. La frammentazione dei flussi informativi e la non interoperabilità delle basi dati impediscono una lettura unitaria dei fenomeni e la costruzione di indicatori specifici, anche per le nuove dipendenze.

Nel percorso metodologico seguito dal Tavolo, queste criticità sono state progressivamente approfondite e ricondotte a un insieme di macro-obiettivi condivisi: rafforzare il coordinamento multilivello; dotare ogni Regione di una regia tecnica stabile; assicurare autonomia ai Dipartimenti delle Dipendenze; sviluppare dispositivi strutturati di co-programmazione e co-progettazione; ricostruire la dimensione sociale dei percorsi; valorizzare la formazione congiunta; rafforzare la qualità del dato e l'interoperabilità tra sistemi. Le proposte che seguono rappresentano la traduzione operativa di questo quadro e delineano un'agenda di riforma concreta, coerente e immediatamente attuabile.

TABELLA 5 – PROPOSTE DEL TAVOLO GOVERNANCE E INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Migliorare le sinergie tra diversi livelli di governance
1.1. Prevedere Tavoli tecnici di lavoro presso il Ministero della Salute e altri Ministeri competenti su argomenti specifici, con la presenza di Società scientifiche dei SerD, degli ETS accreditati e del Gruppo tecnico interregionale dipendenze. Le risultanze dei Tavoli dovranno essere presentate al DPA, che svolge funzione di indirizzo e coordinamento interministeriale (DPCM 20/6/2008 e DPCM 29/10/2009).
1.2 Potenziare i momenti di raccordo tra il livello nazionale e il coordinamento delle Regioni per garantire coerenza nelle scelte organizzative, nell'offerta dei servizi, nei LEA, nell'accreditamento, negli osservatori dipendenze, (…).
2. Assicurare in tutte le Regioni e PPAA una cabina di regia tecnica stabile sulle dipendenze
2.1 Tavoli tecnici presso Direzioni Regionali Salute, con Direttori dei SerD, referenti degli ETS accreditati, Enti Locali, per co-progettare e monitorare l'offerta, in linea coi bisogni rilevati.
3. Dipartimenti Dipendenze con autonomia gestionale (budget, risorse dedicate)
3.1 Riconoscere, in tutte le Regioni, Dipartimenti delle Dipendenze con autonomia gestionale, budget e risorse dedicate, per pianificare, gestire e monitorare gli interventi integrati con la rete dei partners, in linea con le evidenze epidemiologiche, i report di settore, i Piani strategici di settore (DPA), che impongono riorganizzazioni e nuove risposte integrate. 3.2 Nelle situazioni di comorbilità psichiatrica la collaborazione interdisciplinare viene garantita con strumenti di lavoro idonei (protocolli operativi, PDTA, PTRI, UVM, budget di salute, équipe funzionali integrate, formazione congiunta), per garantire l'appropriatezza della presa in carico della persona.
4. Rafforzare a livello aziendale e regionale i percorsi di co-programmazione e co-progettazione come previsto dalle specifiche normative (Codice Terzo settore)
4.1 Costituire tavoli istituzionali di co-programmazione a livello regionale e aziendale, con SerD, ETS, Enti Locali e altri soggetti del contesto territoriale, per valorizzare competenze e risorse complementari e integrative, rendere più ricca l'offerta territoriale, rilevare in modo capillare i bisogni prioritari, definire e monitorare gli interventi integrati.
4.2 Formazione congiunta Servizi pubblici-Terzo Settore su co-programmazione e co-progettazione (inserirlo nelle tematiche di interesse nazionale).
5. Strumenti di *governance* territoriale per promuovere e coordinare gli interventi
5.1 Rilanciare i Piani di Zona previsti dalla normativa per aree ad alta integrazione sociosanitaria (L.328/2000 e normative regionali successive).

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

5.2 Rafforzare l'uso del Budget di Salute come strumento innovativo operativo per programmi di cura personalizzati e integrati.
6. Finanziamenti del fondo sociale
6.1 Stanziamenti regionali maggiori sulle dipendenze per favorire attività di promozione della salute, continuità assistenziale, specie nelle situazioni a maggiore complessità.
6.2 Promuovere e finanziare a livello regionale progetti innovativi intersettoriali, basati su evidenze di efficacia (es. per i giovani o per gli utenti in situazione di cronicità su temi come residenzialità e semi-residenzialità, reddito, socialità, …).
7. Conoscenze e strumenti condivisi
7.1 Potenziamento di una Formazione congiunta in tema di valutazione, tra Pubblico e Terzo Settore.
7.2 Qualità del dato, report accreditati e piattaforme digitali interoperabili tra Pubblico e Terzo Settore accreditato per corretta raccolta dati.
7.3 Osservatori regionali per le dipendenze, per rendere fruibili i dati sui servizi, sul fenomeno e per promuovere la comunicazione e la cultura tra gli stakeholders.
7.4 Riconoscimento della disciplina delle dipendenze, per identità professionale e attrattività.

2.2.1 Risultati attesi

L'adozione di questo insieme di proposte contribuisce in modo diretto alla costruzione di un sistema nazionale delle dipendenze più coeso, stabile e capace di adattarsi ai bisogni emergenti. In primo luogo, una governance multilivello strutturata permette di ridurre le disuguaglianze territoriali, assicurando percorsi più omogenei e appropriati. In secondo luogo, l'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze consente di superare la frammentazione attuale, valorizzando la specificità clinica, organizzativa e intersettoriale di questo ambito. Il rafforzamento dei dispositivi di co-programmazione e co-progettazione migliora la capacità dei territori di leggere i bisogni e di sviluppare risposte innovative, mentre gli strumenti digitali e gli Osservatori regionali rappresentano la condizione per offrire finalmente una base informativa solida, necessaria per monitorare gli esiti e orientare le politiche. Nel complesso, l'attuazione delle proposte genera un sistema più prevedibile, più equo e più capace di garantire continuità assistenziale, con ricadute positive in particolare per gli utenti più fragili.

2.2.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

Il confronto con le autorità politiche e istituzionali ha evidenziato un ampio consenso su alcuni elementi chiave della governance. Ministri, Presidenti di Regione e rappresentanti nazionali hanno riconosciuto che la frammentarietà rappresenta uno dei problemi più profondi e ricorrenti del settore: è stata sottolineata la difficoltà di garantire uniformità nell'accesso e nella qualità delle cure, la disomogeneità dei modelli organizzativi e la scarsa diffusione dei tavoli tecnici regionali realmente operativi. Si è inoltre riconosciuto che l'assenza di una regia tecnica stabile limita la capacità del sistema di rispondere tempestivamente alle trasformazioni del fenomeno e alle nuove vulnerabilità.

Diversi interventi – in particolare quelli del Ministro dell'Interno Piantedosi, del Ministro della Giustizia Nordio, del Sottosegretario Gemmato e della Presidente Proietti – hanno enfatizzato l'importanza di un coordinamento più forte tra i diversi settori coinvolti: sanità, giustizia, enti locali, scuola, terzo settore. È stata condivisa l'urgenza di istituire tavoli tecnici permanenti, con funzioni non formali ma sostanziali, capaci di affrontare in modo continuativo i nodi operativi e di favorire una reale integrazione tra i servizi.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Le Regioni hanno espresso piena disponibilità a sviluppare modelli di co-progettazione e a sostenere l'ampliamento di percorsi alternativi al carcere, sottolineando tuttavia la necessità di risorse e di un quadro programmatorio stabile.

Un tema trasversale emerso con forza è quello della formazione: la richiesta, condivisa da tutti i livelli istituzionali, è di rafforzare la formazione congiunta, professionalizzare le figure coinvolte e garantire un linguaggio comune tra attori diversi. Parallelamente, è stata ricordata la centralità del ruolo del Terzo Settore quale componente complementare e imprescindibile del sistema, da valorizzare attraverso dispositivi strutturati di co-programmazione.

Infine, numerosi interventi – tra cui quello del Sottosegretario Gemmato e del Presidente Acquaroli – hanno ribadito la necessità di superare la frammentazione dei sistemi informativi, sostenendo l'importanza di un'unica piattaforma nazionale e di un uso più strategico del dato a fini programmatori. La discussione ha confermato la convergenza su un punto essenziale: senza una governance solida, stabile e multilivello – che valorizzi le competenze di tutti gli attori e che poggi su strumenti di monitoraggio e di valutazione – nessuna delle altre riforme potrà dispiegare appieno il proprio impatto.

2.3 Modelli innovativi di presa in carico

La seconda area oggetto di approfondimento riguarda i modelli innovativi di presa in carico, ambito in cui il Tavolo ha sottolineato l'urgenza di garantire l'applicazione dei LEA, riprogettare l'accesso ai servizi, ampliare i punti di ingresso e differenziare i setting in funzione dei bisogni e dei target, introdurre nuove figure professionali e sviluppare percorsi più flessibili e tempestivi, soprattutto per minori, giovani adulti e utenti con bisogni emergenti.

Il Tavolo dedicato ai modelli innovativi ha mostrato con chiarezza come l'attuale configurazione dei servizi per le dipendenze risulti progressivamente inadeguata rispetto alla trasformazione del fenomeno. Gli operatori coinvolti nei lavori hanno evidenziato come la presa in carico continui a rispondere prevalentemente alle caratteristiche della popolazione adulta, storicamente al centro dei servizi, mentre nuove forme di vulnerabilità – minori, giovani adulti, comportamenti additivi non tradizionali, comorbilità complesse – sfuggono più facilmente all'intercettazione e alle modalità standard di accesso. A questo si aggiungono sia criticità normative e finanziarie, quali la mancanza di una governance unitaria e di una regia istituzionale e la scarsa applicazione dei LEA e degli atti esistenti in tutte le Regioni, sia modelli organizzativi che, pur basati su riferimenti normativi consolidati, presentano una rigidità crescente, anche a causa della scarsità di risorse umane e professionali disponibili, dei vincoli amministrativi regionali e delle disomogeneità interpretative nella piena applicazione dei LEA – interventi di prossimità, riduzione del danno (RDD) e riduzione del rischio (RDR) – e del limitato riconoscimento e diffusione regionale di modelli e strutture innovative come i servizi ambulatoriali accreditati già previsti dalle normative vigenti.

La fase di ricostruzione delle criticità ha evidenziato almeno tre elementi trasversali. In primo luogo, la difficoltà di intercettare precocemente le persone con bisogni emergenti, fenomeno particolarmente evidente nei minori e negli under 25, ma anche negli anziani fragili e nelle persone che sviluppano dipendenze comportamentali. In secondo luogo, la scarsa differenziazione dei setting: la rete residenziale, semi-residenziale e ambulatoriale continua a essere utilizzata in modo spesso rigido, senza modelli che tengano adeguatamente conto del livello di motivazione, dei bisogni clinici e sociali e delle condizioni di contesto, spesso focalizzati solo sulla cura piuttosto che sulla recovery (pre-care,

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

trattamento, post-care). Infine, permane una significativa frammentazione nel rapporto tra servizi pubblici e Terzo settore accreditato, che nonostante il ruolo fondamentale svolto sul territorio non sempre trova modalità strutturate di collaborazione e coordinamento.

BOX - VERSO NUOVI MODELLI DI PRESA IN CARICO

- Introduzione di nuovi spazi e nuovi setting (punti di accesso diffusi, servizi mobili, prossimità, servizi ambulatoriali accreditati)
- Rafforzamento della flessibilità organizzativa (orari, procedure, continuità)
- Percorsi differenziati per minori, under 25 e over 65
- Introduzione di nuove figure professionali (peer, utenti esperti per esperienza, aiuto educatori)

Nel percorso metodologico del Tavolo è emersa con forza anche la necessità di aggiornare i modelli formativi e le competenze professionali, introducendo figure oggi essenziali nei servizi contemporanei (peer educator, utenti esperti per esperienza, aiuto educatori) e dotando gli operatori di strumenti valutativi e diagnostici più adeguati ai nuovi bisogni. Le proposte elaborate dai partecipanti rappresentano una risposta sistemica e non frammentata, capace di intervenire simultaneamente sull'accessibilità, sulla flessibilità organizzativa e sulla professionalizzazione delle équipe.

TABELLA 6 – PROPOSTE DEL TAVOLO MODELLI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Favorire l'innovazione del sistema dei servizi attraverso soluzioni di service re-design per migliorare l'accessibilità e la tempestività della presa in carico.
1.1 Garantire l'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze (con budget e risorse dedicate) e istituire cabine di regia territoriali paritetiche per il coordinamento e la co-progettazione dei servizi tra pubblico e terzo settore per favorire sinergie con i servizi socio-sanitari territoriali.
1.2 Rinnovare i servizi e moltiplicare i punti di accesso, al fine di favorire la presa in carico precoce e tempestiva, attraverso percorsi differenziati per target e bisogni, garantendo al contempo l'appropriatezza clinica degli interventi.
1.3 Introdurre nuovi spazi e servizi differenziati per target, in particolare in riferimento all'età (minori, under 25 e over 65), strutturando interventi specifici in relazione alle tipologie di comportamento additivo, anche attraverso servizi mobili e interventi di prossimità.
1.4 Garantire maggiore flessibilità e tempestività nei servizi offerti dal sistema di presa in carico attraverso una riduzione iter burocratici e l'ampliamento orari di accesso
1.5 Introdurre modelli di valutazione, monitoraggio, diagnosi e cura multidisciplinari e integrati.
2. Integrare/introdurre nuove figure professionali e/o nuove qualifiche per migliorare l'appropriatezza della presa in carico e del trattamento e rispondere a bisogni emergenti
2.1 Inserimento della disciplina «Clinica delle Dipendenze» nei curricula del corso di laurea in medicina e insegnamenti specifici sulle dipendenze anche nelle altre discipline universitarie previste dagli standard di accreditamento.
2.2 Introduzione nei servizi di riabilitazione e prevenzione di nuove figure professionali e/o qualifiche (es. utente esperto per esperienza, peer educator e aiuto educatore)

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

2.3.1 Risultati attesi

Le proposte del Tavolo delineano un modello di presa in carico più inclusivo, più vicino ai contesti di vita delle persone e più rapido nell'intercettare i bisogni emergenti. L'ampliamento dei punti di accesso e degli orari di servizio permette di ridurre i tempi di latenza, che oggi raggiungono anche 8-10 anni. L'introduzione di servizi mobili, setting differenziati e percorsi specifici per target consente ai territori di adattare le risposte alla complessità clinica e sociale dei diversi gruppi di popolazione. Parallelamente, l'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze rafforza la capacità di integrare attività cliniche, sociali, educative e riabilitative, mentre la professionalizzazione delle nuove figure rende i servizi più capaci di ingaggiare persone difficili da raggiungere attraverso i canali tradizionali. Nel complesso, si costruisce un sistema più flessibile, più attrattivo e più capace di assicurare percorsi personalizzati e continui.

2.3.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

La discussione plenaria ha confermato e rafforzato molte delle intuizioni del Tavolo. Diversi interventi – in particolare quelli del Sottosegretario Gemmato e del rappresentante della Rete Comunitalia dott. Vismara – hanno evidenziato la necessità non solo di innovare i servizi, ma di farlo dentro un quadro coerente con il DM 77/2022: case di comunità, COT e ospedali di comunità rappresentano una risorsa che il sistema delle dipendenze può e deve utilizzare per ampliare la capacità di intercettazione precoce. Allo stesso tempo, è emersa con forza la richiesta di applicare pienamente tutti gli strumenti previsti dai LEA, soprattutto nei territori dove alcune tipologie di trattamento residenziale e semiresidenziale risultano ancora non operative.

Una forte convergenza si è registrata sull'urgenza di ridurre gli iter burocratici, di ampliare gli orari, di utilizzare la telemedicina e di garantire la libera scelta e la mobilità interregionale, particolarmente importante nei casi in cui il contesto di vita rappresenti un fattore di rischio. Il tema della carenza di personale è stato ampiamente discusso: diversi interventi hanno sottolineato l'importanza di introdurre nuove figure professionali e di sostenere la crescita formativa dei professionisti già presenti nel sistema, per evitare che servizi accreditati e comunità terapeutiche rimangano penalizzati nella capacità di ingaggio.

Infine, il dibattito ha messo in evidenza una richiesta trasversale: investire maggiormente nella fase di reinserimento sociale e lavorativo, considerata da più interlocutori – incluso il Ministro del lavoro – come componente essenziale del percorso terapeutico. Questo elemento, se adeguatamente integrato nei modelli di presa in carico, può contribuire a ridurre in modo significativo il rischio di recidiva.

2.4 Salute mentale e dipendenze: un approccio integrato

La terza area oggetto di approfondimento riguarda il rapporto tra salute mentale e dipendenze. Pur ribadendo le specificità dei due contesti, il Tavolo ha mostrato la necessità di far evolvere il paradigma della «doppia diagnosi», superare la frammentazione attuale, costruire equipe miste e percorsi diagnostici integrati, dotarsi di nuovi setting intermedi e garantire continuità terapeutica, con particolare attenzione ai minori, ai casi complessi e ai momenti di crisi.

Il Tavolo dedicato al rapporto tra salute mentale e dipendenze ha affrontato una delle aree più complesse e trasversali dell'intero sistema. Prima di entrare nel merito delle criticità, i partecipanti hanno

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

ricostruito e condiviso alcune specificità dei servizi per le dipendenze rispetto ai servizi di salute mentale: la cornice normativa propria (DPR 309/1990), la centralità della motivazione individuale, l'organizzazione multiprofessionale non gerarchica, l'integrazione con le comunità terapeutiche e il Terzo settore e la presenza di un approccio clinico autonomo, che comprende la prevenzione e anche la gestione di patologie organiche associate, affiancato da figure come peer ed esperti per esperienza.

L'analisi condotta dai partecipanti ha messo in luce con particolare intensità come la distonia storica tra servizi per le dipendenze (SERD) e servizi di salute mentale (DSM/CSM) continui a tradursi in percorsi frammentati, discontinui e spesso incapaci di rispondere in modo adeguato alla crescente prevalenza della doppia diagnosi. Le comorbilità psichiatriche gravi non rappresentano più situazioni marginali, ma hanno un impatto elevatissimo sui percorsi assistenziali, sui ricoveri in acuzie e sull'utilizzo complessivo delle risorse.

La discussione ha mostrato chiaramente che molte delle criticità risiedono nei passaggi chiave del percorso: accesso, valutazione, gestione delle fasi acute, continuità post-dimissione e follow-up. Permane una forte distanza tra le logiche dei due sistemi – motivazionale e di recovery da un lato, clinica specialistica e strutture per acuzie dall'altro – che rende difficile costruire percorsi unitari. A ciò si aggiunge l'assenza di strumenti condivisi (cartelle cliniche interoperabili, schemi diagnostici comuni, indicatori di esito) e una limitata capacità di pianificare risposte differenziate per target, soprattutto per minori e giovani adulti, spesso ospitati in setting non appropriati.

I lavori del Tavolo hanno evidenziato anche la mancanza di setting adeguati nei momenti di acuzie e di setting intermedi dedicati alla subacuzie e una crescente difficoltà nell'individuazione precoce dei casi complessi, aggravata da percorsi di accesso eterogenei e tempi di risposta non sempre tempestivi. A completamento del quadro, è stata richiamata la scarsità strutturale di posti disponibili in SPDC con ricoveri brevi e selettivi, guidati talvolta dall'allarme sociale più che da criteri clinici. Tutto questo si riflette nella difficoltà di assicurare continuità terapeutica, con ricadute importanti sui casi più vulnerabili, su cui la frammentazione organizzativa incide in modo particolarmente negativo.

BOX - LE AZIONI PER IL COORDINAMENTO OPERATIVO

- Équipe congiunte SERD–CSM–NPIA con strumenti unificati
- Case manager unico per la continuità dei percorsi
- Cartelle cliniche interoperabili tra servizi
- Strutture residenziali intermedie e setting per la subacuzie
- Percorsi dedicati per minori e giovani adulti

Le proposte elaborate mirano a superare non solo le discontinuità operative, ma anche le differenze culturali che storicamente separano i due sistemi, delineando un modello realmente coordinato, multidisciplinare e centrato sulla persona, capace di ricomporre in modo unitario ciò che oggi appare disperso tra responsabilità diverse.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

TABELLA 7 PROPOSTE DEL TAVOLO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE: UN APPROCCIO INTEGRATO (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Identificare e favorire la diffusione di buone pratiche di coordinamento operativo tra servizi con l'identificazione di condizioni, ruoli e strumenti abilitanti per superare l'inadeguato coordinamento operativo tra servizi e discontinuità nei percorsi.
1.1 Costituzione di equipe cliniche congiunte/miste interservizi/interdipartimentali CSM-SerD, NPIA per casi complessi, che prevedano: − incontri clinici congiunti e piattaforme di valutazione condivise SerD-CSM-NPIA (unità di valutazione multidisciplinare); − definizione di obiettivi e progetti unificati e condivisi con la rete dei servizi anche attraverso il coinvolgimento degli enti del terzo settore di destinazione; − tavoli di valutazione e monitoraggio congiunti con comunità terapeutiche, enti del terzo settore accreditati, carcere e sociale per i pazienti complessi.
1.2 Identificazione di case manager (uno/due referenti) per garantire una continuità nella presa in carico all'interno dei molteplici servizi della rete socio-sanitaria.
1.3 Piattaforme/strumenti di comunicazione e condivisione (cartelle interoperabili tra servizi e regioni e altri strumenti digitali).
1.4 Budget di salute a integrazione interventi sanitari e sociali.
2. Adozione di strumenti per una evoluzione del paradigma della doppia diagnosi per superare difficoltà e frequente insufficiente accuratezza nell'inquadramento diagnostico
2.1 Adozione di diagnosi funzionali e integrate anziché sequenziali per il target specifico che permettano un monitoraggio continuativo complessivo del quadro clinico e della sua evoluzione nel tempo.
2.2 Identificazione e adozione di strumenti per la diagnosi condivisi (per capacità di applicazione e interpretazione) tra i due settori.
2.3 Coinvolgimento delle comunità che gestiscono pazienti «in doppia diagnosi» sia nella fase di valutazione interdisciplinare, di definizione del PTI e nel monitoraggio continuativo.
3. Definizione di servizi/setting adeguati e percorsi flessibili che attualmente non esistono (o esistono in parte) per la gestione dei momenti di acuzie, transizione e post acuzie per evitare casi di inappropriatezza degli interventi terapeutici, con rischio di peggioramento dello stato clinico nei momenti di acuzie, transizione e dimissione.
3.1 Istituzione di strutture residenziali intermedie a rapido accesso e breve permanenza, a media intensità di cura per pazienti con quadri clinici subacuti.
3.2 Servizi/percorsi specificatamente indicati per minori, con posti letto anche in strutture pediatriche/NPIA.
3.3 Potenziamento degli interventi domiciliari.
3.4 Sviluppo di contesti e modalità di accesso facilitanti e differenziati per i diversi sottogruppi di popolazione e target.
3.5 Collaborazione con i servizi sociali, gli enti locali e il terzo settore per garantire soluzioni abitative protette e residenzialità leggera.
4. Sviluppo di linee di indirizzo, formazione condivisa e identità disciplinare per valorizzare la specificità delle dipendenze.
4.1 Necessità di linee di indirizzo/ linee guida/ protocolli nazionali per condividere criteri e identificare percorsi rispetto agli stati di gravi comorbidità psichiatrica (gravi disturbi di personalità, disturbi neurosviluppo, stati psicotici indotti, ecc.), pericolosità sociale e sottopopolazioni specifiche (adolescenti, migranti, ecc.).

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

4.2 Definizione di percorsi universitari (specializzazione medica e in psicologia, e percorso accreditante integrativo breve per tutte le professioni) e di esperienze e attività di aggiornamento e formazione congiunta nei contesti lavorativi in clinica delle dipendenze.
4.3 Necessità di promuovere insegnamenti e corsi sulle dipendenze nei percorsi curriculari per le professioni sanitarie e sociali.
4.4 Integrazione anche delle comunità terapeutiche nei percorsi formativi clinici.

2.4.1 Risultati attesi

L'implementazione delle proposte promette di costruire un sistema capace di offrire percorsi realmente unitari e continui, riducendo in modo significativo le interruzioni nella presa in carico e migliorando la qualità degli esiti clinici e sociali. L'adozione di équipe miste e di strumenti diagnostici condivisi permette di evitare duplicazioni, ritardi e conflitti interpretativi, mentre la creazione di setting intermedi garantisce risposte adeguate nei momenti più delicati del percorso. I minori, oggi tra i gruppi più vulnerabili e meno tutelati nei passaggi critici, possono beneficiare di percorsi dedicati e strutture più appropriate. L'utilizzo del Budget di Salute e il potenziamento delle soluzioni abitative protette assicurano una presa in carico che integra aspetti clinici, relazionali e sociali. In questo quadro, il riconoscimento e la valorizzazione delle specificità dei servizi per le dipendenze – dalla centralità della motivazione, all'organizzazione multiprofessionale non gerarchica, fino alla consolidata integrazione con le comunità terapeutiche – rappresentano un fattore abilitante decisivo: tali dimensioni, opportunamente integrate nei percorsi condivisi, contribuiscono a migliorare l'ingaggio, la continuità e l'efficacia complessiva degli interventi, in particolare nei casi complessi di doppia diagnosi. Nel complesso si delinea un modello di coordinamento operativo più efficace e più capace di rispondere ai bisogni complessi delle persone con doppia diagnosi.

2.4.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

Nel confronto con i Ministri e i rappresentanti istituzionali, il tema della doppia diagnosi è stato riconosciuto come una delle aree più sensibili e più bisognose di una trasformazione di sistema. Gli interventi del dottor Consoli, del Sottosegretario Gemmato e della Presidente Proietti hanno mostrato una convergenza chiara su alcuni aspetti chiave: la necessità di ridurre la distanza tra SerDe DSM/CSM, il bisogno di strumenti condivisi e la criticità rappresentata dall'attuale carenza di strutture per minori e giovani adulti.

In particolare, è emerso un forte consenso sulla priorità di sviluppare diagnosi e valutazioni integrate: la frammentazione attuale non solo rallenta l'accesso alle cure, ma produce anche interpretazioni divergenti e percorsi non coerenti. È stato sottolineato come il linguaggio clinico condiviso e la formazione congiunta possano rappresentare uno dei fattori più determinanti nella costruzione di una cultura comune tra i servizi. Nella discussione è emerso inoltre come il superamento della frammentazione non debba tradursi necessariamente in una perdita dell'identità dei servizi per le dipendenze, la cui specificità metodologica rappresenta un valore aggiunto anche nei percorsi integrati con la salute mentale.

La discussione ha evidenziato anche la carenza strutturale dei posti letto in SPDC e la difficoltà nel garantire setting appropriati per adolescenti, che in molte realtà finiscono in reparti per adulti, con rischi

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

elevatissimi. Sia il Sottosegretario alla Salute sia le Regioni hanno sostenuto con forza la necessità di creare percorsi specifici per minori, integrati con le funzioni di neuropsichiatria infantile e adolescenziale.

Un altro punto ricorrente è stato il ruolo del Budget di Salute come strumento per superare la frammentazione delle risorse: molti relatori hanno indicato questo strumento come soluzione concreta per integrare interventi clinici, sociali e abilitativi, superando la dicotomia tra «sanitario» e «sociale» che oggi spesso paralizza l'operatività. Infine, è emersa la richiesta di una cornice normativa più aggiornata, capace di recepire i forti cambiamenti dei bisogni e delle evidenze scientifiche.

Tutti questi elementi confermano che la salute mentale e le dipendenze rappresentano uno dei pilastri più urgenti della riforma complessiva del sistema: senza un modello integrato, nessun altro intervento – né territoriale, né preventivo, né informativo – potrà realizzare appieno il proprio potenziale.

2.5 Prevenzione precoce delle dipendenze (giovani e adolescenti)

La quarta area oggetto di approfondimento riguarda la prevenzione precoce, intesa dal Tavolo come una politica strutturale di salute pubblica e non come un insieme di interventi episodici. Alla luce delle nuove vulnerabilità che caratterizzano l'adolescenza e della frammentarietà che oggi limita l'efficacia delle azioni preventive, il Tavolo ha individuato la necessità di dotare il Paese di un approccio educativo condiviso e fondato su evidenze (e/o approcci validati), di rafforzare la comunità educante, di rendere stabile il ruolo della scuola e di promuovere modelli territoriali innovativi come i Cantieri di Comunità Educanti.

La prevenzione precoce è stata riconosciuta dal Tavolo come una priorità nazionale, alla luce di una serie di trasformazioni profonde che riguardano i comportamenti, le vulnerabilità e i contesti di vita dei giovani. Come evidenziato nelle premesse, le dipendenze – sia da sostanze sia comportamentali – rappresentano oggi una sfida di salute pubblica e di coesione sociale, con effetti rilevanti sulla salute mentale, sulle relazioni familiari, sulla sicurezza e sui costi collettivi. L'Italia mostra una riduzione più lenta dei consumi giovanili rispetto al resto d'Europa e un aumento di nuovi rischi: sigarette elettroniche, psicofarmaci non prescritti, gioco d'azzardo, gaming e uso problematico della rete e degli smartphone. Nonostante la molteplicità di iniziative nelle scuole o nel volontariato, solo il 49% degli studenti italiani è raggiunto da attività di prevenzione, contro il 72% della media europea, e i messaggi risultano dispersi e disomogenei.

Da questo quadro emerge l'urgenza di trasformare la prevenzione da attività episodica a **politica strutturale di salute pubblica**, fondata su evidenze, continuità e partecipazione della comunità educante. La prevenzione, infatti, non può essere lasciata alla responsabilità individuale: bambini e adolescenti non agiscono sulla base di informazioni astratte, ma sulla normalità dei comportamenti osservati. Per questo motivo occorre un approccio che intervenga «a monte», creando ambienti che rendano la scelta più salutare la più semplice e condivisa. Le evidenze internazionali convergono su un principio chiave: prevenire il rischio di iniziare a consumare una sostanza significa prevenire l'insieme dei comportamenti dannosi, secondo un approccio sistemico e incentrato sul rischio. Da qui l'importanza della prevenzione ambientale, che normalizza i comportamenti protettivi nelle comunità, e del rafforzamento delle competenze di vita, delle relazioni educative e della capacità delle comunità di prendersi cura dei propri giovani.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Le criticità messe in luce dal Tavolo confermano questa necessità di cambiamento. È stata innanzitutto individuata una debole diffusione di modelli e approcci validati, con scarsa cultura della valutazione e un uso limitato delle evidenze scientifiche (EUPC, Xchange, fonti accreditate). Molti interventi risultano occasionali, non replicabili, eterogenei nei contenuti e privi di criteri di qualità condivisi. A ciò si aggiunge una frammentazione della governance e delle risorse, che impedisce agli interventi di avere continuità e scalabilità: i percorsi si interrompono, non esistono standard comuni, i territori procedono in ordine sparso, e la mancanza di un coordinamento nazionale genera disuguaglianze significative. Un'ulteriore criticità riguarda la difficoltà a coinvolgere attivamente i principali attori della prevenzione – giovani, famiglie, scuola, adulti di riferimento – condizione che limita l'efficacia e la credibilità degli interventi.

A queste criticità strutturali si somma l'emergere di nuove vulnerabilità: uso eccessivo degli smartphone, dipendenze digitali, gaming, gioco d'azzardo online, abuso episodico di alcol, uso improprio di psicofarmaci, ritiro sociale e ansia. L'intreccio tra comportamenti digitali e uso di sostanze rappresenta una sfida complessa, che richiede una prevenzione capace di presidiare tutti i contesti significativi della vita dei ragazzi – scuola, famiglia, sport, comunità locali. Le evidenze neuroscientifiche presentate al Tavolo hanno inoltre sottolineato che l'adolescenza è una fase di particolare vulnerabilità per il cervello in sviluppo: emozioni, cognizione e motivazione sono più suscettibili all'interferenza di sostanze e stimoli digitali, rendendo ancora più urgente un'azione preventiva competente, continuativa e integrata.

Per queste ragioni il Tavolo propone un approccio educativo condiviso, non un modello unico, ma una cornice nazionale rigorosa e adattabile, fondata su evidenze e declinabile localmente. Si tratta di un cambio di paradigma che punta a rendere la prevenzione una politica strutturale e non un insieme di iniziative isolate.

BOX - I TRE ASSI STRATEGICI DEL TAVOLO PREVENZIONE

- Adozione di strategie basate su approcci educativi e fonti accreditate per il contesto italiano
- Coinvolgimento attivo della comunità educante (scuole, famiglie, adulti di riferimento)
- Sviluppo di Cantieri di Comunità educanti come laboratori territoriali innovativi

Le proposte emerse delineano una strategia nazionale della prevenzione che combina rigore scientifico, capacità educativa, prossimità territoriale e investimenti adeguati. L'obiettivo è creare una governance stabile, rafforzare la comunità educante, rendere la scuola un presidio strutturale di prevenzione, attivare Cantieri di Comunità Educanti nei territori e formare una nuova generazione di professionisti e decisori competenti.

TABELLA 8 – PROPOSTE DEL TAVOLO PREVENZIONE PRECOCE DELLE DIPENDENZE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A GIOVANI E ADOLESCENTI (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Messa a punto di strategie basate su approcci educativi e su fonti accreditate, adattati al contesto nazionale (e declinati localmente), riconosciuti e replicabili, garanzia di qualità e continuità dell'impegno. Si tratta di costruire un modello che guarda alle conoscenze di oggi ma aperto alle evoluzioni del fenomeno «dipendenze».
1.1 Costituire un Gruppo nazionale di lavoro interdisciplinare (DPA, MIM, MUR, Ministero della Salute, Regioni, Esperti nominati dal DPA) che abbia i seguenti fini: • Elaborare, sperimentare e validare strategie basate su approcci educativi e su fonti accreditate (EUDA, UNODC, WHO) adattate al contesto italiano, sperimentate per un anno e poi validate

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

come riferimento nazionale, adattabili ai cambiamenti del fenomeno dipendenze e delle conoscenze su queste; • Creare una piattaforma pubblica di programmi e strumenti validati, con bollino di qualità e criteri di accreditamento basati su evidenze scientifiche; • Sviluppare un sistema di monitoraggio indipendente e interdisciplinare per valutare l'impatto dei programmi sul territorio; • L'accreditamento dei programmi di prevenzione e l'individuazione dei requisiti degli «agenti formali e informali» della prevenzione. L'Italia potrebbe divenire il primo Paese europeo a implementare un processo di accreditamento formalizzato (riconosciuto come elemento virtuoso) e rappresentare un modello per altri.
1.2 Stabilire un finanziamento condizionato e sistematico (con risorse specifiche dedicate) destinato a programmi pluriennali già validati o promettenti (approccio rigoroso, basato su presupposti ed evidenze scientifiche) e il monitoraggio con strumenti ad hoc per la «finalizzazione delle risorse indistinte» (ad esempio Prevenzione del Fondo Sanitario).
2. Dalla teoria alla comunità: promuovere attivamente le strategie e i modelli educativi. Occorre costruire e sostenere una rete diffusa di soggetti formati e attivi nella prevenzione e creare i presupposti per un più ampio coinvolgimento di giovani e adolescenti, per far sì che le strategie individuate possano essere declinate e diventino parte integrante della vita scolastica e comunitaria.
2.1 Coinvolgere, sostenere e formare la comunità educante: docenti, genitori, educatori, allenatori, operatori di comunità, studenti, giovani e ragazzi come protagonisti della prevenzione. In particolare:
2.1.1 Professionalizzare chi si occupa di prevenzione, con percorsi di formazione certificata e riconosciuta a livello nazionale (EUPC e Programmi accreditati) individuando modalità proprie dell'organizzazione scolastica che ne assicurino una diffusione.
2.1.2 Valorizzare la funzione educativa/preventiva della scuola e l'importanza di un curriculum orientato a Salute e Benessere, formalizzando l'impegno della Scuola alla realizzazione di programmi di prevenzione delle dipendenze, autonomi dall'educazione civica, che abbiano docenti dedicati, formati e competenti (con formazione accreditata a livello nazionale).
2.1.3 Rafforzare la collaborazione fra Scuola e servizi/risorse aggregative, educative, sportive ecc., presenti sul territorio attraverso un impegno che caratterizzi i Piani dell'Offerta Formativa e sia condiviso negli Organi collegiali di ogni comunità scolastica.
2.1.4 Promuovere campagne educative, di comunicazione e marketing sociale basate su linguaggi, canali e strumenti adatti a giovani e adolescenti, favorendo una normalizzazione dei comportamenti salutari.
3. Sostenere e attivare interventi innovativi territoriali («CANTIERI di Comunità Educanti») per testare, consolidare e migliorare modelli efficaci di prevenzione integrata. Bisogna quindi costruire una rete di esperienze pilota su scala nazionale per testare, consolidare e migliorare modelli efficaci di prevenzione integrata.
3.1 Identificazione e avvio di Laboratori/Cantieri di Comunità Educanti (Enti locali, Scuole, Prefetture, ASL, Terzo settore, Imprese, ecc.) i cui risultati, strumenti e buone prassi vengano promossi e monitorati dal DPA.
3.2 Sostegno e attivazione di programmi/azioni a livello territoriale innovativi, come «alfabetizzazione digitale», «Patti digitali di comunità» tra genitori, figli, istituzioni e associazioni per coinvolgere e orientare i minorenni all'uso degli smartphone e all'accesso ai social network; ingaggio delle aziende del territorio e rigenerazione di spazi dismessi come nuovi setting.
3.3 Coinvolgimento dei Servizi Territoriali, dei Centri per la famiglia, importanti presìdi di prevenzione e luoghi privilegiati per intercettare genitori, bambini e ragazzi, e delle Case della

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Comunità come nodi territoriali della rete preventiva anche per rafforzare percorsi di presa in carico educativa.
4. Formare e sensibilizzare i decisori: una politica di prevenzione competente. Rafforzare la capacità decisionale e programmatoria delle Istituzioni attraverso conoscenze scientifiche, strumenti di valutazione dell'efficacia e azioni di advocacy.
4.1 Percorso nazionale di formazione breve (basato su EUPC e altre fonti accreditate) per decisori pubblici, funzionari ministeriali, dirigenti regionali e operatori del sistema di prevenzione.
4.2 Introduzione di Moduli formativi nella Scuola Nazionale della Pubblica Amministrazione e nei percorsi di aggiornamento del personale pubblico e del privato sociale.
4.3 Inserimento della Tematica della «Prevenzione delle dipendenze basata sulle evidenze» nella formazione Universitaria di base e Specialistica di tutte le professioni afferenti all'ambito scolastico, sociale, socio-sanitario, sanitario, dei media ecc..
4.4 Coinvolgimento delle realtà del Terzo settore e delle Imprese, per rafforzare la governance partecipata delle politiche preventive. Adozione dello strumento di advocacy per creare alleanze.

2.5.1 Risultati attesi

Le proposte elaborate dal Tavolo definiscono le basi di una politica nazionale della prevenzione più coerente, competente e sostenibile nel tempo. La costituzione di un gruppo nazionale interdisciplinare rappresenta la base per la declinazione di strategie efficaci di prevenzione precoce. L'adozione di approcci educativi fondati su evidenze consente di garantire qualità, continuità e replicabilità degli interventi, orientando in modo più efficace programmi, risorse professionali e finanziamenti pubblici. La creazione di una piattaforma pubblica rende accessibili materiali validati e sostiene gli attori territoriali, mentre gli interventi strutturati nelle scuole rendono la prevenzione parte integrante dei percorsi educativi. Parallelamente, la formazione della comunità educante – docenti, genitori, educatori, operatori e giovani stessi – permette di trasformare la prevenzione in una cultura diffusa e praticata nella quotidianità, rafforzando in particolare il ruolo della scuola come presidio stabile di salute e benessere. I Cantieri di Comunità Educanti favoriscono innovazione e prossimità, creando modelli replicabili su scala nazionale. Infine, la formazione dei decisori pubblici e dei dirigenti consente di sviluppare una governance più competente, in grado di programmare e valutare politiche, risorse e interventi sulla base di criteri rigorosi e di evidenza scientifica.

2.5.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

La discussione plenaria ha evidenziato una forte convergenza sulla necessità di intervenire precocemente, in particolare nell'adolescenza, quando le vulnerabilità emotive e cognitive possono trasformarsi più rapidamente in comportamenti a rischio. Il Professor Maira ha sottolineato con particolare efficacia il ruolo del cervello in sviluppo e la necessità di proteggere i giovani attraverso un'azione preventiva continua, integrata e fondata su evidenze scientifiche, evitando approcci episodici o moralistici. Su questo punto, sia il Ministro Valditara sia la Ministra Bernini hanno insistito sull'importanza di un'educazione alla prevenzione radicata nel sistema scolastico e universitario, evidenziando la necessità di formare docenti, educatori, psicologi e studenti universitari con strumenti rigorosi e condivisi.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

È emersa con forza l'idea che prevenzione significhi non solo informare, ma motivare e sostenere i giovani, accompagnandoli attraverso percorsi educativi capaci di rafforzare le competenze emotive e di ridurre le condizioni che facilitano l'insorgenza di dipendenze. Il Ministro Abodi ha richiamato il ruolo dello sport come presidio sociale e di prevenzione, mentre la Ministra Roccella ha valorizzato l'importanza della famiglia come primo ambito educativo, chiedendo un «empowerment familiare» e strumenti per sostenere i genitori nel riconoscere segnali precoci di disagio.

Nel dibattito è emersa una convergenza trasversale anche sul tema dell'alfabetizzazione digitale e del contrasto alle nuove dipendenze legate alla rete: tutti gli interventi hanno riconosciuto la necessità di formare i giovani all'uso consapevole degli strumenti digitali e di proteggere i più piccoli, anche attraverso strumenti come il parental control e modelli educativi condivisi. Nel complesso, la prevenzione è stata considerata da tutti i partecipanti non solo un fronte di contrasto, ma un investimento strutturale che deve diventare parte integrante dell'azione istituzionale, culturale ed educativa del Paese.

2.6 Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto

La quinta area oggetto di approfondimento riguarda il monitoraggio e la valutazione, dove il Tavolo ha evidenziato la necessità di costruire un'infrastruttura nazionale del dato più coerente e interoperabile, definire indicatori condivisi, integrare i flussi sanitari e sociali e sostenere la ricerca come leva centrale di programmazione.

Il Tavolo dedicato alla rilevazione, al monitoraggio e alla valutazione ha affrontato una delle dimensioni più strategiche dell'intero sistema delle dipendenze: la capacità di conoscere, misurare e interpretare il fenomeno in modo affidabile e comparabile. Tutti i partecipanti hanno riconosciuto che la frammentazione dei flussi informativi rappresenta un ostacolo non soltanto tecnico, ma strategico: senza una base dati comune, aggiornabile e interoperabile, nessuna politica pubblica può dirsi realmente orientata all'evidenza. Oggi la distribuzione delle informazioni è dispersa tra servizi sanitari, servizi sociali, giustizia, enti del terzo settore accreditato e livelli istituzionali non sempre coordinati. Questo produce non solo flussi disomogenei, ma anche una lettura parziale del fenomeno, che spesso non restituisce la reale complessità dei percorsi e degli esiti.

BOX – LE PRIORITÀ IN MATERIA DI VALUTAZIONE

- Governance nazionale integrata presso l'Osservatorio
- Standardizzazione dei flussi regionali e interoperabilità dei sistemi
- Indicatori di esito, processo e impatto condivisi per tutti i percorsi
- Utilizzo sistematico dei dati per policy, allocazione risorse e controllo LEA

L'eterogeneità normativa regionale, la differente apertura dei flussi SIND al privato accreditato, la mancanza di una piattaforma unificata e la difficoltà di integrare i dati provenienti dai setting non sanitari (carcere, misure alternative, servizi di bassa soglia, interventi di prevenzione, attività di prossimità) rendono difficile il confronto sui dati. Inoltre, gli strumenti di valutazione oggi disponibili non permettono di misurare adeguatamente gli esiti intermedi e la qualità dei percorsi, poiché il sistema continua a

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

concentrarsi principalmente su indicatori amministrativi o su esiti finali (mortalità, remissione, recidiva), senza valorizzare le trasformazioni incrementalmente positive.

Un altro nodo critico riguarda la scarsa cultura della valutazione: molti servizi raccolgono dati, ma non dispongono di strumenti per utilizzarli in modo sistematico, e l'assenza di indicatori nazionali condivisi impedisce confronti utili tra territori e setting diversi. La mancanza di un glossario tecnico comune rende inoltre difficile comparare dati provenienti da sistemi differenti. Il Tavolo ha anche evidenziato che il tema della privacy, pur fondamentale, è spesso interpretato in modo eccessivamente restrittivo, fino a limitare la possibilità di analizzare in modo integrato dati anonimi o pseudonimizzati che potrebbero migliorare la qualità dei percorsi.

Al centro delle discussioni è emersa quindi l'urgenza di definire un'infrastruttura nazionale del dato che consenta non solo di raccogliere, ma anche di interpretare, confrontare e utilizzare le informazioni in modo tempestivo e coordinato a supporto delle decisioni politiche e cliniche.

TABELLA 9 – PROPOSTE DEL TAVOLO STRUMENTI DI RILEVAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE D'IMPATTO (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Rafforzamento della governance nazionale integrata
1.1 Implementare una governance centrale integrata e un coordinamento strategico e tecnico-operativo presso il nuovo Osservatorio nazionale permanente sulle droghe, sulle tossicodipendenze e sulle altre dipendenze patologiche.
1.2. Armonizzare gli standard regionali, garantire un coordinamento interministeriale, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri sulla lettura del fenomeno e il monitoraggio del sistema utilizzando un'unica base dati e piattaforma informativa nazionale.
2. Sistema nazionale di misurazione, monitoraggio e ricerca
2.1 Avviare un percorso laboratoriale nazionale volto a condurre un assessment approfondito dei sistemi informativi attualmente in uso, con l'obiettivo di valutarne la completezza, individuare gli ambiti di utilizzo effettivo e potenziale, e integrarli o potenziarli laddove risultino carenti, al fine di massimizzarne l'efficacia per usi futuri di governance, monitoraggio e ricerca. Il laboratorio dovrà fondarsi su una collaborazione strutturata tra componenti istituzionali, tecniche e scientifiche in modo da poter assolvere a quattro macro-obiettivi.
2.2. Definire e avviare un sistema centrale per la misurazione e il monitoraggio che, valorizzando le basi dati già disponibili, introduca un sistema informativo nazionale di valutazione degli esiti degli interventi e delle attività nei diversi ambiti (prevenzione, trattamento, recupero, riduzione del danno), e nei vari setting (SerD, comunità, carcere, servizi territoriali e di prossimità), con indicatori specifici comuni.
2.3 Implementare un sistema unico e interoperabile di raccolta e trasmissione dei dati, agile e user-friendly, con campi obbligatori standardizzati, evitando duplicazioni e sovrapposizioni tra i flussi informativi richiesti da diverse amministrazioni.
2.4 Costruire un glossario tecnico condiviso a supporto dell'omogeneità terminologica e interpretativa.
2.5 Rafforzare e abilitare la ricerca scientifica nell'ambito delle dipendenze, garantendo una maggiore fruibilità e accessibilità dei dati per Università, enti di ricerca e istituti pubblici, e favorendo l'emersione di nuovi ambiti di studio (non nativi, popolazioni marginali, questioni di genere, costi e benefici complessivi) e analisi integrata dei fenomeni.
3. Armonizzazione normativa e gestione della privacy

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Rivedere e armonizzare le attuali prescrizioni del Garante della Privacy relative all'utilizzo dei dati per finalità di valutazione, monitoraggio e ricerca scientifica, al fine di superare l'attuale frammentazione normativa e applicativa e di costruire un quadro organico e stabile dedicato al sistema delle dipendenze. L'intento non è introdurre nuove regole incrementali o limitare le tutele, ma superare l'attuale frammentazione normativa e applicativa.

2.6.1 Risultati attesi

Le proposte del Tavolo consentono di costruire un'infrastruttura nazionale del dato solida, integrata e orientata all'azione. Una governance centrale forte permette di superare la frammentazione e di garantire un monitoraggio coerente del fenomeno su scala nazionale. L'adozione di indicatori comuni e di strumenti condivisi permette di valutare con maggiore accuratezza l'efficacia delle politiche e dei percorsi, offrendo ai decisori informazioni utili e comparabili. L'integrazione dei flussi informativi rende possibile seguire il percorso della persona nei diversi setting, riducendo le zone d'ombra nei passaggi più delicati. L'investimento nella ricerca permette di aggiornare continuamente le pratiche sulla base delle evidenze emergenti. Nel complesso, il sistema diventa più trasparente, più intelligente e più capace di orientare le risorse verso ciò che funziona.

2.6.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

Nel confronto con i Ministri e le autorità è emersa una forte convergenza sulla necessità di superare la frammentazione dei sistemi informativi e di rafforzare la capacità del sistema di «vedere» il fenomeno nella sua interezza. Gli interventi del dottor Squillaci e del Sottosegretario Gemmato hanno evidenziato come l'attuale configurazione del dato sia insufficiente a orientare in modo efficace le politiche e come il monitoraggio rappresenti una leva fondamentale per la qualità dei servizi. È stato riconosciuto che gli ostacoli maggiori risiedono nella disomogeneità dei sistemi regionali, nella mancanza di interoperabilità, nell'esistenza di silos istituzionali e nelle difficoltà normative legate alla privacy.

È emersa con forza l'importanza di definire una piattaforma unica nazionale e di investire nella standardizzazione dei flussi. Il collegamento con il Fascicolo Sanitario Elettronico, richiamato dal Sottosegretario Gemmato, è stato indicato come esempio importante di come sia possibile superare barriere tecniche e normative attraverso un lavoro coordinato. Allo stesso tempo, diversi interventi hanno sottolineato che la valutazione deve includere non solo i dati sanitari, ma anche aspetti sociali, educativi e giudiziari, per evitare una lettura parziale del fenomeno.

Il ruolo della ricerca scientifica è stato riconosciuto come elemento centrale: la Ministra Bernini ha richiamato la necessità di creare reti stabili tra università, servizi e comunità terapeutiche, capaci di generare evidenze utili per la programmazione. Altri interventi hanno ribadito l'urgenza di investire nelle nuove tecnologie e nella formazione del personale, così da colmare il divario digitale che limita l'efficacia degli strumenti già disponibili.

Nel complesso, la discussione ha confermato che il tema del monitoraggio non è un elemento tecnico, ma una componente fondativa del sistema: senza dati affidabili, integrati e condivisi, nessuna politica potrà essere valutata, migliorata o resa coerente con i bisogni reali delle persone.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

2.7 Presa in carico, continuità terapeutica e misure alternative per persone detenute con patologia da dipendenza, anche con particolare riferimento al mondo dei minori

La sesta area oggetto di approfondimento riguarda il carcere e le misure alternative, ambito in cui il Tavolo ha messo in luce l'esigenza di definire percorsi clinicamente appropriati, rafforzare il ruolo dei SerD negli istituti, aggiornare il quadro normativo e costruire una filiera integrata carcere-territorio capace di garantire continuità terapeutica e reinserimento.

Il Tavolo dedicato alla presa in carico delle persone detenute con patologia da dipendenza ha affrontato una delle aree più complesse e più esposte a criticità del sistema italiano. I partecipanti hanno descritto un quadro caratterizzato da sovraffollamento carcerario, eterogeneità dei percorsi terapeutici, difficile integrazione tra amministrazione penitenziaria, servizi sanitari, SerD e comunità terapeutiche, oltre che da uno scarso utilizzo delle nuove misure alternative. Nel contesto penitenziario, la valutazione diagnostica della dipendenza risulta ancora disomogenea, con utilizzo di strumenti diversi, ruoli non sempre definiti, discrepanze tra linguaggio clinico e giuridico. Queste differenze concorrono a generare percorsi frammentati, che spesso non riescono a distinguere tra consumatori occasionali, persone con disturbo da uso di sostanze e persone con comorbilità psichiatrica.

Le criticità più ricorrenti emerse nel Tavolo riguardano tre dimensioni. La prima: la difficoltà di costruire percorsi realmente appropriati, calibrati sui bisogni clinici e giuridici dell'individuo. Le misure alternative, pur disponibili nel quadro normativo, vengono applicate in modo disomogeneo e spesso non sono accompagnate dal necessario supporto clinico, educativo e sociale. La seconda riguarda la frammentazione della governance: le relazioni tra giustizia, sanità, servizi territoriali e terzo settore sono spesso basate su iniziative locali che non sono strutturate e omogenee a livello nazionale, con scarsa continuità e limitata capacità di gestione integrata dei passaggi critici della persona (ingresso in carcere, dimissione, rientro sul territorio). La terza criticità riguarda l'incongruenza normativa: le norme contenute nel DPR 309/90 e nel codice penale non riflettono più la complessità dei profili oggi presenti in carcere, specie per quanto riguarda le persone con comorbilità psichiatrica.

BOX – TRE LINEE DI INTERVENTO PRIORITARIE NEL CARCERE

- Percorsi diagnostici e terapeutici differenziati e basati su criteri clinici e sulle evidenze
- Potenziamento del ruolo dei SerD nella valutazione e nella continuità assistenziale
- Sviluppo di una filiera integrata carcere-territorio per migliorare l'efficacia delle misure alternative

Nella discussione è emerso un forte consenso sull'idea che il carcere rappresenti un setting diagnostico privilegiato per intercettare persone che non hanno mai avuto contatti con i servizi. Tuttavia, la mancanza di percorsi strutturati fa sì che molte opportunità terapeutiche vengano perse, con un impatto negativo sia sulla salute delle persone detenute sia sulla recidiva. Il Tavolo ha riconosciuto che la continuità terapeutica e la progressione tra i diversi setting (intramurari, comunità terapeutiche, misure alternative, territorio) rappresentano il nodo più fragile e, al tempo stesso, la leva più promettente per ridurre la cronicizzazione e migliorare gli esiti.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

TABELLA 10 – PROPOSTE DEL TAVOLO PRESA IN CARICO, CONTINUITÀ TERAPEUTICA E MISURE ALTERNATIVE PER PERSONE DETENUTE CON PATOLOGIA DA DIPENDENZA, ANCHE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL MONDO DEI MINORI (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Creare percorsi di presa in carico differenziati e dinamici
1.1 Creare percorsi appropriati ai bisogni sia all'interno delle carceri che sul territorio (ampliare e gestire la risposta per le misure alternative a partire dalla fase cautelare).
1.2 Potenziare e valorizzare la dimensione clinica dei SerD durante tutta l'esecuzione penale (carcere come primo e differenziato setting diagnostico e piano terapeutico).
1.3 Integrare fra loro i diversi setting di cura (intramurari, residenziali, semi-residenziali, housing) creando una «filiera» di cura e reinserimento (gestita dai servizi pubblici per le dipendenze che hanno in carico la persona attraverso un'azione di coordinamento delle équipe interistituzionali) in base al mutare dei bisogni della persona. PT adeguatamente remunerati in ogni fase, anche in quelle di transizione con individuazione di case manager.
1.4 Privilegiare per i minori i percorsi educativi e riabilitativi (affidamento in prova – messa alla prova, detenzione domiciliare – semilibertà) con l'utilizzo di strutture di cura e reinserimento specifiche come le Comunità terapeutiche sperimentali di cui l'Accordo CU Rep. Atti n. 61 del 28.04.22.
2. Prevedere una revisione normativa finalizzata alla coerenza clinico-giuridica orientata ai nuovi bisogni
2.1 Ampliare la platea di persone con pena detentiva e in possesso dei requisiti che possono accedere a un programma di misura alternativa con un decongestionamento del sistema carcerario (v. art. 1 DDL n. 1635).
2.2 Prevedere una revisione aggiornata del percorso di valutazione e di certificazione in base ai bisogni emergenti (es. doppia diagnosi) in grado di valutare il bisogno, di permettere un'adeguata correlazione della patologia al reato, e di utilizzare gli strumenti delle evidenze scientifiche (ampliando le previsioni previste dall'art. 1 c. 2 e 3 DDL n. 1635).
2.3 Estendere le misure alternative anche alle persone con dipendenza comportamentale.
2.4 Prevedere interventi normativi che favoriscano l'ampliamento delle misure alternative (ove appropriato) ai setting assistenziali anche non residenziali (semi-residenziali, ambulatoriali, housing, ecc.) con lo scopo di adeguare in termini di appropriatezza la risposta alla domanda di accoglienza e alla diagnosi.
2.5 Favorire il percorso di misura alternativa anche per le persone straniere senza permesso di soggiorno (che sono in possesso dei requisiti clinici e giuridici) attraverso l'iscrizione all'anagrafe sanitaria (allineamento normativo già esistente D. Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123 che ha modificato l'art. 45 della legge sull'ordinamento penitenziario 354/1975).
3. Costruire una governance del sistema su base nazionale e regionale
3.1 Realizzare presso il DPA un Tavolo nazionale «Dipendenza e carcere» con funzioni di governance, programmazione e monitoraggio degli esiti.
3.2 Creare delle linee di indirizzo nazionali sulla presa in carico delle persone con dipendenza autori di reato sotto la regia del DPA sulla presa in carico della persona autore di reato con dipendenza patologica.
3.3 Prevedere nell'ambito degli Osservatori regionali di sanità penitenziaria (DPCM 01.04.08) la presenza di esperti e professionisti delle dipendenze patologiche con compiti di valutazione e di monitoraggio delle azioni locali.
4. Realizzare una formazione operativa, congiunta e integrata

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Creare sotto la regia del DPA un modello formativo nazionale che sia un luogo di integrazione tra sanità, sociale, magistratura, amministrazione penitenziaria, avvocatura e terzo settore, finalizzato alla costruzione e alla valutazione di percorsi personalizzati appropriati e professionalizzanti dal punto di vista clinico, sociale e giuridico (conoscenza ed esperienza dei diversi setting, della normativa e creazione di un linguaggio comune).

2.7.1 Risultati attesi

Le proposte elaborate permettono di costruire un sistema più coerente, capace di superare la logica frammentata che oggi caratterizza l'intero percorso «penitenziario-territoriale» e che necessita da una parte di un potenziamento della capacità «valutativa» dal punto di vista clinico della persona all'interno del carcere e dall'altra di un potenziamento delle misure alternative di tipo residenziale e di «comunità». L'introduzione di percorsi differenziati può permettere di distinguere tra profili clinici diversi, evitando da una parte che le persone all'interno del carcere non trovino una adeguata valutazione e trattamento e dall'altra un uso inappropriato delle misure alternative. Il rafforzamento della dimensione clinica del SerD in carcere e la costruzione di una filiera continua assicurano maggiore tempestività diagnostica e una transizione più fluida verso il territorio, riducendo il rischio di ricaduta una volta che la persona è rientrata nel territorio. La revisione normativa deve consentire di ampliare l'accesso alle misure alternative a chi oggi rimane escluso da tale opportunità, migliorando l'equità e riducendo la pressione sugli istituti penitenziari. La governance multilivello e la formazione possono garantire un allineamento stabile tra i diversi attori, rafforzando la capacità del sistema di rispondere ai bisogni emergenti. Nel complesso, le proposte mirano a migliorare la qualità della presa in carico, ridurre la recidiva attraverso il miglioramento della qualità dei percorsi di cura, alleggerire il sistema carcerario attraverso le misure alternative e valorizzare le opportunità riabilitative appropriate presenti sul territorio.

2.7.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

La plenaria ha mostrato una convergenza ampia su molti dei temi sollevati dal Tavolo. Gli interventi del dottor Felice Nava, della Presidente Proietti, del Sottosegretario Gemmato e del Ministro della Giustizia Nordio hanno sottolineato che la questione della doppia diagnosi in carcere, dell'appropriatezza clinico-giuridica e della frammentarietà della governance rappresentano nodi strutturali e non contingenti. Il Ministro Nordio ha evidenziato come una parte dei detenuti sia effettivamente portatrice di bisogni clinici e non esclusivamente responsabile di comportamenti criminali, sottolineando l'importanza di percorsi differenziati e della detenzione presso comunità terapeutiche come strumento alternativo efficace. È emerso anche un forte consenso sulla necessità di prevenire la diffusione di nuove sostanze psicotrope, in particolare fentanyl, con un monitoraggio capillare anche all'interno del carcere.

La discussione ha evidenziato inoltre la necessità di rafforzare i percorsi alternativi già nella fase cautelare e di facilitare l'accesso alle misure alternative, come strumento con duplice funzione: favorire trattamenti più appropriati e decongestionare gli istituti penitenziari. Da più parti è stato richiamato l'importante ruolo del lavoro – dentro e fuori dal carcere – come strumento di riduzione della recidiva: il Ministro del Lavoro ha ricordato l'iniziativa Recidiva Zero, evidenziando che l'inserimento lavorativo è, nei fatti, una componente terapeutica e preventiva.

Sul piano istituzionale, è emersa una forte disponibilità da parte delle Regioni a costruire percorsi più omogenei, superando la disomogeneità territoriale, mentre il Sottosegretario alla Salute ha ribadito la necessità di definire linee di indirizzo nazionali e di rafforzare la funzione di coordinamento del DPA.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Nel complesso, la plenaria ha confermato che il tema del carcere rappresenta un banco di prova cruciale della capacità del sistema di operare in modo integrato, multidisciplinare e orientato alla persona.

2.8 Gioco d'azzardo patologico e *gaming*

La settima area oggetto di approfondimento riguarda il gioco d'azzardo patologico (GAP) e il gaming, dove il Tavolo ha sottolineato il bisogno di rafforzare l'ingaggio precoce dei giovani, sviluppare servizi dedicati e low-stigma, aggiornare linee guida e PDTA e intervenire sulle caratteristiche dei prodotti che alimentano nuovi rischi.

Gioco d'azzardo patologico (GAP) e Gaming sono stati affrontati congiuntamente in un unico Tavolo in considerazione delle interconnessioni rilevanti dei due fenomeni, non solo a livello neurobiologico, ma anche perché il gaming patologico può evolvere verso il gambling. Un'analisi separata avrebbe potuto perdere elementi condivisi. Si sono comunque tenute in considerazioni le seguenti specificità:

- Il gaming, a differenza del GAP, non è inserito nei LEA;
- Il GAP è formalmente classificato nei Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders;
- Sono diverse le condizioni applicabili a minorenni rispetto a maggiorenni;
- Gli approcci sono diversi a seconda della generazione di appartenenza: Gen X, Early Y, Late Y, Z e Alpha, e tra popolazione maschile e femminile.

Il Tavolo dedicato al gioco d'azzardo patologico e al gaming ha analizzato un'area in rapida evoluzione, caratterizzata da una crescita significativa dei comportamenti a rischio nelle fasce più giovani e da una trasformazione profonda delle modalità di accesso al gioco, sempre più orientate verso piattaforme digitali, gaming online e forme ibride che rendono labile il confine tra gioco, intrattenimento e azzardo. Le evidenze portate in sede di Tavolo hanno mostrato come il fenomeno abbia ormai assunto una dimensione strutturale: il 45% dei sedicenni italiani ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno, con il 6-7% classificabile come giocatore a rischio e un ulteriore 5% come giocatore problematico; allo stesso tempo, il 26% dei sedicenni presenta un profilo di gaming problematico, con trend particolarmente allarmanti tra i giovanissimi. Questi dati, tra i più alti in Europa, descrivono un ecosistema che richiede interventi tempestivi e modelli nuovi.

Le criticità emerse riguardano principalmente tre ambiti. In primo luogo, la persistente sottovalutazione sociale del problema: molte forme di gaming e di gioco d'azzardo sono percepite come attività ordinarie e culturalmente accettate, anche quando producono segnali di allarme. In secondo luogo, la difficoltà di ingaggio e di accesso ai servizi: l'utenza, specie quella giovanile, tende a evitare i SerD per ragioni di stigma, mancanza di motivazione o scarsa percezione del rischio, mentre le famiglie non sempre dispongono di strumenti adeguati a riconoscere tempestivamente i comportamenti problematici. In terzo luogo, la carenza di linee guida chiare e di modelli condivisi per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento sia del gioco d'azzardo sia del gaming, con forti differenze territoriali che incidono sulla qualità dell'assistenza.

A queste criticità si aggiunge un vuoto normativo significativo: mentre il GAP è riconosciuto nei LEA e dispone quindi di una cornice più definita, il gaming disorder è riconosciuto dall'OMS (ICD-11) ma non è ancora inserito nei Livelli essenziali di assistenza italiani. Tale mancanza genera disuguaglianze di trattamento e una scarsa capacità di presa in carico uniforme sul territorio nazionale.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

BOX - I NODI CHIAVE EMERSI NEL TAVOLO GAP/GAMING

- Necessità di ingaggio precoce e percorsi dedicati per giovani
- Stigmatizzazione dei luoghi di cura e difficoltà di accesso
- Carenza di linee guida e governance chiara

L'analisi del Tavolo ha inoltre fatto emergere la complessità delle nuove dinamiche digitali, come loot box e pay-to-win, che ampliano il rischio di transizione tra gaming e azzardo e richiedono strumenti normativi più aggiornati, nonché un'offerta terapeutica capace di dialogare con linguaggi e forme di engagement proprie dell'ambiente digitale.

Le proposte elaborate puntano a costruire una risposta articolata, capace di integrare prevenzione, strumenti di ingaggio precoce, percorsi dedicati e una governance più solida dell'intero fenomeno. Le proposte si concentrano sulla prevenzione, sull'accesso facilitato ai servizi, sulla costruzione di percorsi differenziati per target e sulla regolamentazione di fenomeni emergenti (e-sport, loot box, pay-to-win).

TABELLA 11 – PROPOSTE DEL TAVOLO GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E CARICO (PROPOSTE UFFICIALI, COMPLETE E ANALITICHE)

1. Riconoscere le dipendenze comportamentali come patologia e non «vizio»
1.1. Inserimento del gaming disorder nei LEA. L'OMS nel 2019 ha assunto il gaming disorder come categoria diagnostica (ICD-11). Occorre quindi riconoscere il Gaming Disorder come problema di salute pubblica attraverso l'inserimento nei LEA, garantendo presa in carico uniforme su tutto il territorio nazionale tramite il SSN con la collaborazione del Terzo Settore. A seguire dovrà essere sollecitata l'elaborazione di linee d'azione/guida nazionali per prevenzione, diagnosi, trattamento e recovery del Gaming Disorder e l'implementazione nuovi flussi nel sistema informativo per il monitoraggio.
1.2 Sviluppo di un sistema integrato e multilivello di formazione professionale. Creare un ecosistema formativo strutturato e permanente su gaming disorder e gioco d'azzardo patologico, coinvolgendo tutti gli attori della filiera sanitaria, sociale, educativa e commerciale. Questo significa:
1.2.1 Introdurre il corso di specializzazione in «Clinica delle Dipendenze»;
1.2.2 Inserire l'insegnamento obbligatorio del corso di Clinica delle Dipendenze nella laurea magistrale in Medicina e in alcune lauree triennali sanitarie, Psicologia, Scienze dell'Educazione e corsi di formazione per OSS;
1.2.3 Prevedere un programma di aggiornamento Continuo ECM per i professionisti sanitari (MMG, PLS, psicologi, infermieri, …);
1.2.4 Stabilire un programma nazionale di formazione strutturata alla società educante (famiglie, educatori, docenti, ecc.) con particolare riferimento alle famiglie (es. rispetto all'utilizzo del parental control) con la collaborazione dei Centri per la Famiglia;
1.2.5 Sviluppare un programma di formazione obbligatoria per operatori di gioco d'azzardo (esercenti, personale punto vendita, ecc.).
2. Standardizzare i modelli di intervento
Sviluppare linee d'azione/guida nazionali e protocolli condivisi su prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, ricadute, attenzionando popolazioni vulnerabili e nuovi settori critici (es. e-sport) e richiedendo la validazione scientifica dei programmi nelle comunità terapeutiche.
3. Facilitare accesso precoce e personalizzato ai servizi

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

3.1 Rinforzare i servizi e riorganizzare i setting assistenziali. Diversificare e rendere più accessibili i servizi di presa in carico attraverso setting alternativi a bassa soglia per target-specifici, riducendo barriere di accesso e stigma associato ai SerD, prevedendo:
3.1.1 Investimenti a sostegno di nuove strutture, alternative ai SerD, per accoglienza, valutazione, attività educative e riabilitative;
3.1.2 Attivazione di servizi ambulatoriali differenziati per target (es. under 25 o minorenni, donne) per dipendenze comportamentali in Case di Comunità o in nuovi spazi neutri sperimentati con Enti del Terzo Settore;
3.1.3 Garanzia di accesso libero con orari flessibili.
3.2 Armonizzazione e coordinamento della rete territoriale Creare sinergie operative tra servizi sanitari, sociali ed educativi per garantire presa in carico integrata e continuità assistenziale, con particolare attenzione a gaming (integrazione NPIA) e gambling (supporto debiti). Ciò richiede:
3.2.1 Sviluppo di un protocollo operativo SerD-NPIA per Gaming Disorder under 18 (PDTA condivisi, riunioni d'equipe, coinvolgimento familiare, integrazione con scuola, …);
3.2.2Sviluppo di una rete di supporto debiti in collaborazione con ETS, associazioni e fondazioni (analisi situazione debitoria, piani rientro personalizzati, accesso Fondo Prevenzione Usura, consulenza legale ed educazione finanziaria e altri interventi per favorire il re-inserimento).
4. Rafforzare gli strumenti per limitare l'iniziazione e prevenire le ricadute. Lavorare sulla ridefinizione dei determinanti sociali e commerciali del gioco d'azzardo e del gaming, alla luce dei nuovi sviluppi tecnologici, con interventi mirati sul prodotto e sulla sua fruizione
4.1 Aggiornamento di misure di tutela dei consumatori più stringenti per il gioco d'azzardo:
4.1.1. Studiare sperimentazioni già in atto in altri Paesi;
4.1.2 Prevedere l'utilizzo dell'identità digitale obbligatoria per accedere a giochi online e fisici, garantendo la verifica dell'età e introducendo limiti di consumo;
4.1.3 Costituzione di sistemi universali di autoesclusione applicabili sia al gioco online sia a quello fisico, con durata predeterminata (senza possibilità di revoca).
4.2 Adozione di misure obbligatorie che limitino l'offerta (il prodotto) del gaming, in base alle caratteristiche dannose dei giochi: loot boxes, meccanismi pay-to-win, gioco d'azzardo simulato.
4.2.1 Istituire quindi un tavolo di lavoro ad hoc, partecipare attivamente allo sviluppo del prossimo Digital Fairness Act europeo, visto il necessario coinvolgimento UE per confrontarsi con multinazionali;
4.2.2 Introduzione di limiti legali se presenti elementi associati a rischio dipendenza, come per i concessionari del gioco d'azzardo.

2.8.1 Risultati attesi

Le proposte del Tavolo sono orientate a costruire un sistema capace di rispondere a un fenomeno in rapida trasformazione. L'inserimento del gaming disorder nei LEA garantisce equità di accesso e standard uniformi sul territorio nazionale. Il rafforzamento dei servizi dedicati ai giovani permette di intercettare precocemente comportamenti a rischio e di costruire percorsi ad alta aderenza, riducendo tempi di latenza oggi molto lunghi. Le linee guida nazionali e i PDTA condivisi migliorano la qualità della presa in carico, superando la forte disomogeneità regionale e assicurando una maggiore coerenza clinica. La regolamentazione delle forme ibride e degli ambienti digitali protegge i più vulnerabili e allinea l'Italia agli standard internazionali. Infine, la creazione di reti territoriali e digitali di ingaggio permette di intervenire prima che i comportamenti problematici evolvano in patologie conclamate.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

2.8.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

Nel dibattito pubblico il tema del GAP e del gaming è emerso in modo particolarmente significativo. Interventi diversi hanno sottolineato quanto questa area rappresenti uno dei fronti più delicati e più esposti alle trasformazioni culturali e tecnologiche. È stata riconosciuta la necessità di superare la sottovalutazione sociale del problema, con un richiamo forte alla responsabilità educativa non solo dei servizi, ma di scuola, famiglia, sport, media e piattaforme digitali. La Ministra Roccella ha posto l'accento sul ruolo della famiglia, evidenziando come molte criticità emergano in contesti in cui i segnali precoci non vengono riconosciuti. Il Ministro Valditara ha richiamato l'urgenza di formare docenti e studenti sui rischi delle dipendenze digitali e dell'azzardo online, integrando tali competenze nei curricoli scolastici.

Il tema della regolamentazione delle dinamiche digitali ibride è emerso come un punto di attenzione comune: diversi partecipanti hanno richiamato la necessità di intervenire sulle piattaforme online, sulle loot box, sui sistemi di microctransazionie sulle applicazioni che replicano meccanismi di azzardo. È stato inoltre evidenziato come la prevenzione debba utilizzare gli stessi canali e linguaggi del digitale, per essere realmente efficace nei target giovanili.

Infine, la plenaria ha messo in luce la necessità di percorsi integrati che includano anche la dimensione economica e legale del problema: la gestione dei debiti e la protezione dalle conseguenze finanziarie sono state riconosciute come componenti essenziali per prevenire la cronicizzazione. Tutti i partecipanti hanno concordato sul fatto che il tema merita una cornice nazionale più forte, capace di affrontare con strumenti nuovi un fenomeno in continua metamorfosi.

2.9 Dipendenze digitali e innovazione nei servizi

L'ottava area oggetto di approfondimento riguarda le dipendenze digitali, rispetto alle quali il Tavolo ha evidenziato l'urgenza di promuovere competenze digitali diffuse, dotare scuole e famiglie di strumenti adeguati, sviluppare criteri diagnostici condivisi e rafforzare le reti territoriali per l'intercettazione precoce e il sostegno educativo.

Il lavoro del Tavolo dedicato alle dipendenze digitali ha posto al centro una delle trasformazioni più rapide e pervasive degli ultimi anni. Gli strumenti digitali – smartphone, social network, videogiochi, piattaforme online – sono diventati parte strutturale della vita quotidiana dei giovani e degli adulti, ridefinendo modalità di relazione, apprendimento, intrattenimento ed espressione personale. In questo contesto, l'emersione di comportamenti compulsivi legati all'uso delle tecnologie rappresenta un fenomeno in forte crescita, aggravato dall'assenza di confini chiari tra utilizzo funzionale e problematico. La digitalizzazione ha infatti amplificato vulnerabilità già presenti e ne ha introdotte di nuove, creando forme di dipendenza non mediate da sostanze ma da meccanismi psicologici, sociali e neurobiologici potenti.

Le criticità emerse nel Tavolo convergono in tre aree principali. La prima riguarda la **sottovalutazione culturale del problema**: l'uso intensivo delle tecnologie è così normalizzato da rendere difficile riconoscere comportamenti disfunzionali, ritardando l'intervento e alimentando senso di colpa, vergogna e ritiro sociale, soprattutto in adolescenti e famiglie. La seconda riguarda la **mancanza di linee guida nazionali**, strumenti diagnostici condivisi e riconoscimento istituzionale del fenomeno, che si traduce in percorsi disomogenei, criteri clinici variabili e assenza di standard per prevenzione, diagnosi e

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

trattamento. La terza criticità è legata alla **frammentazione dei servizi**: l'integrazione tra scuola, servizi sanitari (SerD, NPIA), servizi sociali e terzo settore è limitata, con ritardi significativi nell'intercettazione precoce, soprattutto per minori e giovani con situazioni complesse quali ritiro sociale, isolamento, gaming compulsivo e autolesionismo digitale.

BOX – LE PROPOSTE PRIORITARIE DEL TAVOLO DIPENDENZE DIGITALI

- Formazione degli operatori, dei professionisti, dei genitori e scolastica
- Riconoscimento delle dipendenze digitali e dell'isolamento sociale volontario nei Livelli Essenziali di Assistenza
- Investire sulla innovazione del sistema dei servizi: dalla prevenzione alla presa in carico

Accanto a questi elementi, il Tavolo ha evidenziato l'assenza di un lavoro sistematico sul corpo, ovvero sulla dimensione emotiva e somatica che spesso viene messa in secondo piano nei percorsi di trattamento del digitale, e la difficoltà delle famiglie a ricevere supporto adeguato e non stigmatizzante. Le proposte elaborate puntano quindi a costruire un sistema capace di coniugare alfabetizzazione digitale, prevenzione precoce, criteri clinici chiari e servizi integrati, in grado di rispondere a fenomeni nuovi come *hikikomori, ghosting, phubbing*, dipendenza da social e gaming compulsivo.

TABELLA 12 – PROPOSTE DEL TAVOLO DIPENDENZE DIGITALI (PROPOSTE UFFICIALI, IN FORMA INTEGRALE E ANALITICA)

1. Formazione degli operatori, dei professionisti, dei genitori e scolastica
1.1 Inserimento nei percorsi universitari della facoltà di Medicina di crediti formativi in «clinica delle Dipendenze» ed istituzione della relativa Scuola di Specializzazione.
1.2 Inserimento nella facoltà di psicologia di crediti formativi specifici sulle dipendenze digitali.
1.3 Percorsi di formazione dedicati a professionisti dei servizi connessi con le dipendenze, scolastici e delle figure genitoriali, anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore impegnato nella prevenzione delle dipendenze.
1.4 Identificazione di momenti e contesti formativi dedicati ai genitori per la gestione dell'uso del digitale da parte dei minori e per aumentare la consapevolezza sui rischi associati.
1.5 Percorso di formazione a cascata degli operatori, centralizzato e promosso dal DPA su modelli clinici e organizzativi.
1.6 Certificazione delle scuole come istituti che adottano un protocollo strutturato per il Benessere Digitale e introduzione di attività e percorsi extra curriculari accreditati svolti da enti formativi riconosciuti dal ministero dell'istruzione che consentano il riconoscimento del «patentino digitale» o percorsi similari.
2. Riconoscimento delle dipendenze digitali e dell'isolamento sociale volontario nei Livelli Essenziali di Assistenza
2.1 Riconoscimento delle dipendenze digitali e dell'isolamento sociale volontario nei Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di garantire uniformità di interventi dalla prevenzione, diagnosi, terapia e recovery su tutto il territorio nazionale.
2.2 Istituire un gruppo di lavoro nazionale per redigere linee di indirizzo (Guida), percorsi condivisi e monitoraggio degli stessi.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

2.3 Linee di indirizzo (Guida) finalizzate alla prevenzione e alla definizione delle responsabilità dei produttori di software e piattaforme.
2.4 Definizione di risorse dedicate (personale, economiche) nell'ambito del Piano Nazionale e regionali delle dipendenze (legge 207 del 30 dicembre 2024).
3. Investire sulla innovazione del sistema dei servizi: dalla prevenzione alla presa in carico
3.1 Istituzione dei servizi ambulatoriali pubblici per le dipendenze comportamentali nell'ambito del dipartimento delle dipendenze e adeguamento dei servizi ambulatoriali (pubblici, privati accreditati e del terzo settore accreditato) con risorse e spazi dedicati a target specifici (giovani, genitori, adulti).
3.2 Sostenere la collaborazione e sinergia all'interno del sistema dei servizi (pubblico, privato accreditato e terzo settore accreditato).
3.3 Prevedere servizi integrati (equipe multidisciplinari) anche con altri servizi delle ASL (Neuropsichiatria infantile, etc.) con orari e modalità flessibili (spazi destrutturati ad accesso diretto).
3.4 Sviluppare spazi e percorsi per la prevenzione, alfabetizzazione digitale e la disconnessione anche all'interno dei nuovi setting territoriali previsti dal DM77/2022 (es. spazi dedicati nelle Case di Comunità), o nei Centri diurni Disconnect, Centri per la famiglia, esperienze residenziali dedicate, luoghi aggregativi per le famiglie anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore.
3.5 Prevedere interventi strutturati di coinvolgimento dei genitori, riconoscendone il ruolo chiave nei percorsi di prevenzione, identificazione precoce del disagio e sostegno nei trattamenti delle dipendenze digitali.
3.6 Valorizzazione del servizio civile nella prevenzione e affiancamento dei servizi.
3.7 Inserimento del bilancio di salute digitale nei controlli pediatrici e dei medici di medicina generale.
3.8 Istituzionalizzare la presenza di figure stabili e formate all'interno della scuola (es. psicologo scolastico già in fase sperimentale, pedagogisti, educatori) per svolgere attività di prevenzione, orientamento e sostegno.

2.9.1 Risultati attesi

L'implementazione coordinata delle tre macro-proposte delineate mira a produrre un risultato complessivo di profondo rafforzamento della capacità del sistema di prevenire, intercettare e trattare in modo efficace le dipendenze digitali e l'isolamento sociale volontario. L'estensione della formazione a operatori, professionisti sanitari, insegnanti e genitori consentirà di superare l'attuale sottostima del fenomeno e di costruire una cultura condivisa del benessere digitale, favorendo il riconoscimento precoce dei segnali di rischio e riducendo la normalizzazione di comportamenti impropri. Parallelamente, l'inserimento delle dipendenze digitali nei Livelli Essenziali di Assistenza garantirà un quadro omogeneo di diritti e tutele per i cittadini, assicurando che prevenzione, diagnosi, trattamento e recovery siano sostenuti da linee di indirizzo nazionali, risorse dedicate e meccanismi di monitoraggio. L'innovazione del sistema dei servizi, attraverso la creazione di ambulatori dedicati, equipe multidisciplinari, spazi flessibili e percorsi integrati all'interno dei nuovi setting territoriali, permetterà di offrire risposte più tempestive, accessibili e personalizzate, rafforzando il ruolo delle famiglie e favorendo la collaborazione tra pubblico, privato accreditato e terzo settore. Nel complesso, tali interventi puntano a costruire un ecosistema capace di accompagnare le persone lungo tutto il percorso

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

di prevenzione e cura, riducendo le disuguaglianze territoriali, migliorando il coordinamento tra gli attori coinvolti e rispondendo in modo più adeguato alle sfide poste dall'evoluzione dei comportamenti digitali.

2.9.2 Convergenze emerse nella discussione pubblica e punti di attenzione

La plenaria ha evidenziato una forte convergenza sulla necessità di affrontare le dipendenze digitali come una priorità crescente. Diversi interventi – in particolare quelli del Ministro Valditara, della Ministra Roccella e del Ministro Abodi – hanno sottolineato come il digitale sia oggi uno dei principali fattori di vulnerabilità per bambini e adolescenti, sia in termini di esposizione ai rischi sia di compromissione del benessere emotivo e relazionale. È stato ricordato che il fenomeno non riguarda solo l'uso problematico dei dispositivi, ma anche la capacità dei giovani di costruire relazioni, sviluppare competenze sociali, partecipare alla vita comunitaria.

La Ministra Bernini ha insistito sulla necessità di formare professionisti qualificati nelle scuole, nelle università e nei servizi, riconoscendo che la prevenzione digitale deve diventare parte integrante dei percorsi educativi. Ha inoltre evidenziato l'importanza dell'arte-terapia e di linguaggi educativi alternativi per intercettare fragilità che spesso non emergono nei contesti tradizionali. La Ministra Roccella ha richiamato il ruolo cruciale della famiglia, sottolineando l'importanza del parental control, della formazione dei genitori e dell'empowerment familiare come strumenti essenziali per proteggere i più giovani.

Il Ministro Abodi ha evidenziato il ruolo dello sport come antidoto non solo alle dipendenze tradizionali ma anche a quelle digitali, grazie alla sua capacità di generare appartenenza, relazione e movimento corporeo. È emersa una visione condivisa: prevenire le dipendenze digitali richiede un ecosistema di supporto composto da scuola, famiglia, sport, comunità educanti e servizi territoriali. Infine, tutti i partecipanti hanno riconosciuto che la sfida digitale è un tema trasversale che richiede aggiornamento continuo, infrastrutture educative adeguate e un investimento stabile nel tempo.

2.10 Una lettura complessiva delle proposte: criticità condivise e direttrici comuni

Le proposte illustrate nei paragrafi precedenti non rappresentano la semplice somma dei contributi dei singoli Tavoli tematici, ma sono il risultato di un percorso progressivo di confronto, validazione e integrazione che ha consentito di ricomporre visioni, esperienze e linguaggi differenti. Questo processo ha permesso non solo di rafforzare la qualità tecnica delle proposte, ma anche di far emergere, attraverso la discussione e il confronto, un insieme chiaro di criticità trasversali e di elementi ricorrenti che, pur nella diversità delle aree tematiche affrontate, delineano una visione di sistema che orienta in modo coerente la trasformazione del settore delle dipendenze.

Innanzitutto, dai lavori dei Tavoli emerge un **insieme di criticità sistemiche** che attraversano i diversi ambiti tematici e condizionano in modo significativo le performance complessive del sistema.

- **Frammentazione istituzionale e disomogeneità territoriale.** Criticità segnalata in modo trasversale da tutti i Tavoli (1–8). La mancanza di una governance multilivello stabile, la variabilità regionale nei modelli organizzativi, nelle procedure di accreditamento e nei livelli di offerta generano differenze significative nell'accesso e nell'equità dei servizi.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- **Percorsi di presa in carico poco flessibili e difficoltà nell'intercettazione precoce.** Molti servizi sono ancora modellati sulla popolazione adulta storica, mentre minori, giovani adulti e persone con bisogni emergenti faticano a trovare percorsi tempestivi, differenziati e accessibili. Nuove forme di vulnerabilità (dipendenze digitali, gaming, policonsumo, bisogni dei giovani e dei minori, comorbilità psichiatrica) richiedono modelli più flessibili, tempestivi e multidimensionali, che oggi non sono uniformemente disponibili.
- **Carenza di setting dedicati e strumenti condivisi per la continuità terapeutica.** La collaborazione tra Dipendenze, Salute Mentale, NPIA, servizi sociali e giustizia è spesso affidata a prassi locali non strutturate, con criticità nei passaggi più fragili (carcere-territorio, minore-adulto, acuzie-post acuzie, doppia diagnosi). La carenza di spazi specifici, setting intermedi (sub-acuzie, post-acuzie, bassa soglia) rappresenta una criticità emersa con particolare evidenza nei Tavoli 3 (salute mentale), 6 (carcere) e 7 (dipendenze comportamentali).
- **Prevenzione insufficiente e poco strutturata**. Criticità segnalata dal Tavolo 4 (prevenzione), e richiamata anche dai Tavoli 2, 7 e 8. La prevenzione appare episodica, scarsamente fondata su evidenze e non sostenuta da una cornice educativa nazionale condivisa che ne garantisca qualità, continuità e riconoscimento istituzionale. La mancanza di standard, strumenti validati e coordinamento tra attori limita la capacità di intercettare precocemente situazioni di rischio.
- **Debolezza dell'infrastruttura informativa**. Criticità emersa soprattutto nel Tavolo 5 (monitoraggio), ma con richiami in tutti gli altri Tavoli. La mancanza di sistemi informativi interoperabili, glossari comuni, indicatori minimi condivisi e data linkage limita la capacità di programmare, valutare e innovare.
- **Competenze professionali e formazione insufficientemente strutturate**. Criticità segnalata trasversalmente da tutti i Tavoli (1-8). I Tavoli segnalano carenze di personale, difficoltà di reclutamento e assenza di percorsi formativi specifici nelle professioni sanitarie, sociali ed educative. I Tavoli evidenziano inoltre mancanza di linguaggi tecnici condivisi e ridotta formazione interistituzionale tra sanità, scuola, giustizia e Terzo Settore.

Accanto alle criticità, i Tavoli individuano un **insieme di convergenze trasversali** che rappresentano i pilastri più solidi per l'evoluzione del sistema. Le proposte non costituiscono una somma di indicazioni settoriali, ma convergono verso un disegno unitario incentrato su governance forte, prevenzione strutturale, innovazione, coordinamento operativo e continuità terapeutica.

- **Governance multilivello**. I Tavoli convergono sulla necessità di una regia nazionale e regionale stabile, coordinata dal DPA, per armonizzare standard, evitare frammentazioni e promuovere la coprogrammazione e coprogettazione dei servizi. I tavoli propongono: cabine di regia e tavoli tecnici regionali e nazionali; ruolo forte del Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze; linee di indirizzo e protocolli condivisi; autonomia dei Dipartimenti delle dipendenze.
- **Formazione strutturata e riconoscimento disciplinare**. Tema sostenuto da tutti i Tavoli, con enfasi nei Tavoli 2, 3, 4, 5, 7 e 8. La formazione è ritenuta una leva sistemica per qualificare le competenze, creare un linguaggio comune e sostenere modelli innovativi di presa in carico. I tavoli propongono: Inserimento della Disciplina delle Dipendenze nei percorsi universitari; formazione interdisciplinare e multi-attore; nuove figure professionali (peer, utenti esperti per esperienza, aiuto-educatori); formazione di decisori, operatori e della comunità educante.
- **Monitoraggio e uso del dato per orientare le politiche.** Proposta comune a tutti i Tavoli, con contributo centrale del Tavolo 5. Il dato è identificato come fondamento della programmazione, della valutazione e della trasparenza. I tavoli propongono: sistema informativo nazionale e interoperabile;

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

indicatori minimi condivisi di processo ed esito; Osservatori coordinati; accesso ai dati per ricerca e programmazione.

- **Innovazione dei servizi e accesso facilitato.** Proposta sostenuta dai Tavoli 2, 4, 7 e 8. I servizi devono essere più flessibili, prossimi, capaci di rispondere ai bisogni emergenti e di ridurre stigma e barriere di accesso. I tavoli propongono: punti di accesso diffusi e setting differenziati; riduzione delle barriere burocratiche; modelli digitali e low-threshold; valorizzazione dei setting territoriali (Case di Comunità, Scuole, Centri per la Famiglia, Prefetture, reti sportive).
- **Prevenzione precoce basata su evidenze**. Proposta centrale nel Tavolo 4 e richiamata dai Tavoli 2, 7 e 8. La prevenzione deve diventare una politica strutturale, fondata su programmi validati, linguaggi condivisi e coinvolgimento attivo della comunità educante. I tavoli propongono: cornice educativa nazionale validata; ruolo della scuola e della comunità educante; programmi pluriennali; alfabetizzazione digitale e patti educativi.
- **Continuità terapeutica e percorsi integrati.** Proposta ricorrente nei Tavoli 2, 3, 6 e 7. La continuità terapeutica è centrale per migliorare gli esiti e ridurre vulnerabilità e recidive. I tavoli propongono: case manager; protocolli condivisi; équipe interistituzionali; filiere carcere-territorio; coordinamento operativo Dipendenze-Salute Mentale.

Nel loro insieme, le criticità e le convergenze descritte delineano una traiettoria comune e coerente che alimenta la maturazione delle proposte elaborate e orienta il sistema delle dipendenze verso un modello più solido, equo e capace di rispondere ai bisogni emergenti. Le principali linee di azione riportate nel Box rappresentano l'esito della ricomposizione del lavoro dei Tavoli e costituiscono la sintesi più matura della dimensione tecnico-operativa del percorso.

BOX – PRINCIPALI LINEE DI AZIONE EMERSE DAI TAVOLI TEMATICI (PER AREE)

GOVERNANCE
- Cabine di regia regionali e nazionali.
- Standard e protocolli condivisi.
- Autonomia dei Dipartimenti Dipendenze.

FORMAZIONE E COMPETENZE
- Disciplina delle Dipendenze nei percorsi universitari.
- Formazione congiunta e interdisciplinare.
- Nuovi profili professionali.
- Formazione della comunità educante.

MONITORAGGIO, DATI E VALUTAZIONE
- Sistema informativo nazionale interoperabile.
- Indicatori condivisi.
- Osservatori coordinati.

INNOVAZIONE DEI SERVIZI
- Punti di accesso diffusi e modelli low-threshold.
- Setting flessibili e digitali.
- Valorizzazione del territorio (Case di Comunità, Centri per la famiglia, scuole, sport, Prefetture).

PREVENZIONE
- Cornice educativa nazionale basata su evidenze.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- Programmi pluriennali.
- Alfabetizzazione digitale.

CONTINUITÀ TERAPEUTICA E INTEGRAZIONE

- Case manager.
- Protocolli condivisi.
- Filiere carcere-territorio.
- Coordinamento operativo Dipendenze-Salute Mentale.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

PARTE 3 - Sintesi trasversale, evidenze comparate e condizioni di attuazione

3.1 Premessa e fonti per l'analisi trasversale

La Parte 3 del Rapporto ricompone in una prospettiva unitaria le evidenze qualitative e quantitative raccolte durante tutto il percorso della Conferenza, dai Tavoli tematici, al workshop integrato del 10 ottobre fino alle sessioni parallele e al *question time* con i decisori istituzionali.

Questa parte del Rapporto non ripropone i contenuti già discussi nella Parte 2, ma ne offre una lettura trasversale, finalizzata a identificare le convergenze maturate, le divergenze rilevanti, le condizioni necessarie per l'attuazione delle proposte e gli assi strategici che orientano la futura evoluzione del sistema delle dipendenze a livello nazionale.

L'analisi si basa su quattro fonti principali:

- **i materiali prodotti dai Tavoli tematici**, che ricompongono convergenze, sensibilità e differenze di approccio emerse tra prospettive disciplinari, contesti territoriali e istituzionali diversi;
- **le evidenze ricavate dagli strumenti partecipati del workshop del 10 ottobre**, nel quale oltre 100 proposte sono state presentate, discusse e valutate tramite questionario, generando un patrimonio significativo di osservazioni qualitative e quantitative;
- **le trascrizioni delle sessioni parallele della Conferenza**, che hanno ampliato la discussione includendo una platea più eterogenea di attori istituzionali, professionali, territoriali e rappresentanze del Terzo Settore, restituendo feedback operativi e prioritizzazioni condivise;
- **il confronto con i Ministri e i rappresentanti istituzionali**, che ha consentito di verificare la coerenza delle proposte con le politiche in corso, individuare leve normative e riconoscere le condizioni abilitanti per l'implementazione.

3.2 Le valutazioni quantitative del 10 ottobre

Il workshop del 10 ottobre ha rappresentato un momento decisivo per la validazione condivisa delle proposte elaborate dai Tavoli. La valutazione delle 104 proposte ha evidenziato un livello di consenso

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

molto elevato: il 17% delle proposte ha ricevuto una valutazione ≥ 9 (massimo accordo su rilevanza e fattibilità); il 75% si colloca tra 8 e 9; solo l'8% è stato valutato con un punteggio < 8, concentrato in aree dove permangono divergenze operative o di responsabilità. Questo risultato conferma la solidità tecnica delle analisi e la forte convergenza sulle priorità individuate.

Il dato quantitativo mostra tre elementi fondamentali:

- **allineamento sulla diagnosi**: le fragilità strutturali identificate dai Tavoli sono riconosciute come reali e prioritarie dalla comunità professionale e istituzionale;
- **convergenza sulle priorità di sistema**: governance, formazione strutturata, prevenzione e infrastruttura informativa emergono come elementi indispensabili per l'evoluzione del sistema;
- **individuazione dei nodi sensibili:** le proposte con minore accordo – pur con punteggi comunque elevati – evidenziano ambiti che richiedono ulteriori chiarimenti e indirizzi nazionali.

Le tre proposte con il maggior livello di accordo (con valutazioni più alte) riguardano:

- la **formazione universitaria in Disciplina delle Dipendenze** (con un punteggio medio di 9,4), che intercetta la richiesta di competenze specialistiche, formazione interdisciplinare e strutturata per le professioni sanitarie e sociali;
- la costituzione di tavoli istituzionali di **co-programmazione e co-progettazione** (9,3), come base operativa del coordinamento tra sistema pubblico e ETS;
- le **misure obbligatorie di limitazione dell'offerta di gioco** (9,3), particolarmente rilevanti nella discussione sul GAP e sul gaming.

Le proposte meno condivise (con valutazioni più basse), pur non rappresentando un disaccordo netto, segnalano invece tensioni irrisolte:

- l'**accesso diretto alle comunità terapeutiche** (6,7), percepito come potenziale indebolimento della regia pubblica;
- alcuni aspetti del rapporto Dipendenze-Salute Mentale come l'ipotesi di presenza stabile del medico SerD negli SPDC (7,4), che evidenzia tensioni organizzative e di ruolo;
- la residenza anagrafica in carcere per persone senza fissa dimora (7,7), complessa per il suo impatto amministrativo e giuridico.

Queste evidenze aiutano a distinguere le priorità ampiamente condivise dai nodi che richiedono sedi tecniche permanenti e cornici più chiare (o perché coinvolgono responsabilità sovrapposte o perché rappresentano ambiti normativi sensibili). Le valutazioni quantitative confermano l'esistenza di un nocciolo duro di consenso e molte delle priorità che emergono nella discussione qualitativa.

3.3 Evidenze trasversali: convergenze, divergenze e conferme emerse nel confronto nazionale

L'analisi trasversale mostra che la grande maggioranza delle proposte si concentra su un nucleo consistente di temi considerati rilevanti da tutti gli attori del sistema. Accanto a queste convergenze persistono alcune divergenze che meritano approfondimenti ulteriori.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

3.3.1 Convergenze trasversali

Le principali aree di convergenza – che si confermano quelle già descritte analiticamente nel paragrafo 2.10 – possono essere ricondotte alle seguenti:

- **Governance,** con la richiesta di rafforzare la regia del Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze, attivare cabine di regia regionali e tavoli tecnici permanenti e garantire autonomia gestionale ai Dipartimenti Dipendenze. Questo insieme di convergenze è tra le più nette e ricorrenti. Molti sottolineano inoltre che l'attuale relazione sistema pubblico-ETS è ancora troppo episodica e non sempre basata su dispositivi operativi. Viene chiesto di stabilizzare la co-programmazione e la co-progettazione.
- **Formazione strutturata**, che viene vista come leva trasformativa. Le richieste convergono su: inserimento della Disciplina delle Dipendenze nei percorsi universitari, percorsi multi-professionali e multi-attore, nuove figure professionali (peer, utenti esperti, aiuto-educatori); formazione continua e certificata per docenti, operatori e decisori.
- **Sistema informativo nazionale interoperabile,** con indicatori minimi comuni e Osservatori (nazionale e regionali) coordinati.
- **Innovazione dei servizi,** orientata a rispondere alla necessità di garantire soluzioni flessibili, capaci di intercettare precocemente bisogni emergenti e che valorizzino le opportunità della digitalizzazione e i nuovi setting territoriali.
- **Prevenzione precoce basata su evidenze**, stabile, non episodica, radicata nella scuola e nella comunità educante, e capace di gestire i nuovi rischi (smartphone, gaming, psicofarmaci, ecc.).
- **Continuità terapeutica**, con particolare attenzione ai passaggi critici e proposte di protocolli operativi condivisi, équipe multidisciplinari, case manager unici e raccordi più efficaci tra servizi e istituzioni.

3.3.2 Divergenze significative

Accanto alle convergenze, emergono alcuni temi sensibili:

- **Il rapporto tra Dipendenze e Salute Mentale.** Mentre tutti riconoscono la necessità di lavorare insieme, sulla necessità di coordinamento clinico e operativo, permane un dibattito sulla tutela dell'identità disciplinare delle dipendenze e, soprattutto, sul modello adottato da molte regioni dove i Dipartimenti sono stati assorbiti nella Salute mentale.
- **Accesso diretto alle comunità terapeutiche**: una proposta controversa, valutata più bassa anche nel questionario, per il rischio di indebolire la regia pubblica e la funzione di governo clinico del SerD. Permangono visioni diverse sul perimetro dell'accesso diretto alle comunità e sull'equilibrio pubblico–privato nella presa in carico.
- **Rischio di medicalizzazione delle dipendenze digitali.** Occorre evitare approcci troppo sanitari in un ambito dove prevenzione e interventi educativi sono fondamentali.
- **Regolazione del gioco d'azzardo.** Divergenze sul livello di restrizione necessario e sul bilanciamento tra prevenzione e mercato legale. Permangono divergenze tra chi chiede misure più restrittive (limitazioni, identità digitale obbligatoria) e chi teme effetti collaterali sulla rete legale del gioco.
- **Privacy e accesso ai dati**: alcune posizioni sottolineano le opportunità offerte dal data linkage; altre segnalano i rischi legati ai vincoli normativi (GDPR).

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- **Autonomia scolastica nella prevenzione**: tema che genera incertezza nella definizione dei ruoli tra scuola, sanità e comunità educante.
- **Strutturazione dei percorsi carcere–territorio** e omogeneità dei criteri giuridici territoriali.

Pur in presenza di tali divergenze, il confronto ha mostrato la disponibilità degli attori a lavorare verso soluzioni condivise.

3.4 Condizioni per l'attuazione delle proposte

Perché le proposte possano tradursi in interventi efficaci e sostenibili, occorre che il sistema nel suo complesso si doti di alcune condizioni abilitanti, condivise sia dai Tavoli sia dai decisori istituzionali. L'ampio consenso raccolto attorno a molte delle proposte non deve far dimenticare le condizioni di attuazione necessarie affinché esse si traducano in misure reali, sostenibili e coerenti sul territorio nazionale.

In primo luogo, occorre una **regia istituzionale chiara e multilivello**. Il Dipartimento delle Politiche contro la droga e le altre dipendenze è riconosciuto da tutti i Tavoli come il punto di raccordo imprescindibile capace di coordinare attori diversi, fornire linee di indirizzo, standard e strumenti comuni.

In secondo luogo, la **coerenza organizzativa** rappresenta una condizione essenziale: i Dipartimenti delle Dipendenze devono essere riconosciuti come unità autonome con capacità programmatoria e gestionale. La loro autonomia non è solo un tema amministrativo, ma un fattore istituzionale e organizzativo che influenza la continuità dei percorsi, la capacità di integrare servizi pubblici, terzo settore accreditato e nuovi setting territoriali e dipendenze emergenti, e la possibilità di implementare modelli innovativi di presa in carico.

In terzo luogo, la **formazione** rappresenta una condizione strutturale importante: la Disciplina delle Dipendenze deve diventare un ambito disciplinare riconosciuto. Il sistema non può sostenere nuovi setting, nuovi target e nuove forme di dipendenza senza professionisti adeguatamente formati. La formazione congiunta – universitaria, specialistica e interistituzionale – emersa in più Tavoli è una condizione irrinunciabile per superare silos culturali e operativi.

È poi decisivo investire in un **sistema informativo nazionale interoperabile**, come richiesto con forza dal Tavolo Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto. Senza dati affidabili, integrati e accessibili, ogni tentativo di programmazione rischia di essere parziale o transitorio. La dorsale nazionale per l'interoperabilità dei dati, evocata nel dibattito istituzionale, è una condizione di sistema che può abilitare ricerca, valutazione e controllo LEA.

Le condizioni di attuazione includono anche **il tema delle risorse**: sebbene negli ultimi anni si siano registrati incrementi significativi del finanziamento dedicato (come ricordato dal Sottosegretario Gemmato), occorrerà orientare le risorse verso setting innovativi, figure professionali emergenti, nuovi strumenti digitali, formazione del personale, prevenzione e ricerca.

Infine, la **tenuta dei territori** rappresenta una condizione essenziale. La capacità delle regioni di attivare cabine di regia, protocolli integrati, strumenti di co-progettazione e reti educative dipende dalla presenza di una cornice nazionale chiara ma anche dal sostegno tecnico-operativo necessario per garantire coerenza e continuità.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

3.5 Punti di attenzione e aree da approfondire

Pur in presenza di un forte consenso, l'analisi ha evidenziato alcuni nodi che richiedono ulteriori approfondimenti:

- il rapporto organizzativo tra Dipendenze e Salute mentale, dove è necessario conciliare fabbisogni di integrazione disciplinare e mantenimento dell'identità disciplinare;
- l'accesso diretto alle comunità terapeutiche, che richiede un modello che non indebolisca la regia pubblica;
- il rischio di medicalizzazione eccessiva nel campo delle dipendenze digitali, da bilanciare con approcci educativi e sociali;
- il tema della privacy e della condivisione dei dati, che necessita di una cornice normativa aggiornata per permettere data linkage e ricerca scientifica;
- la regolazione del gaming e del gioco d'azzardo, con divergenze sul livello di restrittività delle misure;
- l'integrazione delle azioni scolastiche con l'autonomia degli istituti;
- la gestione delle transizioni (minori-adulti, carcere-territorio, acuzie-post acuzie), ancora fragile in molte realtà;
- la carenza di setting intermedi, particolarmente evidente nelle aree dedicate ai minori e alla doppia diagnosi.

Sono aree che necessitano di linee di indirizzo nazionali e di sedi di confronto tecnico permanenti, per evitare divergenze applicative.

3.6 Gli assi strategici per la riforma in una prospettiva trasversale

Gli assi strategici individuati rappresentano la sintesi più matura di quanto emerso nel percorso preparatorio, nel confronto trasversale e nel dialogo con le istituzioni. Essi costituiscono la piattaforma di riferimento per la futura agenda nazionale sulle dipendenze. Si tratta di cinque assi strategici che sintetizzano le priorità condivise dagli attori tecnici e istituzionali coinvolti e che costituiscono la cornice politica e operativa entro la quale programmare gli interventi dei prossimi anni.

1. **Rafforzare l'architettura istituzionale.** Il primo asse strategico riguarda la governance, unanimemente riconosciuta come condizione abilitante dell'intero sistema. La frammentazione attuale, la variabilità territoriale e l'assenza di meccanismi stabili di coordinamento richiedono una regia più forte e più chiara, in grado di orientare e integrare l'azione dei diversi livelli istituzionali. In questa prospettiva, il ruolo del Dipartimento delle Politiche contro la droga e le altre dipendenze assume centralità nella definizione di indirizzi comuni, nella coerenza tra politiche settoriali e nella costruzione di tavoli tecnici interministeriali. Parallelamente, numerosi Tavoli e sessioni parallele hanno sottolineato la necessità di ripristinare o rafforzare i Dipartimenti delle Dipendenze come strutture autonome, dotate di risorse dedicate, responsabilità programmatorie e governance clinico-organizzativa. Un'architettura istituzionale più solida riduce le disomogeneità regionali, garantisce equità nell'accesso e crea le condizioni per una risposta realmente integrata ai bisogni.
2. **Sostenere una Disciplina delle Dipendenze moderna e multidisciplinare.** Il secondo asse riguarda l'identità disciplinare e le competenze professionali. L'introduzione strutturata della

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Disciplina delle Dipendenze nei percorsi universitari e specialistici è considerata indispensabile per riconoscere la specificità dell'area e sostenere l'evoluzione dei servizi. Una clinica moderna deve poggiare su:

- percorsi formativi obbligatori nelle professioni sanitarie e sociali;
- nuove figure professionali (peer, utenti esperti, aiuto-educatori);
- strumenti diagnostici e valutativi condivisi;
- formazione congiunta tra servizi pubblici ed Enti del Terzo Settore.

Solo un'identità clinica forte consente di affrontare comorbilità complesse, costruire linguaggi comuni tra SerD, DSM/NPIA, comunità terapeutiche e servizi sociali e garantire continuità nei percorsi.

3. **Rendere strutturale la prevenzione precoce.** Il terzo asse trasforma la prevenzione da insieme di iniziative episodiche a vera politica pubblica strutturale. Le evidenze raccolte mostrano che: la prevenzione attuale è frammentata, disomogenea e spesso non basata su evidenze; meno della metà degli studenti italiani è raggiunta da interventi efficaci; nuove vulnerabilità (psicofarmaci, digitale, gaming) stanno emergendo con rapidità. Rendere la prevenzione strutturale significa:
   - adottare strategie basate su evidenze e modelli validati;
   - rafforzare la comunità educante (scuole, famiglie, sport, servizi territoriali);
   - introdurre programmi pluriennali replicabili;
   - sviluppare i «Cantieri di Comunità Educanti» come laboratori territoriali di innovazione;
   - migliorare l'alfabetizzazione digitale di giovani e adulti.

   Una prevenzione strutturale, stabile e fondata su evidenze riduce drasticamente la latenza tra esordio dei consumi e presa in carico.

4. **Coordinare stabilmente servizi sanitari, sociali, educativi e giudiziari.** Il quarto asse riguarda il coordinamento tra professionisti, servizi e istituzioni, riconosciuta come una necessità trasversale. La complessità delle dipendenze richiede una rete capace di:
   - condividere diagnosi e valutazioni cliniche;
   - utilizzare protocolli operativi comuni;
   - lavorare attraverso équipe interistituzionali;
   - garantire case manager unici;
   - rafforzare la continuità terapeutica soprattutto nei passaggi più fragili.

   Le aree più critiche – minori, doppia diagnosi, carcere, misura alternativa, post-acuzie – richiedono modelli operativi più coordinati, sistemi di comunicazione interoperabili e filiere territoriali integrate. Un'integrazione stabile e multilivello migliora gli esiti clinici, riduce il rischio di abbandono, aumenta la capacità di ingaggio precoce delle persone più vulnerabili e in prospettiva la capacità di innovare l'offerta.

5. **Costruire un sistema informativo nazionale interoperabile e orientato alla valutazione.** L'ultimo asse riguarda il dato. Un sistema senza informazioni affidabili non può programmare, valutare o migliorare le politiche pubbliche. Il percorso preparatorio e gli interventi istituzionali convergono sulla necessità di:
   - una piattaforma unica nazionale interoperabile;
   - indicatori minimi comuni per tutti i livelli di assistenza;
   - flussi integrati sanitari, sociali, educativi e giudiziari;
   - strumenti privacy-by-design;
   - Osservatori regionali e nazionale coordinati;

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- un quadro normativo aggiornato per consentire il data linkage.

Un'infrastruttura informativa moderna rende possibile valutare gli esiti reali dei percorsi, orientare correttamente le risorse e monitorare l'impatto delle politiche, favorendo trasparenza, qualità e ricerca scientifica.

3.7 Priorità operative per i prossimi anni

L'attuazione degli assi strategici richiede la traduzione delle priorità su un orizzonte temporale differenziato. La proposta è di distribuire le priorità su due orizzonti temporali – breve e medio periodo – per tradurre gli assi strategici in un'agenda concreta, sostenibile e progressiva.

A breve termine (12–18 mesi)

- attivazione delle cabine di regia regionali e tavoli nazionali tematici, con funzioni operative di raccordo e standardizzazione;
- definizione di linee di indirizzo nazionali per garantire coerenza e sostenibilità nei territori in materia di governance, salute mentale e dipendenze, dipendenze digitali, carcere;
- avvio dello sviluppo curriculare della Disciplina delle Dipendenze, con moduli e sperimentazioni formative;
- sviluppo formazione congiunta e multi-attore;
- ampliamento dei punti di accesso e sviluppo di servizi di prossimità rivolti in particolare a minori, under 25 e fasce vulnerabili;
- sperimentazione dei Cantieri di comunità educanti, come modelli territoriali di prevenzione integrata;
- avvio di studi pilota per l'interoperabilità dei dati e la definizione di indicatori minimi nazionali;
- attivazione di percorsi dedicati per minori e giovani vulnerabili, in collaborazione con scuola, servizi sociali, sport e famiglie.

A medio termine (3–5 anni):

In una prospettiva più strutturale, le priorità riguardano l'architettura del sistema e la sua capacità di rispondere ai bisogni emergenti:

- piena operatività dei Dipartimenti delle Dipendenze autonomi, con responsabilità programmatorie e risorse stabili;
- Standard e linee di indirizzo nazionali: per prevenire disomogeneità applicative e assicurare equità territoriale;
- implementazione del sistema informativo nazionale interoperabile, fondamento del monitoraggio e della valutazione;
- sviluppo dei setting intermedi (sub-acuzie, post-acuzie, bassa soglia) e potenziamento di quelli dedicati a minori e doppia diagnosi;
- consolidamento della prevenzione territoriale strutturale, con programmi pluriennali basati su evidenze;
- stabilizzazione delle nuove figure professionali e rafforzamento delle équipe multidisciplinari;
- risorse dedicate e sostenibili per servizi per dipendenze digitali e gaming, con criteri diagnostici aggiornati e setting dedicati;

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

- rafforzamento della filiera carcere-territorio, per garantire presa in carico continua e accesso appropriato alle misure alternative.

3.8 Verso un nuovo assetto del sistema delle dipendenze

L'insieme delle evidenze raccolte delinea una direzione chiara di sviluppo: dotare il sistema delle dipendenze di un'identità organizzativa forte, di una cultura disciplinare e preventiva condivisa, e di strumenti informativi e operativi capaci di sostenere scelte coerenti, tempestive e orientate ai bisogni reali. Le convergenze espresse da operatori, esperti, istituzioni e rappresentanze territoriali costituiscono un patrimonio comune, che richiede continuità politica, stabilità istituzionale e un impegno operativo costante.

Come ricordato dal **Sottosegretario Mantovano** nella sua sintesi con cui i lavori sono stati conclusi, la Conferenza disegna «un cambio di paradigma» che chiama a una responsabilità condivisa: ricomporre un sistema frammentato, rafforzarne i presupposti clinici e preventivi, e sostenere un modello orientato all'equità, alla tempestività e all'integrazione. La solidità dei contributi emersi e il consenso registrato nelle diverse sedi della Conferenza mostrano che il Paese dispone oggi di una base tecnico-istituzionale matura per intraprendere un percorso di riforma strutturale.

Gli assi strategici individuati rappresentano pertanto i cardini attraverso cui trasformare questa visione in una politica pubblica stabile, multilivello e orientata all'equità, capace di garantire continuità nel tempo e di rispondere in modo efficace alle vulnerabilità emergenti.

La Conferenza restituisce dunque un patrimonio comune di analisi, orientamenti e priorità che il sistema nel suo complesso riconosce come necessari. Questo patrimonio condiviso costituisce oggi la base su cui costruire un percorso di sviluppo coerente, capace di rafforzare la continuità delle politiche pubbliche e di sostenere, nel tempo, un sistema delle dipendenze più equo, integrato e orientato ai bisogni reali delle persone e dei territori.

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

SINTESI DELL'INTERVENTO CONCLUSIVO DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI ALFREDO MANTOVANO AL TERMINE DELLA CONFERENZA

L'intervento conclusivo del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, Alfredo Mantovano, ha ricomposto gli elementi principali emersi nelle due giornate, richiamando la funzione della Conferenza come spazio di consultazione ampia, di verifica tecnica e di indirizzo istituzionale per la futura evoluzione del sistema.

1. *«L'accurata preparazione di questa Conferenza ha consentito di raccogliere esperienze, riflessioni, opinioni e proposte che, riversate nelle sessioni di questi due giorni, hanno reso possibile l'importante e significativa ampiezza dei fronti inclusi nella strategia di contrasto alle dipendenze e di recupero. È ciò che ci ha ricordato ieri anche il Capo dello Stato, nell'intervento che ha chiuso la prima sessione di questa settima Conferenza. Di questa accurata preparazione, desidero anzitutto ringraziare il Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze, il dottor Paolo Molinari, i suoi collaboratori, la dottoressa Elisabetta Simeoni, il colonnello Andrea Zapparoli e tutti coloro che hanno contribuito. Allo stesso modo, della "significativa ampiezza" dei fronti di contrasto alle dipendenze emersa in tutta la sua articolazione in questi due giorni, desidero ringraziare tutti gli operatori e tutti gli esperti intervenuti a vario titolo: cioè tutti voi. Mi piacerebbe nominare ciascuno singolarmente, ma esaurirei il tempo a disposizione. Permettetemi, infine, di ringraziare la dottoressa Eva Crosetta per la sua conduzione veramente magistrale.*

   Le mie non vogliono essere conclusioni, altrimenti non sarei coerente con l'aver qualificato ieri questo nostro appuntamento come una tappa di un percorso. Ieri abbiamo esposto i risultati ottenuti fino a questo momento; oggi, traendo spunto da molti degli interventi che ho ascoltato – non tutti, ovviamente, me ne scuso, ma rispondo a un'esigenza di sintesi – desidero limitare queste considerazioni conclusive a tre aspetti: gli elementi positivi emersi, i problemi principali illustrati dai gruppi di lavoro e ora oggetto di confronto con le istituzioni, e le linee di impegno comune per l'immediato futuro.

2. *Il primo elemento positivo, che credo sia sotto gli occhi di tutti, è il coinvolgimento e l'attenzione di tutte le istituzioni, che non elenco nuovamente. Un coinvolgimento così ampio sottolinea la chiara consapevolezza di quanto il tema delle dipendenze sia cruciale. Converrete con me che tre anni fa non vi era la medesima percezione. E, come abbiamo visto e sentito, non è stata una passerella: gli interventi del Pontefice, delle più alte cariche dello Stato, dei Ministri e di tutti voi non sono stati di circostanza.*

   Il secondo elemento positivo è il confronto diretto tra gli operatori e i rappresentanti delle istituzioni: un confronto che c'è stato fino a pochi minuti fa e che certamente non si esaurisce qui. Le

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

interlocuzioni con i Presidenti delle Regioni hanno caratterizzato questo nostro lavoro fin dall'inizio, nella sede del Dipartimento; molti di voi ne hanno preso parte. Anche in questo caso, possiamo dire che insieme si può. Da questi primi due elementi deriva la consapevolezza che quel lavoro di squadra, evocato più volte anche nella mattinata di oggi, è essenziale.

Nessuno nega – riprendo un passaggio del discorso di ieri della Presidente Meloni – che esistano differenti orientamenti, differenti visioni, differenti esperienze. Confermo però che tutto ciò non rappresenta un limite: è una ricchezza, che però va messa insieme in modo ordinato e coordinato. Dobbiamo essere consapevoli che le divisioni, quando toccano questioni cruciali, spesso dipendono dal mancato confronto: non ci si è parlati per troppo tempo. E non parlarsi, non confrontarsi, non discutere – anche, se necessario, in modo acceso, ma civile – significa radicarsi ancora di più nelle proprie posizioni. Ora questo tempo è finito. Da adesso – in linea con quanto abbiamo fatto fin dall'avvio del Governo – viene il momento del superamento di questa chiusura. Aver ripreso il ritmo della Conferenza nazionale ha anche il senso di aver ricominciato a guardarci negli occhi e a mettere in comune orientamenti, visioni, esperienze. Ci sono dissensi, e meno male. L'importante è che vengano espressi in modo costruttivo.

Vorrei aggiungere una cosa: sono molto lieto che il Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze goda di tanta attenzione e di tanta stima, ma desidero ribadire che il Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze non è il "superministero" delle dipendenze. Non vorrei deludere le attese che sono maturate nei vari interventi, ma la sua funzione è di coordinamento, di sollecitazione, di condivisione, non di sostituzione. Questo vale anzitutto nel rapporto con le Regioni, e vale nel rapporto con le varie articolazioni del Governo nazionale. Ciò che mi impegno a fare, e che il Dipartimento si impegna a fare da subito, è far sì che questo confronto prosegua non soltanto con i Ministeri, ma anche con le Regioni. Credo infatti che su queste tematiche le "gambe" del tavolo debbano essere tre: il Governo nazionale, le Regioni e le Province autonome, e la voce degli operatori che si è espressa in questa Conferenza. Su due gambe nessun tavolo regge.

Ho apprezzato molto – ed è un elemento estremamente positivo – l'omogeneità dell'esposizione emersa nei lavori. Non è frutto del caso: è l'esito del lavoro di collaborazione con il CERGAS-SDA Bocconi, il centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale della Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi, che desidero ringraziare. Ciò dimostra che il metodo è una componente essenziale di un lavoro ben fatto. Ultimo, ma non per peso, tra gli elementi positivi, è l'importanza della comunicazione e del "come comunicare". Mi è stato riferito che un panel come quello del pomeriggio di ieri non abbia precedenti nelle passate Conferenze. È un nodo strategico, come abbiamo visto, e abbiamo potuto apprezzare in particolare l'intervento del professor Vincenzo Schettini e di Vittorio Brumotti. Intendiamo proseguire anche su questa strada. Da ultimo, ma ancora una volta ultimo non per importanza, voglio richiamare lo spazio dato alle altre dipendenze, che finalmente hanno trovato posto nella discussione – non per graziosa concessione, ma perché rappresentano una tragica realtà – e che troveranno posto anche nelle fasi successive dei lavori.

3. *Vengo al secondo punto: quali sono gli elementi critici che la Conferenza ha trattato e che orientano il lavoro da fare? Intanto, l'esatta configurazione dei fenomeni. Nonostante sia già trascorso, ahimè, un quarto di questo ventunesimo secolo, non riusciamo ancora a disporre di dati precisi, esatti, adeguati sulla consistenza e sulla qualità dei fenomeni medesimi. I dati – lo avete attestato in modo assolutamente unanime – sono frammentati, raccolti con sistemi digitali diversi da ciascuna Regione, con modalità che possono anche descrivere correttamente il quadro delle singole realtà, ma non permettono una lettura omogenea, che invece è fondamentale. Nell'epoca di Internet e*

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

dell'interoperabilità dobbiamo superare ogni ostacolo nella condivisione dei dati e compiere passi concreti in questa direzione. Dobbiamo raggiungere, intensificando il lavoro con le Regioni, l'unificazione dei sistemi informativi per la raccolta dei dati delle singole Regioni, in un sistema nazionale che consenta di valutare anche gli esiti degli interventi dei SerD e delle comunità.

Abbiamo un problema di privacy e abbiamo un'interlocuzione aperta con l'Autorità, nello spirito della Conferenza. Occorre però ricordare, come già richiamato dal Ministro Roccella, che tra qualche giorno entrerà in vigore una novità introdotta da un decreto-legge di due anni fa; e questi due anni sono trascorsi non tanto nell'interlocuzione con l'Autorità per la privacy, quanto con un'altra Autorità, quella per le Comunicazioni, con qualche sconfinamento anche a Bruxelles. Oggi è sabato e, nella Sacra Scrittura, quando Nostro Signore compie alcune azioni di sabato, in particolare miracoli, riceve la lezione di quei farisei che pensavano di insegnargli a stare al mondo. Parafrasando le sue parole sul sabato, potremmo dire che "la privacy è per l'uomo, non l'uomo per la privacy". Questo vale anche per le altre Autorità.

Sulla parola chiave "prevenzione", concordo con quanto hanno detto i coordinatori dei gruppi. Prevenzione significa anzitutto corretta informazione, e quindi descrizione oggettiva e scientifica dei fenomeni. Ritengo che una delle ricchezze di questa Conferenza nazionale sia stata proprio la presenza delle società scientifiche. Prevenzione significa anche percezione della gravità della diffusione delle dipendenze, e determinazione nel far crescere questa percezione. I dati che ieri ha esposto il Sottosegretario Baracchini dovrebbero allarmare chiunque, non soltanto coloro che sono in quest'Aula, già ben consapevoli della situazione. Colpisce in particolare la rilevazione secondo cui lo "sballo" è considerato normale dal 69% di chi ha tra 16 e 24 anni.

4. *Abbiamo alle spalle un'esperienza molto positiva – ne abbiamo molte, ma questa è particolarmente significativa – ed è quella della "legge Sirchia", la legge n. 3 del 2003. Ero al Governo anche allora, sia pure in un altro ruolo, e ricordo che non fu una passeggiata per l'allora Ministro della Salute, né in Consiglio dei ministri né in Parlamento. Fu una guerra vera e propria, che però, a vent'anni di distanza, consente di cogliere oggi una percezione diffusa dei danni da fumo radicalmente diversa rispetto a quella di allora. Mi chiedo se possiamo fare lo stesso con la droga. In teoria dovrebbe essere più semplice.*

   Sempre a proposito di prevenzione, non voglio – sarebbe davvero guastare il clima di questa Conferenza – aprire polemiche sulla questione della riduzione del rischio e del danno, sulla prevenzione dell'overdose e delle patologie correlate alla tossicodipendenza. So bene che esistono posizioni differenti e comprendo il ragionamento di chi sostiene che dobbiamo tener conto anche di coloro che non intendono affrontare un percorso di recupero; tuttavia, noi abbiamo il dovere di non lasciarli a sé stessi. Abbiamo detto e ripetuto che la prospettiva è di non abbandonare nessuno. Se questo è l'obiettivo, e l'obiettivo è condiviso, vediamo insieme come raggiungerlo, ma senza far passare un messaggio di rassegnazione alla dipendenza, di mero mantenimento di questa condizione come obiettivo sufficiente. Non deve consolidarsi il messaggio che talora emerge da improvvide iniziative di enti locali, secondo cui l'importante è assumere la sostanza in modo "asettico". No: l'importante è non assumere la sostanza, altrimenti abbiamo fallito.

5. *Lavoriamo insieme, senza pregiudizi. Ciò su cui credo tutti conveniamo è che prevenzione e "sanitarizzazione" non devono coincidere, perché il sistema sanitario ha certamente un ruolo decisivo, ma prevenzione significa anche, oltre alla corretta informazione, ciò che ci hanno raccontato*

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

i Ministri Valditara e Bernini: l'intervento della scuola, con molte iniziative già avviate, e l'intervento delle principali agenzie educative, in primis la famiglia.

Tra i problemi segnalati dal gruppo "Salute Mentale e Dipendenze" vi è quello della doppia diagnosi. Non intendo aprire qui una pagina tecnicamente molto complessa, ma desidero segnalare tre compiti che dovremmo svolgere subito, "andati a casa": il superamento delle difficoltà di interlocuzione tra SerD e Salute Mentale, la previsione per il paziente di un riferimento unico, linee guida nazionali e una formazione universitaria mirata.

Per quanto riguarda il carcere, è stata posta anzitutto la questione del sovraffollamento. Non è direttamente correlata alle dipendenze, ma, poiché è stata sollevata, ritengo doveroso aggiornare sul lavoro che il Governo sta svolgendo in questa direzione. Abbiamo circa 51.000 posti disponibili e circa 63.000 detenuti. Non perché io abbia la vocazione – come la calamita del professor Schettini – ad attrarre le disgrazie nazionali, ma perché considero questo tema importantissimo, decisivo per la civiltà e per il rispetto delle persone, seguo personalmente il piano straordinario di edilizia penitenziaria. L'obiettivo che ci siamo posti – e sono certo che, passo dopo passo, lo raggiungeremo – è di poter contare, alla fine del 2027, su 11.000 nuovi posti all'interno degli istituti penitenziari, che, con le cifre attuali, consentirebbero una sostanziale parità tra posti disponibili e ospiti delle strutture. Nella legge di bilancio non solo vi è il finanziamento di questo incremento di edilizia penitenziaria, ma vi è anche il finanziamento, nei prossimi tre anni, dell'assunzione di 2.000 nuovi agenti della Polizia penitenziaria, perché non si possono realizzare strutture senza personale dedicato.

Sulla questione specifica del rapporto tra carcere e dipendenze non è necessario che richiami nel dettaglio il disegno di legge che il Governo ha varato in Consiglio dei ministri: ne avete parlato e ne siete a conoscenza. Abbiamo chiesto e ricevuto le vostre osservazioni e raccoglieremo tutti i suggerimenti migliorativi. Sono assolutamente d'accordo sull'estensione dei benefici correlati ai percorsi di recupero anche alle ludopatie. Certo, vi sono difficoltà operative che vanno affrontate. Di principio sarebbe condivisibile anche l'estensione alle dipendenze digitali, ma ciò presenta ulteriori problemi. Se la molla che spinge a commettere il reato è una dipendenza, qualunque essa sia – da stupefacenti, da gioco d'azzardo o da social – merita comunque un trattamento analogo, perché il carcere non è mai una soluzione. È auspicabile che un maggior numero di agenti di Polizia penitenziaria e un piano mirato contribuiscano a circoscrivere l'ingresso illecito di sostanze stupefacenti negli istituti di pena.

A proposito degli istituti di pena, vi sono poi i problemi della certezza e della diagnosi, che richiamano la difficoltà di avere dati adeguati e quindi di comprendere qualità e quantità del fenomeno. C'è un altro problema sul quale non voglio sovrapporre queste considerazioni ad altre vicende in atto, che avranno scadenze a breve: l'autorità giudiziaria non è una variabile indipendente. Questo vale sia per quelle sentenze – per stare in tema, potremmo definirle "stupefacenti" – che, a fronte della detenzione di qualche chilo di sostanza, ravvisano l'uso personale, con conseguenze devastanti, sia per le decisioni della magistratura di sorveglianza, per le quali sembra esistere una sorta di federalismo della giustizia: a una latitudine, sempre sul territorio nazionale, le risposte arrivano in pochi giorni, e quindi non vi è un lungo lasso di tempo tra l'intenzione manifestata di affrontare un percorso di recupero e l'avvio dello stesso; in altri tribunali di sorveglianza, ad altre latitudini, si attendono mesi, se non anni, vanificando spesso l'intenzione di recupero. Non so se il solo registrare questa anomalia farà insorgere il sindacato di categoria delle toghe, ma il problema esiste e lo dobbiamo affrontare. Poiché il compito del Governo è affrontare le questioni in modo sempre costruttivo, la mia proposta è che, nel luogo dedicato alla formazione dei magistrati – la Scuola

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Superiore della Magistratura – si possano, in ambiti specifici, mettere sul tavolo queste questioni, perché comincino a essere avviate delle soluzioni.

6. *Vengo all'ultima parte: che cosa fare in aggiunta a quanto ci siamo detti? L'intervento del Vicepresidente del Consiglio Antonio Tajani mi esime dal fare anche solo cenno al grande lavoro che l'Italia – come ha ricordato ieri anche la Presidente Meloni – svolge sullo scenario internazionale nel contrasto al narcotraffico. Desidero però ringraziare ancora una volta le forze di polizia e le autorità giudiziarie impegnate attivamente su questo fronte.*

   Non ho modifiche normative da proporre in questa sede, anche se ritengo che, raccogliendo le vostre proposte, qualche restyling, anche significativo, ci debba essere. Non le propongo oggi perché il quadro legislativo può certo essere migliorato, ma va anzitutto applicato, e soprattutto perché mi ha colpito molto un passaggio dell'intervento di ieri del professor Giuseppe Lavenia: ciò che va recuperato, soprattutto in questa materia, è anzitutto il buon senso, che spesso mandiamo in esilio prima ancora di pensare a norme migliori.

   Facendo un elenco rapidissimo di una parte di ciò che si può fare – una selezione necessariamente arbitraria, perché soggettiva – parto da quella che può apparire una banalità ma non lo è: ora che ci sono risorse in più, vi prego, e prego anzitutto le Regioni, usiamole. Bandiamo i concorsi per l'assunzione nei SerD. Il peggio che può capitare a un pubblico amministratore sia esso centrale o territoriale è trovarsi, alla fine dell'anno, con residui di cassa. Non significa avere risparmiato, ma avere chiesto risorse che poi non sono state utilizzate. È una sorta di fallimento al contrario, ma è pur sempre un fallimento. Lo stesso vale per l'elaborazione di progetti seri di prevenzione e recupero. Aggiungo che, se vi fossero difficoltà nell'elaborazione dei progetti siamo disponibili a fornire assistenza tecnica sugli aspetti più burocratici e formalistici.

   Facciamo partire la prevenzione già dalla scuola primaria, per evitare il primo contatto del bambino con le sostanze stupefacenti. Sono assolutamente d'accordo sulla necessità, più volte sottolineata, di mantenere l'autonomia e l'autonoma operatività dei dipartimenti territoriali per le dipendenze. Con la psichiatria il rapporto deve essere di integrazione e cooperazione, non di assorbimento. Mi permetto di dire: basta guerre fra aree operative differenti. E non è sufficiente la tregua: serve una pace vera, perché è necessaria collaborazione.

   Ancora, propongo di aprire una riflessione laica, senza pregiudizi, basata sul reciproco rispetto tra servizi pubblici e comunità, sulla possibilità, per casi specifici e determinati, di accesso diretto delle persone con dipendenza alle strutture residenziali, individuando criteri di accoglienza e relativi budget. Su questo tema, come su quello della riduzione del danno, mi auguro che non esistano pregiudizi e che si possa lavorare insieme, ciascuno per la propria parte.

   Valorizziamo la rete di relazioni avviata con le società scientifiche e, per una formazione specifica del personale sociosanitario ed educativo dei servizi pubblici e privati, coinvolgiamo realtà pubbliche di eccellenza, come l'Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio Nazionale delle Ricerche. Ieri era presente qui il Presidente del CNR, che ha manifestato ampia disponibilità in tal senso, in coerenza con le aperture illustrate oggi dal Ministro Bernini. Abbiamo bisogno della ricerca, delle neuroscienze delle dipendenze e di trattamenti innovativi basati sulle evidenze scientifiche.

7. *Sulle altre dipendenze il discorso sarebbe molto lungo; desidero invece avviarmi alla conclusione. Sono rimasto colpito – come credo lo siate stati tutti – dalla relazione del gruppo sulle dipendenze digitali e, in particolare, dal video mostrato dal professor Lavenia: quella mamma che, mentre allatta,*

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

tiene lo smartphone appoggiato sulla spalla, distraendo il bambino mentre mangia. Quel bambino parte già con un handicap: l'handicap di aver perso il senso della prima fondamentale relazione perché la sua attenzione è attratta dal video che la madre ha sulla spalla. Raccogliendo anche lo spunto fornito questa mattina dalla dottoressa Claudia Mortali, qualche giorno fa ho letto con grande interesse un articolo di un ex parlamentare molto esperto di digitale, Antonio Palmieri, che non ha smesso di occuparsi di questi temi, anzi lo fa con ancora maggiore passione. Sulle colonne del "Corriere della Sera" ha avanzato una proposta semplice – e le proposte semplici non sono necessariamente banali; semplicità non vuol dire banalità – affermando sostanzialmente questo: quando la mamma esce dall'ospedale o dalla casa di cura dove ha avuto il bambino, così come riceve le "istruzioni per l'uso" del neonato (il tipo di latte, la periodicità delle visite con il pediatra, ecc.), potrebbe ricevere anche un foglietto con alcune regole elementari sul rapporto tra il bambino appena nato e il mondo digitale. Regole che, in sintesi, dicono: allattare è uno sguardo, non uno scroll; quando sei con il tuo bambino, metti via il telefono, perché lo sguardo e la voce di mamma e papà sono più importanti di qualsiasi notifica; il legame si costruisce con la presenza fisica – abbracci, carezze, parole, sguardi – che sono la vera tecnologia affettiva che nutre lo sviluppo; gli occhi negli occhi e ogni momento di attenzione condivisa valgono più di mille video; niente schermo per calmare il bambino; si mangia guardandosi in faccia, non guardando uno schermo; fai attenzione al tuo uso del digitale, perché i bambini imparano guardandoti; offri al bambino giochi e oggetti semplici da esplorare con le mani; riduci gli schermi nei primi tre anni di vita.

Credo che non costerebbe nulla – lo chiedo ai Presidenti delle Regioni presenti – se le vostre ASL consegnassero questo foglietto, in omaggio, a ogni mamma che esce dal reparto maternità. Magari funziona; poi, ovviamente, servirà molto altro. Ma partiamo dalle cose semplici.

8. *Voglio ora accennare a un tema difficile. Non possiamo non farci carico di situazioni angoscianti che esigono scelte coraggiose. Quante madri, al culmine della disperazione, chiedono al comandante della Stazione dei Carabinieri o al poliziotto più vicino che il figlio – che pure amano – sia arrestato, perché sembra l'unico modo per farlo smettere di distruggere sé stesso e di distruggere la famiglia.*

   Invece di rassegnarci a questa quotidiana disperazione, perché non immaginiamo un sistema nel quale, con il consenso necessario dei genitori, con il coinvolgimento diretto della famiglia e su disposizione dell'autorità giudiziaria – quindi con tre condizioni ben precise – il minore sia obbligato a seguire brevi e personalizzati percorsi terapeutico-riabilitativi, in strutture esclusivamente dedicate ai minori? Anche in questo caso credo sia possibile parlarne senza pregiudizi.

   Potrei continuare, ma ciò che desidero dire, veramente concludendo, è che tutto questo lo dobbiamo fare con lo sguardo rivolto non al passato, bensì al futuro e al presente. Anche in questo ci viene in aiuto quel libro di straordinaria saggezza umana, oltre che di ispirazione divina, che è la Sacra Scrittura, che in ogni suo passaggio descrive fatti – nella gran parte dei casi realmente accaduti – che però hanno un grande valore simbolico. Lot e i suoi familiari abitavano a Sodoma, ma non condividevano i costumi di quella città; Sodoma da sempre è il simbolo del degrado, della miseria dell'uomo che arriva a dimenticare la propria dignità. Lot e i suoi familiari vengono avvisati di ciò che sarebbe accaduto di lì a poco alla città e ammoniti: "Andando via, non voltate lo sguardo indietro". Purtroppo, la moglie di Lot cede, rivolge lo sguardo indietro e diventa una statua di sale.

   Di fronte alla disperazione e alla miseria delle dipendenze, rischiamo di diventare statue di sale perché troppo condizionati dai riflessi del passato, dagli stereotipi ideologici, dagli ostacoli burocratici, da tutto ciò che ci fa procedere "in automatico". La sfida delle dipendenze ci impone di impostare le

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

cose diversamente. Ci aiutano le parole chiave di questa Conferenza nazionale: responsabilità, attenzione, condivisione.

Il fatto che possiamo farcela – che insieme si può – è testimoniato dal lavoro che ciascuno di voi ha svolto in questi due giorni; è scritto nei nostri cuori; è l'entusiasmante compito che ci attende, ciascuno per la propria parte.

Vi ringrazio veramente.»

Sintesi

Relazione conclusiva Alfredo Mantovano

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento delle politiche contro la droga
e le altre dipendenze

7ª CONFERENZA NAZIONALE DIPENDENZE 2025

politicheantidroga.gov.it

Camera dei Deputati ARRIVO 24 febbraio 2026 Prot: 2026/0000351/TN