



**Azienda U.L.S.S. 12 Veneziana**

**Dipartimento Dipendenze**

*Direttore Dott. Alessandro Pani*

**Unità Operative: SER.D. Venezia Terraferma / SER.D. Venezia Centro Storico**

Mestre Via Calabria 15-17 Tel. 041.260.8250 Fax: 041.260.8240

Venezia Dorsoduro 1463 30123 Venezia Tel. 041.529.5862 Fax: 041.529.5884

Mail: [me.sert@ulss12.ve.it](mailto:me.sert@ulss12.ve.it) ; [ve.sert@ulss12.ve.it](mailto:ve.sert@ulss12.ve.it) – PEC [protocollo.ulss12@pecveneto.it](mailto:protocollo.ulss12@pecveneto.it)

# Relazione 2013 sull'attività del 2012



## Osservatorio Locale sulle Dipendenze Patologiche

**Alberto Bottaro<sup>1</sup>, Alberto Favaretto<sup>2</sup>, Fabio Frascione<sup>3</sup>, Alberto Manzoni<sup>4</sup>**

**Francesca Paruzzolo<sup>5</sup>, Carmela Rizza<sup>6</sup>, Luigi Siviero<sup>7</sup>, Sabrina Tripodi<sup>8</sup>**

<sup>1</sup> Psicologo, psicoterapeuta, Comunità Terapeutica Ce.I.S. "Don L. Milani", Mestre

<sup>2</sup> Educatore professionale, Comune di Venezia, Assessorato alle Politiche Sociali e Rapporti con il Volontariato, Direzione Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza, Servizio Promozione Inclusione Sociale, UOC Riduzione del Danno

<sup>3</sup> Assistente sociale specialista, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Mestre, U.O.S. Prevenzione Dipendenze

<sup>4</sup> Referente gestione flussi informativi, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Venezia

<sup>5</sup> Psicologo, psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Venezia, Sezione Giovani

<sup>6</sup> Medico chirurgo, specialista in Tossicologia clinica, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Mestre, U.O.S. Area Clinica

<sup>7</sup> Coordinatore Comunità Terapeutica Emmaus, Zelarino

<sup>8</sup> Psicologo, Comunità di Venezia s.c.s.

## ***Indice della relazione***

<b>Capitolo</b>	<b>Pag</b>
Prefazione	2
1. Il contesto europeo: la relazione EMCDDA	3
2. Il contesto nazionale e regionale	6
2.1. La relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze	6
2.2. La relazione al Parlamento su alcolismo e problemi alcolcorrelati	10
2.3. Il sistema di sorveglianza PASSI: alcol e fumo in Regione Veneto	10
2.3.1. Il consumo di alcol in Veneto	11
2.3.2. L'abitudine al fumo in Veneto	12
3.1. Il contesto locale: utenti in carico ai due Servizi	13
3.1.1. Tossicodipendenti a Mestre	13
3.1.2. Tossicodipendenti a Venezia	16
3.1.3. Alcolisti a Mestre	21
3.1.4. Alcolisti a Venezia	22
3.2. Il contesto locale: gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche	23
3.2.1. Ce.I.S. di Mestre	23
3.2.1.1. Ce.I.S. di Mestre – Pronta Accoglienza Confine	23
3.2.1.2. Ce.I.S. di Mestre – Comunità Contatto	24
3.2.1.3. Ce.I.S. di Mestre – Villa Soranzo	25
3.2.2. Comunità di Venezia	26
3.2.2.1. Comunità di Venezia – Giovani e Adulti	26
3.2.2.2. Comunità di Venezia – Mamme con bambini	28
3.2.2.3. Alcune considerazioni	29
3.2.3. Emmaus	31
3.3. Osservazioni qualitative	33
3.3.1. L'Area giovani di Mestre	33
3.3.2. L'Area giovani di Venezia	35
3.3.3. Iniziative di prevenzione indicata a favore di adolescenti ad alto rischio di uso di sostanze, svolte dalla U.O.S. Prevenzione Dipendenze, Ser.D. Mestre	36
3.3.4. Gli interventi nelle scuole a Venezia	40
3.4. Il contesto locale: indicatori sul “sommerso”	41
3.4.1. Bacino d'utenza	41
3.4.2. L'attività di Riduzione del Danno	43
3.4.3. L'attività di contrasto delle Forze dell'Ordine	56
3.4.4. Accessi al Pronto Soccorso	58
3.4.4.1. Accessi della popolazione generale	58
3.4.4.2. Accessi degli utenti dei due Ser.D.	61
Conclusioni	64

## **Prefazione**

*(a cura di Francesca Paruzzolo)*

L'Osservatorio Locale Dipendenze Patologiche – come definito nel suo atto costitutivo dell'aprile 2012 – “ è uno strumento conoscitivo, valutativo e progettuale del Dipartimento delle Dipendenze dell'Ulss 12 Veneziana cui risponde.

Non è un centro di ricerca, ma di raccolta e analisi delle informazioni quali e quantitative sulle dipendenze da sostanze psicoattive finalizzato a facilitare la programmazione, nell'ambito delle dipendenze, nel territorio del dipartimento “.

Come tale, ha riunito i rappresentanti dei Servizi afferenti al Dipartimento delle Dipendenze Ulss 12 veneziana (v. frontespizio), con l'obiettivo di mettere in comune osservazioni sui vari campi di competenza, di confrontarle con quanto rilevato in campo europeo e nazionale, di raccogliere

informazioni quali/quantitative sul fenomeno dell'abuso di sostanze psicoattive, nel tentativo di contribuire a circostanziare la programmazione delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e recupero.

Gli incontri (7 tra la fine del 2012 e tutto il 2013) e il lavoro individuale di ogni singolo partecipante, hanno avuto come obiettivo del primo anno una ricognizione del materiale di osservazione e ricerca a livello europeo e nazionale.

Ciò ha permesso un confronto con la realtà locale, che si è rivelata in buona parte conforme ai parametri di paragone.

L'osservazione dei fenomeni di uso e abuso a livello locale è stata successivamente completata dall'indagine conoscitiva e dall'esame delle offerte di prevenzione, diagnosi e cura ambulatoriale e/o residenziale sul territorio dell'Ulss 12 allo stato dell'anno 2012.

In questo primo anno di lavoro la prevalenza dell'osservazione si è maggiormente concentrata sui soggetti giovani (14/25 anni), costituendo questa fascia di età un fenomeno emergente negli ultimi anni che non può non costituire una fonte di grave e urgente preoccupazione.

## **1. Il contesto europeo: la relazione EMCDDA**

*(a cura di Sabrina Tripodi)*

### **PREMESSA**

La presente relazione si basa sulla pubblicazione dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) denominata “Relazione Europea sulla Droga. Tendenze e sviluppi” pubblicata nel 2013 con dati riferiti al 2011 e al 2012. Nelle relazioni dell'Emcdda, i cui dati vengono raccolti nei 22 paesi partecipanti con indagini su campioni di popolazione “statisticamente rappresentativi”, ci si riferisce a 4 fasce di popolazione. Le fasce d'età per l'analisi sulle prevalenze di consumo di sostanze stupefacenti sono le seguenti:

1. Europei adulti (15-64 anni): circa 340 milioni di Europei (il 42% della popolazione complessiva);
2. giovani Europei (15-24 anni);
3. studenti di scuola (15-16 e 17-18 anni).

Rispetto all'uso di sostanze stupefacenti, emergono in Europa segnali di stabilizzazione, sia nella popolazione generale sia nella popolazione giovanile, ma persiste una certa preoccupazione dovuta:

- ✓ al fatto che Internet pone sfide sempre più problematiche, “sia come meccanismo che favorisce la veloce diffusione di nuove tendenze sia come mercato anonimo in rapida crescita su scala mondiale” (Emcdda, 2013, p. 11);
- ✓ al diffondersi di nuove droghe sintetiche che stanno prendendo il posto delle droghe a base vegetale.

Rispetto a quest'ultimo punto, si sta assistendo ad un rapido diffondersi di cannabinoidi sintetici: in particolare, molecole sintetiche agoniste dei recettori cannabinoidi (CRA), come i catinoni e le fenetilamine. In sintesi, secondo l'Emcdda questi sostanze sintetiche stanno progressivamente prendendo il posto degli oppiacei, la cui disponibilità e consumo sono in netta riduzione in molti paesi europei, e ciò potrebbe essere attribuito alla maggiore reperibilità di tali sostanze sintetiche e alla maggiore qualità percepita da parte dei consumatori (Emcdda, 2013, p. 14)

### **CONSUMO “UNA TANTUM” DI SOSTANZE STUPEFACENTI: POPOLAZIONE GENERALE**

Consumo di Cannabis, Cocaina, Amfetamine, Ecstasy, “Almeno una volta nella vita” tra la popolazione generale (15-64)

Circa 85 milioni di europei adulti (circa 1/4 della popolazione adulta europea) hanno consumato sostanze illecite almeno una volta nel corso della loro vita. La maggior parte dichiara di aver consumato cannabis (77 milioni), mentre le stime sono inferiori per coloro che dichiarano di aver consumato altre droghe: 14,5 milioni per la cocaina, 12,7 milioni per le amfetamine e 11,4 milioni per l'ecstasy. Importante sottolineare che la prevalenza una tantum non rispecchia il reale consumo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione generale, ma dà un'idea della pervasività della

loro diffusione e della loro disponibilità per la popolazione generale. Un'informazione più aderente alla situazione realistica è resa meglio dalle dichiarazioni degli intervistati sul consumo più recente (ultimi 12 mesi) o più intensivo (ultimi 30 giorni). In particolare, con l'espressione "consumo quotidiano o quasi quotidiano" di sostanza si intende un consumo su 20 o più giorni nel mese precedente l'indagine conoscitiva. Analizziamo questi dati sulle prevalenze appena specificate, considerando una sostanza alla volta.

## **CONSUMO DI CANNABIS**

### PREVALENZA

Consumo di Cannabis tra i giovani europei (15-34)

Secondo le stime dell'EMCDDA circa 15,4 milioni di giovani europei (15-34) (in particolare l'11,7 % dei 15-34enni) hanno consumato cannabis nel corso dell'ultimo anno (9,2 milioni appartengono alla fascia d'età compresa tra i 15 e i 24 anni, che rappresenta il 14,9%). Il consumo di cannabis è maggiore tra i maschi.

Una minoranza significativa di consumatori di cannabis consuma questa sostanza in modo intensivo (quasi quotidianamente). I dati relativi a 22 paesi dimostrano che circa l'1% degli adulti, almeno 3 milioni, dichiara di consumare la sostanza in questo modo. Più di 2/3 di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 15 e i 34 anni e, in questa classe di età, più di tre quarti sono di sesso maschile.

Consumo di Cannabis tra gli Studenti (15-16)

Nel 2011 secondo le indagini dell'ESPAD la percentuale dei ragazzi tra i 15 e i 16 anni che hanno consumato cannabis almeno una volta nella vita oscillava dal 5 % della Norvegia al 42 % della Repubblica Ceca. Anche il rapporto tra il numero di consumatori di sesso maschile e femminile variava, passando da 1 a circa 2,5 ragazzi per ogni ragazza.

Per quanto riguarda la tendenza europea complessiva, il consumo di cannabis tra gli studenti è aumentato tra il 1995 e il 2003, è diminuito leggermente nel 2007 e da allora è rimasto stabile. In questo periodo, si è osservata una riduzione nei consumi di cannabis in molti dei paesi che nelle indagini precedenti avevano segnalato alti livelli di prevalenza.

### DATI SUI TRATTAMENTI PER CANNABIS

In media circa 40.000 europei sono in trattamento per la cannabis.

Nel 2011, la cannabis è stata segnalata come la seconda droga primaria più comune, dopo l'eroina, per i pazienti che si sottopongono ad un trattamento specialistico per la tossicodipendenza in Europa (109.000) e la droga segnalata più frequentemente tra coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (Emcdda, 2013, p. 34).

## **CONSUMO DI STIMOLANTI**

### PREVALENZA

La cocaina, le amfetamine e l'ecstasy sono gli stimolanti illeciti più frequentemente consumati in Europa, mentre anche alcune sostanze meno note, fra cui le piperazine (per esempio BZP) e i catinoni sintetici (per esempio Mefedrone e MDPV), potrebbero essere consumate in modo illecito per i loro effetti stimolanti. Alti livelli di consumo di stimolanti tendono a essere associati agli ambienti della vita notturna e alle discoteche, assieme ad un elevato uso di alcol.

I dati di prevalenza mostrano l'esistenza, in Europa, di un mercato degli stimolanti geograficamente eterogeneo, con il meridione e l'occidente europeo caratterizzati da una prevalenza della cocaina, i paesi settentrionali e centrali contraddistinti da una maggiore diffusione delle amfetamine e i paesi del meridione e dell'est europeo che vedono la prevalenza dell'ecstasy tra i vari stimolanti.

La cocaina è lo stimolante illecito più frequentemente consumato in Europa, benché gran parte dei consumatori si trovi in un piccolo numero di paesi. Si stima che circa 2,5 milioni di giovani europei (l'1,9 % di questa fascia d'età) abbia consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno. In particolare, alti livelli di consumo di cocaina tra giovani adulti (2,5-4,2 %) sono stati recentemente segnalati in Danimarca, Irlanda, Spagna e Regno Unito. Nei paesi a più alta prevalenza, i livelli di consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno hanno tendenzialmente raggiunto il picco negli anni 2008/2009 per poi scendere e stabilizzarsi successivamente (Emcdda, 2013, p. 36).

## DATI SUL TRATTAMENTO PER STIMOLANTI

La cocaina è stata indicata come la droga primaria dal 14 % di tutti i pazienti segnalati che si sono sottoposti ad un trattamento specialistico per la tossicodipendenza nel 2011 (60.000) e dal 19% di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (31.000). Ci sono notevoli differenze tra i diversi paesi, con circa il 90 % di tutti i consumatori di cocaina segnalati soltanto da cinque paesi (Germania, Spagna, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito).

Il numero dei pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta per uso di cocaina come sostanza primaria è passato da 35.000 nel 2006 a 37.000 nel 2009 per poi ridursi a 31.000 nel 2011 (23 paesi). (Emcdda, 2013, p. 36)

La Spagna ha registrato un calo modesto ma costante nel numero di nuovi pazienti consumatori di cocaina che si sono sottoposti a trattamento a partire dal 2005, il Regno Unito dal 2008 e l'Italia dal 2009. Soltanto 3.000 nuovi consumatori di cocaina crack come droga primaria si sono sottoposti a trattamento in Europa nel 2011; nel Regno Unito si contano circa due terzi di questi ultimi, e in Spagna e nei Paesi Bassi gran parte dei rimanenti (Ibidem).

## **CONSUMO DI OPPIACEI**

### PREVALENZA

Il consumo di oppiacei è ancora responsabile di una percentuale molto alta di mortalità e morbilità dovuta al consumo di droga in Europa. Il principale oppiaceo consumato in Europa è l'eroina, fumata, inalata o assunta per via parenterale. Anche altri oppiacei sintetici, come la buprenorfina, il metadone e il fentanil sono disponibili sul mercato delle sostanze illecite. Oltre ai problemi sanitari, generalmente tra i consumatori di oppiacei che si sottopongono a un trattamento, si riscontrano tassi più elevati di mancanza di fissa dimora e disoccupazione e scarsi livelli di istruzione rispetto ai consumatori di altre sostanze stupefacenti. In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ondata è stata registrata nell'Europa occidentale a partire dagli anni '70, mentre la seconda ha interessato l'Europa centrale e orientale dalla metà alla fine degli anni '90. Nonostante le tendenze si siano diversificate negli ultimi dieci anni, "nel complesso le nuove iniziazioni al consumo di eroina sembrano in calo". (Emcdda, 2013, p.40)

### CONSUMO PROBLEMATICO DI OPPIACEI

La prevalenza media del consumo problematico di oppiacei tra gli adulti (15 - 64 anni di età) è stimata, nel 2011, allo 0,41 %, che equivale a 1,4 milioni di consumatori problematici di oppiacei in Europa. A livello nazionale, le stime relative alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei variano da meno di 1 a circa 8 casi ogni 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni (Emcdda, 2013, p.41).

### DATI SUL TRATTAMENTO PER OPPIACEI

I consumatori di oppiacei (soprattutto eroina) rappresentano il 48 % di tutti i pazienti che nel 2011 si sono sottoposti ad un trattamento specialistico per tossicodipendenza in Europa (197.000 pazienti) e circa il 30% di quelli che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta. Quanto alle tendenze, in Europa il numero generale dei nuovi pazienti eroinomani è in calo; infatti, dopo aver toccato l'apice nel 2007 (59.000), è passato a 41.000 nel 2011.

Secondo le stime, nel 2011 il numero complessivo di consumatori di oppiacei sottoposti a terapia sostitutiva in Europa era pari a 730.000, con un aumento rispetto ai 650.000 del 2008. Questa cifra equivale probabilmente al 50 % dei consumatori problematici di oppiacei in Europa.

## **CONSUMO DI MEFEDRONE**

Come accennato all'inizio in premessa, sembrerebbe che i catinoni sintetici, tra cui il mefedrone, abbiano occupato uno spazio importante nel mercato degli stimolanti illeciti in alcuni paesi. A tutt'oggi però soltanto il Regno Unito ha effettuato indagini su queste droghe. Secondo i dati più recenti, l'1,1 % degli adulti (di età compresa fra i 16 e i 59 anni) in Inghilterra e in Galles avrebbe dichiarato di avere consumato mefedrone nell'ultimo anno, facendone la quarta droga illegale più consumata. Tra i giovani di 16-24 anni la prevalenza di consumo negli ultimi 12 mesi è stata simile alla prevalenza dell'ecstasy (3,3%), la terza droga più prevalente in questa classe d'età. Più in generale, in Europa continuano a essere segnalate mortalità e morbilità associate al mefedrone,

anche se a livelli ancora bassi. Alcuni paesi segnalano l'assunzione per via parenterale di mefedrone, MDPV e altri catinoni sintetici tra i gruppi di consumatori problematici di stupefacenti e pazienti in trattamento (Ungheria, Austria, Romania, Regno Unito).

## **DECESSI CORRELATI AGLI STUPEFACENTI**

Il consumo delle sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità tra i giovani europei, sia direttamente in seguito a overdose sia indirettamente a causa di malattie, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo di droghe. La maggior parte degli studi longitudinali su gruppi di consumatori problematici di stupefacenti mostrano tassi di mortalità tra l'1 e il 2% all'anno, con una mortalità "in eccesso" di 10-20 volte superiore a quella prevista. Secondo una recente analisi dell'Emcdda, ogni anno in Europa muoiono circa 10.000 – 20.000 consumatori di oppiacei. Tali decessi si concentrano soprattutto fra i maschi di età compresa fra i 30 e i 40 anni; tuttavia l'età, i tassi di mortalità e le cause di morte mutano nel tempo e da un paese all'altro. Complessivamente, nel 2011 sono stati segnalati circa 6.500 decessi per overdose, con un calo rispetto ai 7.000 casi del 2010 e ai 7.700 del 2009. Tuttavia, la situazione varia per i singoli paesi, alcuni dei quali riportano ancora una tendenza all'aumento.

## **2. Il contesto nazionale e regionale**

### **2.1. La relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze**

*(a cura di Fabio Frascione)*

Nota: In Italia gli studi di popolazione generale (GPS) e scolastica (SPS) sul consumo di stupefacenti sono stati avviati all'inizio del 2000. I primi (GPS) hanno periodicità biennale, i secondi (SPS) annuale; consentono l'analisi dell'evoluzione dei consumi e delle abitudini di assunzione delle sostanze psicoattive legali ed illegali, fornendo interessanti ed utili indicazioni anche nel contesto dinamico dell'evoluzione del fenomeno negli altri Stati membri EU.

Giovanni Serpelloni - capo del DPA ha dichiarato: "I dati in nostro possesso, provenienti da molteplici fonti indipendenti tra loro, mostrano per le sostanze stupefacenti un trend in contrazione, ma con degli spunti di variazione che riguardano soprattutto le fasce giovanili per droghe quali la cannabis".

C'è quindi da preoccuparsi? Vediamo nel dettaglio....

Al pari di quanto succede in Europa e come riferito recentemente dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, prosegue anche quest'anno il trend del calo dei consumi di sostanze stupefacenti nel nostro Paese.

#### **Propensione alla diminuzione dei consumatori negli ultimi 12 mesi tra 2010 e 2012:**

L'analisi generale dell'andamento dei consumatori negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione generale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero di consumatori, già osservata nel 2010 per le sostanze quali eroina, cocaina, allucinogeni, stimolanti e cannabis.

I dati evidenziano che il 95,04 % della popolazione, tra i 15 e i 64 anni, non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi. Il confronto del trend dei consumi di stupefacenti negli ultimi 11 anni evidenzia un'iniziale e progressiva contrazione della prevalenza dei consumatori di cannabis caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, da una sostanziale stabilità nel biennio successivo 2010-2012 ma con una tendenza all'aumento nell'ultimo anno!!!

Nella popolazione generale 18-64 anni...tranne per gli oppioidi e gli stimolanti, l'assunzione diminuisce all'aumentare dell'età!

Policonsumo di sostanze psicotrope nella fascia d'età 15-64: la combinazione alcol, tabacco e cannabis è la più diffusa, e rappresenta il 64,1% dei policonsumatori (62,7% maschi e 66,5% femmine)!!!

La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo sino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori sino al 2012, stabilizzandosi nel 2013.

Per l'eroina si osserva un costante e continuo calo del consumo sin dal 2004, anno in cui si è osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori al 2% degli studenti intervistati. Negli ultimi anni il fenomeno si è stabilizzato.

L'indagine 2013 sui soggetti tra i 15 e i 19 anni ha invece sottolineato un lieve aumento di consumatori di cannabis che hanno dichiarato di aver usato la droga almeno una volta negli ultimi dodici mesi!!!

I consumatori di sostanze stimolanti, invece, seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, ma negli ultimi due anni si osserva una lieve tendenza alla ripresa dei consumi soprattutto nel nord.

Per quanto riguarda la prevalenza del consumo di allucinogeni, si osserva un trend in leggero aumento fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, con una contrazione dal 2010 al 2012; nell'ultimo anno, anche se la popolazione che li utilizza è per fortuna ancora poco consistente, si osserva però una lieve tendenza all'aumento del fenomeno.

## **MOTIVI DI PREOCCUPAZIONE**

Focalizzando l'attenzione sui giovani, l'indagine 2013 sulla popolazione studentesca (su un campione di 34.385 soggetti di età compresa tra i 15-19 anni) ha rilevato le seguenti percentuali di consumatori:

1 o più volte negli ultimi 12 mesi: cannabis 21.43%, (19,4% nel 2012), cocaina 2,01% (1,86% nel 2012), eroina 0,33% (0,32% nel 2012), stimolanti metamfetamine e/o ecstasy 1,33% (1,12% nel 2012) e allucinogeni 2,08% (1,72% nel 2012).

L'analisi, quindi, indica in particolare un incremento di 2,29 punti percentuale del consumo di cannabis rispetto al 2012.

### **Cannabis e Internet**

Il DPA nell'indagine di quest'anno ha inoltre rilevato il fenomeno cannabis su internet. Da un'analisi a largo spettro effettuata sui data base accessibili sia dagli enti istituzionali che dalle aziende di settore è stato possibile stimare che il numero dei siti tematici, che offrono sostanze o ne promuovono l'uso, abbia abbondantemente superato nel corso di quest'anno le 800.000 unità (dato sottostimato). Una decisa progressione se si ricorda il dato riferito al 2008 di circa 200.000.

L'analisi ha messo in relazione l'andamento in crescita dei siti dal 2008 al 2013 che pubblicizzano in vario modo l'uso di cannabis con l'andamento dei consumi nella popolazione tra i 15 e i 19 anni. Questa fascia di età, infatti, è quella che più utilizza internet e frequenta i social network. Si evidenzia, dunque, che al forte aumento registrato della pressione di marketing è corrisposto, con un tempo di latenza dei 14-24 mesi, un aumento dei consumi di cannabis nelle fasce giovanili, invertendo una tendenza alla diminuzione che si osservava dal 2008 e creando, dal 2011, un incremento di circa 3 punti percentuali. Da ricordare che questi siti, spesso, offrono contemporaneamente anche altre sostanze stupefacenti quali oppiacei cocaina, cannabinoidi sintetici, mefedrone, piperazine etc.

### **Nuove droghe sintetiche**

Per quanto riguarda le nuove droghe sintetiche, l'indagine ha rilevato l'esistenza di un nuovo mercato in espansione (quasi esclusivamente gestito via internet), ma che attualmente è sotto controllo nel nostro Paese attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce del DPA che ha identificato, infatti, oltre 250 nuove molecole in entrata sul territorio italiano ed europeo come i cannabinoidi sintetici, catinoni, fenetilamine, piperazine e metossietamine. In collaborazione con il Ministero della Salute, inoltre, queste nuove droghe sintetiche, sia nelle singole molecole sia nei loro analoghi strutturali sono state tabellate e quindi rese illecite e di conseguenza sequestrabili.

### **Tossicodipendenti in trattamento**

Per quanto riguarda i soggetti tossicodipendenti con bisogno di trattamento risultano essere circa 438.500 mila (476.800 nel 2011) e con un tasso 11/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi 277.748 (7,1/1000 residenti) non risultano essere in trattamento presso i servizi di assistenza dei quali, circa 52.000 dipendenti da oppiacei (1, 3/1000 residenti), 81,100 da cocaina (2,1/1000 residenti) e circa 145.000 per cannabis (3,7/1000 residenti).

Le Regioni con maggior bisogno di trattamento per oppiacei sono nell'ordine: Liguria, Basilicata, Sardegna, Molise e Toscana che presentano una prevalenza superiore a 6,0/1000 residenti di età compresa tra i 15-64 anni. I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 30.169 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 6.1 anni, oscillante tra i 3,9 e gli 8, 8 anni) differenziato da sostanza a sostanza (oppiacei 5, 5 anni; cocaina 8,5 anni; cannabis 5,5 anni). L'età media dei nuovi utenti è di circa 34 anni, con un arrivo sempre più tardivo rispetto agli anni precedenti. Le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento risultano essere il 74,4% oppiacei, il 14, 8% cocaina e l'8,7 % cannabis. Le sostanze secondarie sono state la cannabis (30,5%) e la cocaina ( 28,5%).

### **Tossicodipendenti in carcere**

Un ulteriore aspetto rilevante dell'indagine è quello che riguarda il problema dei tossicodipendenti in carcere, per i quali è necessario utilizzare maggiormente le misure alternative al regime carcerario con una conseguente e urgenza di rimuovere le cause dello scarso ricorso all'art. 94. In tale contesto è evidente la necessità di studiare nuovi modelli alternativi che puntino soprattutto a evitare già durante i processi per direttissima l'entrata in carcere ad applicare fin da subito le misure alternative.

Secondo il flusso dei dati del Ministero della Giustizia-DAP, nel 2012 gli ingressi in carcere di soggetti con problemi socio-sanitari correlati alla droga hanno subito una riduzione passando da 22.413 a 18.285 (-18, 4%). E' importante sottolineare che il 34,5 % dei soggetti entrati in carcere nel 2012 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno. Nel 2012 si è osservato un incremento degli ingressi di soggetti stranieri per reati in violazione al D.P.R. 309/90 che dal 31,3% del 2011 è passato al 34,5 del 2012. Una modesta riduzione si è rilevata, invece, per i soggetti di nazionalità italiana (33,7% nel 2011 e 33,2 % del 2012). Rispetto alla reclusione dei minori in violazioni alla normativa sugli stupefacenti, rispetto al 2011, si è registrata una riduzione del 16%.

Si evidenzia, inoltre, nel 2012 che il numero dei soggetti con affidamento per art. 94 è pari a 4.284 con una diminuzione del 4,8% rispetto all'anno 2011, dove si erano osservati 4.500 casi di affido.

### **Gioco d'Azzardo e Policonsumo**

Il DPA sottolinea inoltre che esiste una interessante e preoccupante associazione tra la frequenza della pratica del gioco d'azzardo e il consumo di sostanze, che mostra una correlazione lineare tra le due, sia nella popolazione giovanile (15-19) sia in quella generale (15-64). Sempre secondo i dati aggiornati DPA del 2013, il 35,2% degli studenti che gioca ogni giorno o quasi, fa anche uso di sostanze stupefacenti.

Quanto ai dati sugli adolescenti, per quanto riguarda il gambling si stima, infatti, che nell'anno 2013 (dati ancora più aggiornati) circa 1.250.000 (Studio SPS- DPA 2013) studenti delle scuole superiori di secondo grado abbiano partecipato ad almeno un gioco d'azzardo, con frequenza rilevata di un episodio almeno una volta negli ultimi 12 mesi.

Inoltre, negli studenti tra i 15-19 anni con gioco d'azzardo problematico o patologico, su un grande campione statisticamente rappresentativo di ben 34.483 mila soggetti, si evidenzia che maggiore è lo stadio del gioco d'azzardo, maggiore è il consumo di droghe. Gli adolescenti con comportamenti di gioco patologico hanno un uso contemporaneo di sostanze stupefacenti pari al 41,7% rispetto ai loro coetanei che non giocano, che presentano invece una prevalenza di uso di sostanze molto più bassa e statisticamente significativa pari a 17,5%. Mentre per gli adolescenti che giocano saltuariamente (gioco sociale) la prevalenza di consumo di droga si attesta al 24,4%. Diversamente per gli adolescenti considerati giocatori un problema la prevalenza del consumo di sostanze è pari al 34,1%.

In altre parole, più il comportamento di gioco si fa problematico o addirittura patologico e più cresce anche l'uso di droghe. Tra i giochi più diffusi tra gli adolescenti: Lotterie istantanee, Gratta e Vinci, Win for life, si attestano tra quelli giocati annualmente con una percentuale del 26,4%; seguono Lotto e Superenalotto con il 13,7%.

### **Survey 2013 SPS popolazione scolastica 15-19 anni (annuale)**



Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo (uso di droghe almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese), individuandone anche la modalità d'uso di sostanze al fine di monitorare l'evoluzione del fenomeno.

Trend pluriennale globale: contrazione dei consumi. L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (LYP – Last Year Prevalence), riferiti da studenti di età 15-19 anni rispondenti nel 2013, mostra un incremento di cannabis (19,14% nel 2012 a 21,43% nel 2013), mentre per le altre sostanze si osserva una lieve variazione positiva non misurabile in termini di significatività statistica.

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

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

Nell'ultimo decennio, fra le sostanze illecite, quella maggiormente assunta dagli studenti risulta la cannabis!!!

Dal 2007 si osserva un andamento uniforme tra gli adolescenti maschi e le femmine. L'elevata numerosità campionaria e la distribuzione omogenea sul territorio nazionale degli studenti rispondenti consentono anche l'elaborazione delle stime dei consumi con rappresentatività per area territoriale e nel contempo offrono l'opportunità di confrontare tali risultati con quelli ottenuti nel 2011 e nel 2012. Tali confronti sui consumi di cannabis evidenziano differenze statisticamente significative rispetto ai consumi del 2011 e 2012, ad eccezione di quelli dell'Italia centrale, stabili nell'ultimo triennio. Nell'Italia nord-orientale e meridionale/insulare, i consumatori sono inferiori rispetto alle altre due aree geografiche, comunque con un sostanziale aumento rispetto al biennio 2011-2012; mentre le prevalenze più elevate si osservano nell'Italia nord-occidentale.

### **PERCEZIONE DELLA PERICOLOSITA':**

L'applicazione del modello di regressione logistica permette il calcolo dei Rapporti Odds (OR), che esprimono di quante volte la presenza del fattore di rischio esaminato (ad esempio possedere un basso livello di istruzione) aumenta le probabilità, per un soggetto, di avere un'alta percezione della pericolosità nell'assumere sostanze stupefacenti.

Valori inferiori a 1 indicano una associazione negativa, al crescere dell'esposizione diminuisce il rischio di un'alta percezione della pericolosità, mentre un rapporto superiore ad 1 indicano l'esistenza di una associazione positiva, al crescere dell'esposizione aumenta il rischio di un'alta percezione della pericolosità. Valori crescenti indicano associazioni più forti.

1- Le caratteristiche che risultano essere significativamente correlate ad una elevata percezione della pericolosità di fumare occasionalmente hashish o marijuana sono (Tabella I.1.6): essere coniugati (OR=1,49) o in altra condizione (OR=1,39) rispetto ad essere nubili o celibi, avere un basso livello di istruzione (OR=1,91), appartenenza all'area geografica meridionale/insulare (OR=1,44), non aver mai assunto bevande alcoliche nell'arco della vita (OR=2,43), non conoscere persone che fanno uso di cannabis (hashish o marijuana) (OR=2,50) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=6,41). Va sottolineato che un basso livello di istruzione risulta essere associato ad un'elevata percezione della pericolosità di fumare occasionalmente hashish o marijuana in quanto corrispondente alla parte di popolazione di età più adulta, spesso meno istruita e con una percezione della pericolosità maggiore rispetto alle generazioni più giovani.

2- Relativamente alla cocaina, le caratteristiche che risultano significativamente correlate con una elevata percezione della pericolosità di provare questa sostanza una volta o due risultano essere (Tabella I.1.6): il genere femminile (OR=1,38), essere coniugati (OR=1,66) o in altra condizione (OR=1,72) rispetto ad essere nubili o celibi, non conoscere persone che fanno uso di cocaina (OR=2,02) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=4,92).

3- Le caratteristiche che risultano essere significativamente correlate ad una elevata percezione di pericolosità di provare eroina sono (Tabella I.1.6): essere di genere femminile (OR=1,22), avere più di 24 anni d'età (OR=1,53 per la fascia 25-34 anni e OR=1,88 per la fascia 35-64 anni), rispetto alla fascia d'età più giovane, essere coniugati (OR=1,38) o in altra condizione (OR=1,45) rispetto ad essere nubili o celibi, non conoscere persone che fanno uso di eroina (OR=1,42) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=2,73).

4- Le caratteristiche che risultano essere significativamente correlate ad una elevata percezione di pericolosità di provare ecstasy una volta o due sono (Tabella I.1.6): essere di genere femminile (OR=1,37), avere più di 24 anni d'età (OR=1,33 per la fascia 25-34 anni e OR=1,37 per la fascia 35-64 anni) rispetto alla fascia 18-24 anni, essere coniugati (OR=1,50) o in altra condizione (OR=1,59) rispetto ad essere nubili o celibi, avere un basso livello di istruzione (OR=1,57), non aver mai fumato tabacco nella vita (OR=1,41), non conoscere persone che fanno uso di ecstasy (OR=1,80) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=4,37). Anche in questo caso, va sottolineato che un basso livello di istruzione risulta essere associato ad un'elevata percezione della pericolosità di provare ecstasy una volta o due in quanto corrispondente alla parte di popolazione di età più adulta, spesso meno istruita e con una percezione della pericolosità maggiore rispetto alle generazioni più giovani.

## **2.2. La relazione al Parlamento su alcolismo e problemi alcolcorrelati**

(a cura di Carmela Rizza)

Il consumo e l'abuso di alcolici è un fenomeno diffuso sul nostro territorio e coinvolge sia la popolazione adulta che quella giovane.

Un fenomeno segnalato anche a livello nazionale, è quello dell'abuso di alcolici tra adolescenti e minorenni, compresi i ragazzi sotto i 14 anni, con un modello orientato al "bere per ubriacarsi" (*binge drinking*). Ci si avvicina più a un modello nordico che predilige il consumo di alcolici fuori pasto, concentrato nel fine settimana in discoteche, open bar e happy-hour dove superalcolici, alcolici sono la norma.

La popolazione più a rischio per il *binge drinking* è quella tra i 18-24 anni: il 14,8% dei giovani (20,1% dei maschi e 9,1% delle femmine) si comporta in questo modo, per lo più durante i momenti di socializzazione (report ISTAT 2012- L'uso e l'abuso di alcol in Italia).

Considerando le fasce giovanili

- ✓ Circa il 19% dei 14-17enni consuma alcol fuori dal pasto (era il 16% nel 2001);
- ✓ Circa l'11% dei ragazzi tra i 16 e i 17 anni e il 15 % dei giovani tra i 18 e i 24 anni (21% dei maschi e 8% delle femmine) ha avuto almeno una ubriacatura nell'ultimo anno (*binge-drinking*) durante momenti di socializzazione;
- ✓ Nella popolazione scolastica 15/19anni risulta (SPS-DPA 2012- Dipartimento Politiche Antidroga) che si è ubriacato almeno una volta nella vita il 44 % degli studenti, negli ultimi 12 mesi il 32,8 %, negli ultimi 30 gg il 14,9 %.

Un fenomeno che è incrementato è quello della poliassunzione di varie sostanze psicotrope, legalie/o illegali, in cui l'alcol è costantemente presente con il ruolo di sostanza che potenzia gli effetti. Il mix di queste sostanze può avere effetti letali.

Un fenomeno emergente e che necessita di approfondimento, sia per verificare le reali dimensioni che le caratteristiche specifiche, è quello dell'abuso di alcolici nella popolazione straniera.

La presa in carico di questi soggetti è complessa per difficoltà legate a motivi sociali, culturali legislativi, linguistici. Spesso è rilevante il disagio sociale che li accompagna e va tenuto in considerazione il significato che l'assunzione e la dipendenza da alcol hanno in ciascuna delle provenienze etniche.

## **2.3. Il sistema di sorveglianza PASSI: alcol e fumo in Regione Veneto**

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è rivolto alla popolazione adulta, con l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e

69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

### 2.3.1. Il consumo di alcol in Veneto

Il 64 % degli intervistati dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica (che corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore). Il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione e nessuna difficoltà economica. Un quarto degli intervistati (25%) può essere classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio o perché fa un consumo abituale elevato (6%) o perché bevitore fuori pasto (13%) o perché bevitore *binge* (12%) oppure per una combinazione di queste tre modalità.

Il consumo di alcol a maggior rischio è associato in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico. Il range per questo indicatore varia dal 17% dell' A.ULSS 12 Veneziana al 33% dell' A.ULSS 7 di Pieve di Soligo. Nel 2012, nel Pool di ASL le percentuali di bevitori a maggior rischio sono del 18%.

<b>Consumo alcolico a maggior rischio (ultimi 30 giorni) Regione Veneto</b>	
Consumo a maggior rischio*	25%
Consumo abituale elevato **	6%
Consumo fuori pasto	13%
Consumo binge***	12%

\* consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*.

\*\* più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne

\*\*\* chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

**L'atteggiamento degli operatori sanitari.** Solo una piccola parte degli intervistati (20 %) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. La percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario è del 6 %. Tra i fattori di rischio comportamentali il consumo di alcol rappresenta l'abitudine di cui si ha meno consapevolezza.

<b>Attenzione degli operatori sanitari (ultimi 12 mesi) Regione Veneto</b>	
Persone cui un medico o un operatore sanitario ha chiesto se bevono*	20%
Consumatori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno**	6%

\* il denominatore comprende coloro che dichiarano di essere stati da un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

\*\*il denominatore comprende tutti i consumatori a maggior rischio, anche quelli a cui un medico o altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi non ha chiesto se bevono

**Alcol e guida.** Secondo i dati 2012 del sistema di sorveglianza PASSI relativi alla Regione Veneto, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 10% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (14%) che dalle donne (4%), nella fascia d'età 18-24 senza marcate differenze per livello di istruzione o reddito. Il range per questo indicatore varia dal 3% dell' A.ULSS 14 di Chioggia al

18% dell' A.ULSS 3 di Bassano del Grappa. Nel 2012 nel Pool di Asl il 9% di intervistati dichiara di aver guidato sotto effetto dell'alcol.

**Controlli delle Forze dell'Ordine e ricorso all'etilotest.** Il 36% degli intervistati riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine ed in media 2 volte. Il range per questo indicatore varia dal 20% dell' A.ULSS 12 Veneziana al 45% dell' A.ULSS 7 di Pieve di Soligo. Nel 2012 nel Pool di ASL la percentuale di persone fermate dalle Forze dell'Ordine è del 34%. Tra chi è stato fermato, il 13% riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Questa percentuale è più alta nelle fasce di età più giovani: si passa dal 24% dei 18-24enni al 6% dei 50-69enni.

**Conclusioni.** La maggior parte degli intervistati nella regione Veneto non beve alcol o beve moderatamente. Tuttavia, si stima che circa un quarto degli adulti abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione. I dati mettono in risalto uno scarso l'interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti: solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un problema diffuso: circa un guidatore su dieci ha un comportamento a rischio. Poco più di un terzo degli intervistati riferisce di essere stato fermato dalle Forze dell'Ordine, ma i controlli sistematici con l'etilotest, strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale, sono ancora poco diffusi nella regione Veneto come pure a livello nazionale.

### 2.3.2. L'abitudine al fumo in Veneto

**L'abitudine al fumo di sigaretta.** Secondo i dati 2012 del sistema di sorveglianza PASSI, in Veneto il 23,5% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette<sup>9</sup>; il 21% è invece ex fumatore e il 55% non ha mai fumato. L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 27% e 21%), nei 18-24enni (29%) e nei 25-34enni (30%), nelle persone con una scolarità media inferiore (27%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (38%). Nessuna differenza tra la popolazione italiana e straniera. Analizzando assieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra l'abitudine al fumo e l'età, il sesso, l'istruzione e le difficoltà economiche. Cosa da sottolineare è la riduzione in questo anno dei fumatori nelle classi di età più giovani, soprattutto tra i 18 e 24 anni (35% nel 2011). Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11. Tra i fumatori, il 4% è un forte fumatore (più di un pacchetto di sigarette al giorno); il 4% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

Prevalenza di fumatori in Veneto - 2012		
Per sesso	Uomini	27%
	Donne	21%
Per classi di età	18-24 anni	29%
	25-34 anni	30%
	35-49 anni	24%
	50-69 anni	19%
Per livello di istruzione	Nessuna/elementare	18%
	Media inferiore	27%
	Media superiore	24%
	Laurea	19%
Per situazioni economiche	Molte difficoltà	38%
	Qualche difficoltà	26%
	Nessuna difficoltà	19%

<sup>9</sup> **Definizione di fumatore** nel PASSI. Fumatore = persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi. Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi. Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

Per cittadinanza	Italiana	24%
	Straniera	23%
<b>Quanto si fuma in Veneto – 2012</b>		
Sigarette fumate in media al giorno		11
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno		4%

**L'atteggiamento degli operatori sanitari.** Tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 43% è stato chiesto se fumano: tale percentuale è stabile negli ultimi anni. Soltanto ad un fumatore su due è stato consigliato di smettere di fumare, percentuale ancora troppo bassa in relazione alla comprovata efficacia dell'intervento breve e brevissimo: a circa due terzi dei fumatori il consiglio è stato dato a scopo preventivo e/o per motivi di salute.

**Smettere di fumare.** Tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, due (45%) ha tentato di smettere e di questi, l'82% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), il 9% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre il 9% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno). Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 93% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

### 3.1. Il contesto locale: utenti in carico ai due Servizi

In occasione della redazione di questa prima relazione annuale sull'attività dei Servizi afferenti al Dipartimento Dipendenze sono stati considerati, per quanto attiene ai due Ser.D., solamente i dati delle attività già ricomprese nel debito informativo SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze): per questa ragione, non è stata oggetto di rilevazione l'attività effettuata nei confronti del gioco d'azzardo. L'attività rivolta ai tabagisti, inoltre, non è stata oggetto di rilevazione in quanto attivata negli ultimi tre mesi dell'anno di riferimento.

Il 2012 si caratterizza per il passaggio dal sistema "tradizionale" di rilevazione dei dati, basato su due *data bases* in Access realizzati da due operatori (uno per ciascun Servizio), all'utilizzo del sistema informativo dedicato MFP5 (*Multi Functional Platform*) unico per i due Servizi. L'implementazione del nuovo sistema informativo, avvenuta nei primi mesi del 2013, ha fatto sì che i dati, importati dopo la conclusione dell'anno, abbiano evidenziato in sede di elaborazione alcune criticità, soprattutto per quanto attiene ad alcune differenze (anche marcate) rispetto alla numerosità dell'utenza 2011 (rilevata con il sistema "tradizionale"). In questa sede vengono comunque esaminati i dati restituiti dal nuovo sistema informativo, in quanto si tratta dei dati ufficiali e definitivi trasmessi alla Regione del Veneto.

#### 3.1.1. Tossicodipendenti a Mestre

Un primo confronto tra i dati 2011 e 2012 consente di rilevare marcato aumento dell'utenza (da 605 a 781 utenti/anno), soprattutto per quanto attiene ai nuovi utenti (che non sarebbero soltanto 36, bensì 176 "nuovi assoluti ammessi - SNA").

Utenti in carico – Anno 2011

ETA'	Nuovi utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	maschi	femmine	maschi	femmine	
<15	0	0	0	0	<b>0</b>
15-19	7	3	6	5	<b>21</b>
20-24	10	3	67	17	<b>97</b>
25-29	5	3	52	13	<b>73</b>
30-34	5	1	56	11	<b>73</b>
35-39	3	1	63	10	<b>77</b>
>39	5	2	231	26	<b>264</b>
<b>TOTALE</b>	<b>35</b>	<b>13</b>	<b>475</b>	<b>82</b>	<b>605</b>

Utenti in carico – Anno 2012

SOGGETTI	I	1 - Sogg. in carico da periodo precedente (SCP)	2a - Sogg. nuovi assoluti ammessi (SNA)	2b - Sogg. nuovi (per la UO) ammessi (SNB)	3a - Sogg. riammessi di tipo A (SR A)	3b - Sogg. riammessi di tipo B (SR B)	4 - Sogg. fisici assistiti / periodo (SFA/P) 1+2+3b	5 - Sogg. dimessi (SDIM)
		<b>SESSO</b>	M	510	142	3	33	7
	F	88	34	0	3	0	122	63
	<b>TOT</b>	<b>598</b>	<b>176</b>	<b>3</b>	<b>36</b>	<b>7</b>	<b>781</b>	<b>370</b>
<b>FASCE DI ETA'</b>	<=19	12	17	0	0	0	29	16
	20-24	65	28	0	1	0	93	47
	25-29	72	16	1	5	2	90	38
	30-34	63	23	1	5	1	87	56
	35-39	78	34	1	7	3	115	64
	40-44	138	20	0	5	0	158	57
	>44	170	38	0	13	1	209	92

RIAMMESSI "A": utenti in carico al 01/01, dimessi e successivamente rientrati nell'anno

RIAMMESSI "B": utenti in carico negli anni precedenti e rientrati nell'anno

Quanto alle sostanze d'abuso (primaria e secondaria) ed al comportamento iniettivo, l'eroina rimane nei due anni la sostanza d'abuso primaria, affiancata da una spiccata compressione dell'assunzione con modalità iniettiva.

Sostanze d'abuso e comportamento iniettivo – Anno 2011

SOSTANZE	ANNO 2011		
	USO PRIMARIO	USO SECONDARIO	USO PER VIA ENDOVENOSA (solo primario)
ALLUCINOGENI	0	0	0
AMFETAMINE	0	1	0
ECSTASY e analoghi	5	3	0
BARBITURICI	0	0	0
BENZODIAZEPINE	5	4	0
CANNABINOIDI	37	77	0
COCAINA	33	26	0
CRACK	0	0	0
EROINA	516	0	387
METADONE	0	0	0
MORFINA	0	0	0
ALTRI OPIACEI	9	2	3
INALANTI	0	1	0
ALCOOL	0	18	0
ALTRO	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>605</b>	<b>132</b>	<b>390</b>

Sostanze d'abuso – Anno 2012

Sostanze d'abuso	Uso primario			Uso secondario		
	M	F	T	M	F	T
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	0	0	1	0	1
Ecstasy ed analoghi	2	0	2	3	0	3
Barbiturici	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	2	3	5	3	0	3
Cannabinoidi	36	4	40	11	1	12
Cocaina	26	4	30	13	2	15
Crack	0	0	0	0	1	1
Eroina	418	74	492	26	6	32
Metadone (da strada)	6	0	6	1	1	2
Metadone (da trattamento)	0	0	0	0	0	0
Morfina	0	0	0	0	0	0
Altri oppiacei	8	1	9	2	0	2
Inalanti/Volatili	0	0	0	1	0	1
Alcool	8	1	9	9	0	9
Altro	7	3	10	1	0	1
Altri allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Altri ipnotici e sedativi	1	0	1	0	0	0
LSD	0	0	0	1	0	1
<b>Totale</b>	<b>514</b>	<b>90</b>	<b>604</b>	<b>72</b>	<b>11</b>	<b>83</b>

Per quanto attiene al comportamento iniettivo si osserva una marcata differenza tra i due anni in considerazione, verosimilmente attribuibile alle criticità di importazione dei dati sopra evidenziate.

## Comportamento iniettivo – Anno 2012

Comportamento iniettivo	Sesso		
	M	F	TOTALE
Non risulta/non risponde	634	116	750
Iniettato almeno una volta	10	4	14
Si inietta attualmente	8	1	9
Mai	7	0	7
<b>Totale</b>	<b>659</b>	<b>121</b>	<b>780</b>

### 3.1.2. Tossicodipendenti a Venezia

Un primo confronto tra i dati 2011 e 2012 consente di rilevare un aumento nel numero di utenti in carico: se nel 2011 risultavano 347 utenti trattati ambulatorialmente e/o in Comunità Terapeutica, nel 2012 il nuovo sistema informativo rileva 447 soggetti assistiti.

Utenti in carico – Anno 2011 (Servizio ambulatoriale e Area Penitenziaria)

ETA'	Nuovi utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	maschi	femmine	maschi	femmine	
<15	1	0	0	0	<b>1</b>
15-19	8	3	12	2	<b>25</b>
20-24	33	7	41	16	<b>97</b>
25-29	36	5	60	15	<b>116</b>
30-34	32	4	96	16	<b>148</b>
35-39	29	3	50	13	<b>95</b>
>39	45	14	202	25	<b>286</b>
<b>TOTALE</b>	<b>184</b>	<b>36</b>	<b>461</b>	<b>87</b>	<b>768</b>

Utenti in carico – Anno 2012 – Servizio ambulatoriale

	SOGGETTI	1 - Sogg. in carico da periodo precedente (SCP)	2a - Sogg. nuovi assoluti ammessi (SNA)	2b - Sogg. nuovi (per la UO) ammessi (SNB)	3a - Sogg. riammessi di tipo A (SR A)	3b - Sogg. riammessi di tipo B (SR B)	4 - Sogg. fisici assistiti / periodo (SFA/P) 1+2+3b	5 - Sogg. dimessi (SDIM)
SESSO	M	333	26	2	23	4	363	109
	F	75	9	0	3	0	84	28
	TOT	<b>408</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>447</b>	<b>137</b>
FASCE DI ETA'	<=19	10	18	0	2	0	28	15
	20-24	29	6	0	2	0	35	15
	25-29	42	2	0	3	1	45	13
	30-34	68	2	0	6	0	70	22
	35-39	48	2	1	4	1	51	18
	40-44	79	4	0	4	1	84	19
>44	132	1	1	5	1	134	35	

Gli utenti seguiti dalla U.O.S. Area Penitenziaria, dal canto loro, risultano sostanzialmente stabili, passando dai 421 del 2011 ai 436 del 2012.



Utenti in carico – Anno 2012 – U.O.S. Area Penitenziaria

	SOGGETTI	1 - Sogg. in carico da periodo precedente (SCP)	2a - Sogg. nuovi assoluti ammessi (SNA)	2b - Sogg. nuovi (per la UO) ammessi (SNB)	3a - Sogg. riammessi di tipo A (SR A)	3b - Sogg. riammessi di tipo B (SR B)	4 - Sogg. fisici assistiti / periodo (SFA/P) 1+2+3b	5 - Sogg. dimessi (SDIM)
SESSO	M	306	55	14	16	9	370	95
	F	49	16	1	1	1	66	18
	TOT	<b>355</b>	<b>71</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>436</b>	<b>113</b>
FASCE DI ETA'	<=19	1	0	0	0	0	1	0
	20-24	27	12	1	1	0	39	14
	25-29	49	9	2	4	2	60	15
	30-34	51	11	2	1	1	63	18
	35-39	48	13	5	5	3	64	20
	40-44	83	10	3	3	3	96	24
	>44	96	16	2	3	1	113	22

In questo modo, gli utenti complessivamente in carico nel 2012 passano dai 768 del 2011 agli 883 del 2012.

Utenti in carico – Anno 2012 – Totale SerD Venezia

	SOGGETTI	1 - Sogg. in carico da periodo precedente (SCP)	2a - Sogg. nuovi assoluti ammessi (SNA)	2b - Sogg. nuovi (per la UO) ammessi (SNB)	3a - Sogg. riammessi di tipo A (SR A)	3b - Sogg. riammessi di tipo B (SR B)	4 - Sogg. fisici assistiti / periodo (SFA/P) 1+2+3b	5 - Sogg. dimessi (SDIM)
SESSO	M	639	81	16	39	13	733	204
	F	124	25	1	4	1	150	46
	TOT	<b>763</b>	<b>106</b>	<b>17</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>883</b>	<b>250</b>
FASCE DI ETA'	<=19	11	18	0	2	0	29	15
	20-24	56	18	1	3	0	74	29
	25-29	91	11	2	7	3	105	28
	30-34	119	13	2	7	1	133	40
	35-39	96	15	6	9	4	115	38
	40-44	162	14	3	7	4	180	43
	>44	228	17	3	8	2	247	57

Anche presso il Ser.D. di Venezia l'eroina è, e si conferma nel biennio, la sostanza primaria d'abuso:

Sostanze d'abuso e comportamento iniettivo – Anno 2011 – Servizio ambulatoriale

SOSTANZE	ANNO 2011		
	USO PRIMARIO	USO SECONDARIO	USO PER VIA ENDOVENOSA (solo primario)
ALLUCINOGENI	1	4	0
AMFETAMINE	1	1	0
ECSTASY e analoghi	1	13	0
BARBITURICI	0	0	0
BENZODIAZEPINE	4	22	1
CANNABINOIDI	63	164	0
COCAINA	104	143	10
CRACK	0	3	0
EROINA	538	26	308
METADONE	6	33	0
MORFINA	3	0	1
ALTRI OPPIACEI (1)	7	15	2
INALANTI	0	1	0
ALCOOL		119	0
ALTRO (2,3)	40	80	0
<b>TOTALE</b>	<b>768</b>	<b>624</b>	
1) <b>PRIMARIA:</b> altri oppiacei=1; buprenorfina=10; <b>SECONDARIA:</b> solo buprenorfina; <b>USO INIETTIVO:</b> solo buprenorfina			
2) altre sostanze <b>PRIMARIE:</b> Tabacco=6; Altri farmaci=1; GAP=1; Tecnologie digitali=1			
3) altre sostanze <b>SECONDARIE:</b> altri ipnotici=6; LSD=3; altre sostanze illegali=1; tabacco=62; GAP=4; ketamina=3			

Per il 2012 si evidenzia l'assenza di rilevazione della sostanza d'abuso per 97 utenti (rilevate infatti 350 sostanze primarie a fronte di 447 utenti considerati in carico) del servizio ambulatoriale nonché per 160 detenuti (classifica infatti 276 sostanze primarie a fronte di 436 detenuti considerati in carico).

Sostanze d'abuso – Anno 2012 – Servizio ambulatoriale

Sostanze d'abuso	Uso primario			Uso secondario		
	M	F	T	M	F	T
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	0	0	0	0	0
Ecstasy ed analoghi	1	0	1	0	0	0
Barbiturici	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	1	1	0	1
Cannabinoidi	1	0	1	4	0	4
Cocaina	14	1	15	2	1	3
Crack	0	0	0	0	0	0
Eroina	252	58	310	157	46	203
Metadone (da strada)	2	2	4	1	1	2
Metadone (da trattamento)	0	0	0	0	0	0
Morfina	1	0	1	0	0	0
Altri oppiacei	2	0	2	0	0	0
Inalanti/Volatili	0	0	0	0	0	0
Alcool	4	1	5	4	1	5
Altro	7	1	8	0	0	0
Altri allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Altri ipnotici e sedativi	2	0	2	0	0	0
LSD	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>287</b>	<b>63</b>	<b>350</b>	<b>169</b>	<b>49</b>	<b>218</b>

Sostanze d'abuso – Anno 2012 – U.O.S. Area Penitenziaria

Sostanze d'abuso	Uso primario			Uso secondario		
	M	F	T	M	F	T
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	0	0	1	0	1
Ecstasy ed analoghi	1	0	1	1	0	1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	1	0	1	0	0	0
Cannabinoidi	9	1	10	2	1	3
Cocaina	14	1	15	3	0	3
Crack	0	0	0	0	0	0
Eroina	199	31	230	45	6	51
Metadone (da strada)	1	0	1	1	0	1
Metadone (da trattamento)	0	0	0	0	0	0
Morfina	0	0	0	0	0	0
Altri oppiacei	0	0	0	0	0	0
Inalanti/Volatili	0	0	0	0	0	0
Alcool	16	1	17	1	0	1
Altro	1	0	1	0	0	0
Altri allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Altri ipnotici e sedativi	0	0	0	0	0	0
LSD	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>242</b>	<b>34</b>	<b>276</b>	<b>54</b>	<b>7</b>	<b>61</b>

Sostanze d'abuso – Anno 2012 – Totale SerD Venezia

Sostanze d'abuso	Uso primario			Uso secondario		
	M	F	T	M	F	T
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Amfetamine	0	0	0	1	0	1
Ecstasy ed analoghi	2	0	2	1	0	1
Barbiturici	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	2	0	2	1	0	1
Cannabinoidi	10	1	11	6	1	7
Cocaina	28	2	30	5	1	6
Crack	0	0	0	0	0	0
Eroina	451	89	540	202	52	254
Metadone (da strada)	3	2	5	2	1	3
Metadone (da trattamento)	0	0	0	0	0	0
Morfina	1	0	1	0	0	0
Altri oppiacei	2	0	2	0	0	0
Inalanti/Volatili	0	0	0	0	0	0
Alcool	20	2	22	5	1	6
Altro	8	1	9	0	0	0
Altri allucinogeni	0	0	0	0	0	0
Altri ipnotici e sedativi	2	0	2	0	0	0
LSD	0	0	0	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>529</b>	<b>97</b>	<b>626</b>	<b>223</b>	<b>56</b>	<b>279</b>

Comportamento iniettivo – Anno 2012 – Servizio ambulatoriale

Comportamento iniettivo	Sesso		
	M	F	TOTALE
Non risulta/non risponde	349	81	430
Iniettato almeno una volta	3	1	4
Si inietta attualmente	3	0	3
Mai	6	0	6
<b>Totale</b>	<b>361</b>	<b>82</b>	<b>443</b>

Comportamento iniettivo – Anno 2012 – U.O.S. Area Penitenziaria

Comportamento iniettivo	Sesso		
	M	F	TOTALE
Non risulta/non risponde	359	63	422
Iniettato almeno una volta	1	1	2
Si inietta attualmente	2	0	2
Mai	3	1	4
<b>Totale</b>	<b>365</b>	<b>65</b>	<b>430</b>

Tab. – Comportamento iniettivo – Anno 2012 – Totale SerD Venezia

Comportamento iniettivo	Sesso		
	M	F	TOTALE
Non risulta/non risponde	708	144	852
Iniettato almeno una volta	4	2	6
Si inietta attualmente	5	0	5
Mai	9	1	10
<b>Totale</b>	<b>726</b>	<b>147</b>	<b>873</b>

### 3.1.3. Alcolisti a Mestre

Nel 2012 i SerD dell'Ulss 12 Veneziana hanno trattato ambulatorialmente 189 alcolisti: dopo valutazione clinica, socio-sanitaria e psicologica dello stato di alcol-dipendenza e controlli clinici e di laboratorio, vengono definiti progetti di cura individualizzati che possono comprendere terapie farmacologiche e psicofarmacologiche, counselling individuale e familiare, collegamento con il MMG, ricovero ospedaliero per disassuefazione, accompagnamento e inserimento nei gruppi di auto-aiuto del territorio (Club Alcolisti in Trattamento-CAT e Alcolisti Anonimi-A.A), trattamento di Gruppi all'interno del SerD, predisposizione di programmi terapeutici Comunitari Residenziali e semiresidenziali e monitoraggio degli stessi.

Nel Servizio della Terraferma veneziana i 154 utenti si attestano su fasce d'età più adulte che per i tossicodipendenti (113 hanno più di 40 anni), mentre il rapporto M/F vede una maggior rappresentanza delle donne (1/3 degli assistiti totali).

Utenti in carico per fascia d'età

Fasce d'età	Nuovi utenti		Già in carico-rientrati		Totale
	M	F	M	F	
< 19	0	0	0	0	<b>0</b>
20 - 29	2	3	4	3	<b>12</b>
30 - 39	8	5	8	8	<b>29</b>
40 - 49	10	3	27	14	<b>54</b>
50 - 59	8	2	19	4	<b>33</b>
> 59	3	2	15	6	<b>26</b>
<b>totale</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>73</b>	<b>35</b>	<b>154</b>

La bevanda d'abuso più utilizzata (1/3 degli utenti) è il vino.

Utenti in carico per bevanda d'abuso

BEVANDA	MASCHI	FEMMIN
1. Superalcolici	5	1
2. Aperitivi, amari, digestivi	11	5
3. Vini	74	30
4. Birra	14	14
<b>Totale</b>	<b>104</b>	<b>50</b>

### Utenti in carico e contemporaneo uso/abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

Utenti che fanno uso anche di sostanze stupefacenti o psicotrope:	22
Utenti che abusano o fanno uso improprio di farmaci:	12

### Utenti in carico e trattamenti

Trattamenti	n. soggetti	n.trattamenti
1. Trattamento medico-farmacologico ambulatoriale	59	69
2.1 Trattamento psicoterapeutico: individuale	22	24
2.2 Trattamento psicoterapeutico: di gruppo o familiare	2	2
3 Counseling all'utente o alla famiglia	104	126
4. Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	10	10
5. Trattamento socio-riabilitativo	24	24
6. Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	8	8
7.1 Ricovero ospedaliero o day-hospital per sindrome di dipendenza da alcool	3	3
7.2 Ricovero ospedaliero o day-hospita altre patologie alcoolcorrelate	0	0
8.1 Ricovero in casa di cura privata convenzionata per sindrome di dipendenza da alcool	0	0
8.2 Ricovero in casa di cura privata convenzionata altre patologie alcoolcorrelate	0	0

### 3.1.4. Alcolisti a Venezia

Gli utenti veneziani, verosimilmente riflettendo la composizione anagrafica della città, si attestano su fasce d'età più elevate (27/35 hanno più di 40 anni).

#### Utenti in carico per fascia d'età

Fasce d'età	Nuovi utenti		Già in carico-rientrati		Totale
	M	F	M	F	
< 19	0	0	0	0	0
20 - 29	1	0	0	0	1
30 - 39	2	0	4	1	7
40 - 49	1	1	10	2	14
50 - 59	2	0	6	3	11
> 59	0	0	2	0	2
<b>totale</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>35</b>

#### Utenti in carico per bevanda d'abuso

BEVANDA	MASCHI	FEMMIN
1. Superalcolici	2	2
2. Aperitivi, amari, digestivi	3	0
3. Vini	19	4
4. Birra	4	1
<b>Totale</b>	<b>28</b>	<b>7</b>

### Utenti in carico e contemporaneo uso/abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

Utenti che fanno uso anche di sostanze stupefacenti o psicotrope:	2
Utenti che abusano o fanno uso improprio di farmaci:	1

## Utenti in carico e trattamenti

<b>Trattamenti</b>	<b>n. soggetti</b>	<b>n.trattamenti</b>
1. Trattamento medico-farmacologico ambulatoriale	40	44
2.1 Trattamento psicoterapeutico: individuale	15	15
2.2 Trattamento psicoterapeutico: di gruppo o familiare	8	8
3 Counseling all'utente o alla famiglia	20	20
4. Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	3	4
5. Trattamento socio-riabilitativo	4	4
6. Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	1	2
7.1 Ricovero ospedaliero o day-hospital per sindrome di dipendenza da alcool	0	0
7.2 Ricovero ospedaliero o day-hospital altre patologie alcoolcorrelate	1	1
8.1 Ricovero in casa di cura privata convenzionata per sindrome di dipendenza da alcool	0	0
8.2 Ricovero in casa di cura privata convenzionata altre patologie alcoolcorrelate	1	1

## 3.2. Il contesto locale: gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche

### 3.2.1. Ce.I.S. di Mestre

#### 3.2.1.1. Ce.I.S. di Mestre – Pronta Accoglienza Confine

Nell'arco del 2012 la PA "Confine" ha registrato 75 ingressi, che in realtà hanno riguardato 59 utenti, tutti di genere maschile, in larghissima maggioranza provenienti dai due SerD dell'Aulss 12 o altri SerD della Regione. Circa 2/3 degli utenti avevano età inferiore ai 39 anni al momento dell'ingresso in struttura.

Fasce d'età	Utenti	
	V.A.	V.%
<15	0	0,00
15-19	3	5,08
20-24	9	15,25
25-29	7	11,86
30-34	7	11,86
35-39	12	20,34
>39	21	35,59
<b>Totale</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	14	23,73
Ser.D. Regione Veneto	26	44,07
Ser.D. Fuori Regione	19	32,20
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,00
D.S.M. Regione Veneto	0	0,00
<b>Totale</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>

Più di un terzo degli inserimenti sono esitati in un invio ad altre strutture, poco meno di un terzo nell'interruzione del trattamento (anche in tempi brevissimi: vd. range durata dei trattamenti). In 17 casi la dimissione è invece avvenuta per conclusione del programma concordato.

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Espulsione/allontanamento	n.a.	1,87	1,87	1,87
Interruzione Trattamento	n.a.	1,13	0,07	4,13
Trattamento Concluso	n.a.	2,61	0,23	0,80
Carcerazione	n.a.	6,20	0,03	19,73
Invio altre strutture	n.a.	2,00	0,20	4,67

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	0	0,00
Espulsione/allontanamento	1	1,33
Interruzione Trattamento	23	30,67
Trattamento Concluso	17	22,67
Carcerazione	5	6,67
Invio altre strutture	29	38,67
<b>Totale</b>	<b>75</b>	<b>100,00</b>

### 3.2.1.2. Ce.I.S. di Mestre – Comunità Contatto

La provenienza territoriale e le fasce d'età degli utenti della Comunità "Contatto" rispecchiano sostanzialmente, sia pure con qualche (residuale) scostamento, quanto già evidenziato per la Pronta Accoglienza "Confine".

Fasce d'età	Utenti	
	V.A.	V.%
<15	0	0,00
15-19	0	0,00
20-24	2	3,39
25-29	1	1,69
30-34	10	16,95
35-39	11	18,64
>39	21	35,59
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>76,27</b>

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	16	35,56
Ser.D. Regione Veneto	12	26,67
Ser.D. Fuori Regione	17	37,78
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,00
D.S.M. Regione Veneto	0	0,00
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

Alla data del 01/01/2013 risultavano ancora in trattamento 24 utenti. Focalizzando l'attenzione sui motivi d'uscita delle 40 persone dimesse, osserviamo che il trattamento è stato concluso dal 30% degli utenti, per un altro 27.5% si è risolto in un trasferimento ad altre strutture, in 16 casi (40%) è esitato in una espulsione od abbandono, anche in tempi molto brevi (vd. valori minimi del range).



Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Espulsione/allontanamento	n.a.	4,61	0,20	14,03
Interruzione Trattamento	n.a.	2,50	0,20	8,90
Trattamento Concluso	n.a.	4,11	0,53	10,50
Carcerazione	n.a.	7,03	7,03	7,03
Invio altre strutture	n.a.	4,98	0,33	18,63

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	0	0,00
Espulsione/allontanamento	7	17,50
Interruzione Trattamento	9	22,50
Trattamento Concluso	12	30,00
Carcerazione	1	2,50
Invio altre strutture	11	27,50
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>100,00</b>

### 3.2.1.3. Ce.I.S. di Mestre – Villa Soranzo

Nel 2012 sono stati registrati in questa struttura, che si caratterizza per una marcata specificità terapeutica e per un target d'utenza affatto diverso rispetto alle due precedenti, 207 ingressi che hanno riguardato 156 utenti, in questo caso sia uomini che donne (con un rapporto di 1/3.45).

Fasce d'età	Ingressi (V.A.)		Ingressi (%)	
	M	F	M	F
<15	0	0	0,00	0,00
15-19	1	0	0,83	0,00
20-24	6	1	4,96	2,86
25-29	7	0	5,79	0,00
30-34	20	3	16,53	8,57
35-39	33	6	27,27	17,14
>39	54	25	44,63	71,43
<b>Totale</b>	<b>121</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

A differenza che nelle altre due strutture, in questa sono largamente prevalenti gli utenti da fuori regione (63.46%); compaiono, seppur minoritari, anche 4 utenti con inserimento autonomo.

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	5	3,21
Ser.D. Regione Veneto	48	30,77
Ser.D. Fuori Regione	99	63,46
Autoinserimento (privato)	4	2,56
<b>Totale</b>	<b>156</b>	<b>100,00</b>

A fronte di 207 ingressi totali, nel corso dell'anno sono state registrate 160 uscite; al 01/01/2013 risultavano ancora in trattamento 47 utenti. Le dimissioni sono avvenute in larghissima maggioranza (oltre il 90%, sia per le donne che per gli uomini) per conclusione del trattamento; pochissime le interruzioni spontanee e le espulsioni (11 in tutto). A fronte di ciò, non può non

essere osservato l'estremale inferiore del range (0.03 mesi) e l'estrema variabilità della durata dei programmi conclusi, per tutte le tipologie di motivo d'uscita.

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Espulsione/allontanamento	n.a.	1,30	0,11	3,36
Interruzione Trattamento	n.a.	2,30	0,10	5,30
Trattamento Concluso	n.a.	2,82	0,03	16,23

Motivo d'uscita per sesso	Uscite (V.A.)		Uscite (%)	
	M	F	M	F
Dimissioni concordate	0	0	0,00	0,00
Espulsione/allontanamento	1	2	0,80	5,71
Interruzione Trattamento	7	1	5,60	2,86
Trattamento Concluso	117	32	93,60	91,43
Totale	125	35	100,00	100,00

### 3.2.2. Comunità di Venezia

#### 3.2.2.1. Comunità di Venezia – Giovani e Adulti

Nel 2012, la Comunità Terapeutica “Villa Renata” del Lido di Venezia, gestita dall’Ente “**Comunità di Venezia Società Cooperativa Sociale**”, ha avuto in carico 63 pazienti, di cui 45 maschi e 18 femmine (di cui una proveniente da Casa Aurora).

Il numero di **nuovi ingressi** (cioè pazienti che sono entrati nella nostra comunità per la prima volta) è stato di 33 su 63 (pari al 52%), mentre i restanti 30 pazienti erano già in carico dagli anni precedenti (48%).

La maggioranza degli ospiti, sia maschi che femmine, sono giovani di ambo i sessi: in particolare, i pazienti della fascia d’età **18-29 anni** hanno rappresentato – nel 2012 – il 77% dei maschi e il 77% delle femmine. Gli over 30 (sia uomini che donne) hanno invece rappresentato il 23% della popolazione in carico.

Fino a 5 anni prima, e cioè fino al 2007, questo rapporto era stato pressoché inverso, nel senso che i giovani dai 18 ai 29 anni di età rappresentavano meno del 40% della popolazione in carico, mentre quelli di età superiore (dai 30 ai 50 anni di età) rappresentavano più del 60% degli utenti (sia uomini che donne) (cfr. Villa Renata, Report 2007-2008, Report 2012).

Fasce d'età	Ingressi (V.A.)		Ingressi (%)	
	M	F	M	F
<15	0	0	0,00	0,00
15-19	2	7	4,44	38,89
20-24	21	4	46,67	22,22
25-29	12	3	26,67	16,67
30-34	5	3	11,11	16,67
35-39	3	1	6,67	5,56
>39	2	0	4,44	0,00
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Una utente è passata a C.A. per maternità; un'altra, al contrario, proviene da Casa Aurora.

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ulss 12 Veneziana	8	12,7
Regione Veneto	39	61,9
Fuori Regione	16	25,4
Totale	63	100

Terapia all'ingresso per sesso	Ingressi (V.A.)		Ingressi (%)	
	M	F	M	F
metadone	2	0	4,44	0,00
metadone/psicofarmaci	2	7	4,44	38,89
subutex	1	0	2,22	0,00
subutex/psicofarmaci	0	1	0,00	5,56
psicofarmaci	27	9	60,00	50,00
NO	13	1	28,89	5,56
Totale	45	18	100,00	100,00

Terapia all'uscita per sesso	Uscite (V.A.)		Uscite (%)	
	M	F	M	F
metadone	0	0	0,00	0,00
metadone/psicofarmaci	0	2	0,00	15,38
subutex	0	0	0,00	0,00
subutex/psicofarmaci	0	1	0,00	7,69
psicofarmaci	7	5	24,14	38,46
NO	22	5	75,86	38,46
Totale	29	13	100,00	100,00

Per quanto riguarda il *success rate*, cioè le percentuali di successo dell'intervento specialistico proposto, Villa Renata si attesta su percentuali discrete: dei 42 dimessi nell'anno 2012, in 25 casi si è trattato di trattamenti completati con successo o dimissioni concordate (**59%**), le interruzioni di programma hanno rappresentato il 31% del totale (13/42) e le espulsioni e gli allontanamenti il 10% circa.

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	1,95	23,72	4,57	40,67
Espulsione/allontanamento	1,19	14,44	0,77	40,07
Interruzione Trattamento	0,30	3,69	0,60	8,17
Trattamento Concluso	3,11	37,91	27,83	54,20

Motivo d'uscita per sesso	Uscite (V.A.)		Uscite (%)	
	M	F	M	F
Dimissioni concordate	14	4	48,28	30,77
Espulsione/allontanamento	3	1	10,34	7,69
Interruzione Trattamento	6	7	20,69	53,85
Trattamento Concluso	6	1	20,69	7,69
Totale	29	13	100,00	100,00

### 3.2.2.2. Comunità di Venezia – Mamme con bambini

Nel 2012, la Comunità Terapeutica “Casa Aurora” (sede di Venezia e Mestre), ha avuto in carico 36 donne, di cui 3 inviate dai Centri di Salute Mentale del territorio veneto e una proveniente dalla Comunità Villa Renata del Lido. I **nuovi ingressi** sono stati 12 su 36, rappresentando quindi il 33% del totale, mentre le donne già in carico dagli anni precedenti sono state 24 (il 67% del totale). I minori, in trattamento residenziale assieme alle loro madri, sono stati 38, di cui 10 nuovi ingressi, cioè il 26%.

L'età media delle donne in trattamento in Casa Aurora è più alta rispetto all'età media delle ospiti di sesso femminile in trattamento in Villa Renata: infatti è di 30 anni, contro i 24 delle ospiti di sesso femminile presenti in Villa. In ogni caso, negli ultimi anni, anche l'età media delle donne ospiti di Casa Aurora si è progressivamente abbassata e, nel 2012, le giovani donne sotto i 30 anni di età (fascia d'età 18-29 anni) hanno rappresentato la maggioranza, cioè il 59% del totale, mentre le over 30, il 41%.

Fasce d'età	Utenti	
	V.A.	V.%
<15	0	0,00
15-19	2	5,56
20-24	8	22,22
25-29	11	30,56
30-34	9	25,00
35-39	6	16,67
>39	0	0,00
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

36 utenti in trattamento, di cui una proveniente da Villa Renata, un'altra trasferita a Villa Renata.

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	6	16,67
Ser.D. Regione Veneto	19	52,78
Ser.D. Fuori Regione	9	25,00
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	1	2,78
D.S.M. Regione Veneto	1	2,78
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Terapia all'ingresso	Utenti	
	V.A.	V.%
metadone	19	52,78
metadone/psicofarmaci	6	16,67
subutex	0	0,00
subutex/psicofarmaci	1	2,78
psicofarmaci	4	11,11
NO	6	16,67
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Terapia all'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
metadone	1	5,00
metadone/psicofarmaci	3	15,00
subutex	0	0,00
subutex/psicofarmaci	1	5,00
psicofarmaci	5	25,00
NO	10	50,00
<b>Totale</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	1,00	12,17	12,17	12,17
Espulsione/allontanamento				
Interruzione Trattamento	1,06	12,93	0,90	52,20
Trattamento Concluso	3,00	36,54	25,63	46,20

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	1	5,00
Espulsione/allontanamento	0	0,00
Interruzione Trattamento	8	40,00
Trattamento Concluso	11	55,00
<b>Totale</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>

Anche per quanto riguarda le percentuali di successo dell'intervento specialistico proposto da Casa Aurora, ci si attesta su percentuali apprezzabili: delle 20 donne dimesse nell'anno 2012, in 12 casi si è trattato di un trattamento completato con successo o dimissioni concordate (**60%**), mentre per 8 donne (40%) si è trattato di interruzione del programma e conseguente affido del minore a parenti della famiglia d'origine o a famiglie esterne. I minori affidati/adottati sono stati 9 su 24 (37,5%), ma, di questi, 2 continuano a mantenere rapporti stabili con le madri entro progetti familiari personalizzati e concordati con i servizi invianti. I restanti 15 minori sono stati invece dimessi con successo dalla comunità, insieme alle loro madri (**62,5%**).

Fasce d'età	Ingressi (V.A.)		Ingressi (%)	
	M	F	M	F
<1	11	10	61,11	50,00
1 - 3	1	3	5,56	15,00
4 - 5	4	3	22,22	15,00
6 - 11	2	4	11,11	20,00
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Range e durata della permanenza per motivo d'uscita	Sesso		Durata media (mesi)	Range (mesi)	
	M	F		Min	Max
Affido/Adozione	4	5	14,75	0,73	33,23
Dimesso/a con madre	8	7	32,74	12,17	42,53
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>12</b>			

### 3.2.2.3. Alcune considerazioni

Il progressivo abbassamento dell'età media delle persone che iniziano un trattamento comunitario residenziale presso le comunità gestite da Comunità di Venezia s.c.s. riflette, da una parte, lo

scenario di riferimento a livello nazionale e locale, in cui si sta registrando una diffusione e un consumo di sostanze stupefacenti tra fasce d'età sempre più giovani della popolazione giovanile, e – dall'altra – una fase di latenza più breve tra l'esordio nell'uso di sostanze e l'approccio ai servizi di cura e riabilitazione, nel senso che si sta pian piano riducendo il tempo tra l'iniziazione all'uso e la prima richiesta di aiuto ai servizi competenti.

Se, da un lato, la progressiva minore età dei consumatori di sostanze psicotrope preoccupa l'opinione pubblica, gli specialisti ed esperti e gli operatori dei servizi per le dipendenze, per le inevitabili gravi conseguenze sulla vita sociale e scolastica-professionale dei giovani interessati, dall'altro lato, la precocità degli interventi di prevenzione, di recupero e riabilitazione delle dipendenze patologiche – quando si riesce ad attuarli in tempi rapidi – prospetta esiti finali maggiormente efficaci e duraturi.

Infatti, come un intervento preventivo precoce e competente è fondamentale per interrompere la spirale involutiva dettata dall'uso occasionale di sostanze stupefacenti ed impedire l'instaurarsi di una dipendenza problematica in giovani e giovanissimi maggiormente vulnerabili (cfr. DPA, 2011, p. 31), allo stesso modo un precoce intervento specialistico di cura e riabilitazione, laddove la dipendenza si sia ormai instaurata, consente di avviare un percorso terapeutico molto utile importante, per i giovani interessati, per “rinforzare e ottenere risultati di cambiamento che permettono di arrivare ad una permanente condizione di non uso di sostanze e al recupero delle funzionalità e delle condizioni di salute della persona” (DPA, 2011, p. 39)<sup>10</sup>.

Rispetto alle percentuali di successo dei trattamenti, rileviamo come le nostre si collochino nella media europea e internazionale. Nel Report annuale del 2012, l'Osservatorio nazionale inglese per il monitoraggio dei trattamenti registrava una percentuale di successo dei trattamenti per le dipendenze patologiche pari al 47% (Department of Health, 2012, p. 15)<sup>11</sup>. Nel 2010, la percentuale di trattamenti conclusi con successo era invece del 38% (Department of Health, 2010, p. 22)<sup>12</sup>. Naturalmente si tratta di dati generali riferiti a tutti i soggetti presi in carico e dimessi dai Servizi in rispettivamente nel 2012 e nel 2010.

In una pubblicazione del National Institute on Drug Abuse americano del 2012 (Nida, 2012)<sup>13</sup>, si riporta come la percentuale media di ricaduta nell'uso di sostanze, dopo un trattamento, varia dal 40% al 60% e dipenda dal fatto che la tossicodipendenza si profila come una malattia cronica, con decorsi simili a quelli di altre malattie croniche come l'asma, il diabete e l'ipertensione, dove le abitudini comportamentali e gli aspetti motivazionali giocano un ruolo non indifferente nell'eventuale ricomparsa dei sintomi. In ogni caso, secondo l'autorevole parere del Nida, per i motivi su esposti, le ricadute nell'uso di sostanze non dovrebbero essere considerate un fallimento del programma di riabilitazione ma piuttosto un segnale della necessità di integrare o ri-aggiustare la tipologia di trattamento o attivare programmi alternativi.

---

<sup>10</sup> Dipartimento Politiche Antidroga (2011), *Diagnosi e intervento precoce dell'uso di sostanze nei minori mediante counseling motivazionale, drug test e supporto educativo alla famiglia: metodi e rationale*. Disponibile su : [http://www.politicheantidroga.it/media/484224/early\\_detection\\_light.pdf](http://www.politicheantidroga.it/media/484224/early_detection_light.pdf)

<sup>11</sup> Department of Health & National Treatment Agency for substance misuse (2012), *Drug Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2011 to 31 March 2012*. Disponibile su: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/statisticsfromndtms201112vol1thenumbersfinal.pdf>

<sup>12</sup> Department of Health & National Treatment Agency for substance misuse (2010), *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS) 1 April 2009 – 31 March 2010*. Disponibile su: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/ndtmsannualreport2009-10finalversion.pdf>

<sup>13</sup> National Institute on Drug Abuse (2012), *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (Third Edition). Disponibile su: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment>

### 3.2.3. Emmaus

(a cura di Luigi Siviero)

I dati delle tabelle riportate di seguito evidenziano come la Comunità *Emmaus* nel corso dell'anno 2012 ha accolto persone ricorrenti, ovvero persone con più ricadute all'uso di sostanze che necessitano programmi personalizzati che valorizzino le capacità residue pratiche e relazionali.

Utenti per fasce d'età all'ingresso

Fasce d'età	Utenti	
	V.A.	V.%
<15	0	0,00
15-19	0	0,00
20-24	1	2,78
25-29	4	11,11
30-34	6	16,67
35-39	6	16,67
40-44	9	25,00
45-49	7	19,44
>49	3	8,33
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

**TOT 36 ingressi età media 39 anni**

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	9	25,00
Ser.D. Regione Veneto	24	66,67
Ser.D. Fuori Regione	3	8,33
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,00
D.S.M. Regione Veneto	0	0,00
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Gli utenti inseriti nella Comunità Emmaus nell'anno 2012 provengono prevalentemente dal territorio regionale.

Terapia all'ingresso	Utenti	
	V.A.	V.%
metadone	19	52,78
metadone/psicofarmaci	0	0,00
subutex	0	0,00
subutex/psicofarmaci	0	0,00
alcover	1	2,78
psicofarmaci	0	0,00
NO	0	0,00
N.R.	16	44,44
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Il 44.44% delle persone inserite in Comunità all'ingresso utilizzavano una terapia non sostitutiva.

#### Motivo d'uscita

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Ricovero ospedaliero	1	4,55
Espulsione/allontanamento	1	4,55
Interruzione Trattamento	11	50,00
Trattamento Concluso	9	40,91
Totale	22	100,00

La tabella 4 evidenzia che la percentuale di interruzione del trattamento è molto alta. L'interruzione del trattamento va considerata come accompagnamento ad altre strutture, prevalentemente centri di pronta accoglienza per riformulare, in accordo con il Servizio Inviante, un nuovo progetto adeguato alla Persona. Tale valutazione è l'esito di una attenta analisi d'équipe che ha ritenuto la persona non in grado di sostenere il Progetto Terapeutico offerto.

L'unico caso di ricovero ospedaliero è stato dovuto al peggioramento di una patologia correlata all'uso di sostanze HCV e HIV.

L'espulsione è avvenuta a seguito di numerose trasgressioni ed evidente incompatibilità al Progetto Terapeutico

Per trattamento concluso si considerano anche gli accompagnamenti a strutture protette come "Appartamenti o Comunità di Vita".

#### Range e durata del programma per motivo d'uscita

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Ricovero ospedaliero	0,00	0,27	0,27	0,27
Espulsione/allontanamento	1,20	14,57	14,57	14,57
Interruzione Trattamento	0,57	6,91	0,83	20,63
Trattamento Concluso	1,16	14,06	0,37	36,43

#### Terapia all'uscita

Terapia all'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
metadone	10	45,45
metadone/psicofarmaci	0	0,00
subutex	0	0,00
subutex/psicofarmaci	0	0,00
alcover	1	4,55
psicofarmaci	0	0,00
NO	0	0,00
N.R.	11	50,00
Totale	22	100,00

Dalle tabelle 5 e 6 si evince come la metà dei pazienti accolti in Comunità con una terapia all'ingresso, l'abbia poi mantenuta anche al momento della dimissione come sostegno.

I dati sopracitati evidenziano la coerenza del offerta della Comunità Emmaus, con una attenzione particolare a quella fascia di utenza definita "cronica".

L'offerta è caratterizzata dall'accoglienza di persone e da un percorso di accompagnamento al raggiungimento di uno stile di vita diverso.

La proposta di cambiamento e l'impegno richiesto all'Ospite al momento dell'ingresso vengono supportati dalla tabella 4 che riporta i motivi delle dimissioni.



La Comunità Terapeutica Emmaus è una struttura gestita dalla Fondazione di Religione Opera S. Maria della Carità, ente ecclesiastico civilmente riconosciuto e senza scopo di lucro, che fornisce nel territorio Veneziano molteplici Servizi alla Persona. La Comunità Emmaus accoglie persone di diverse età, estrazione sociale e cultura perché considera la dipendenza sintomo di un malessere interiore e soggettivo; le persone accolte vengono dunque accompagnate ad acquisire consapevolezza dei propri limiti, dei propri bisogni, e di strategie che li aiutino a non ricorrere all'utilizzo di sostanze.

L'utilizzo dei tirocini lavorativi rivolti agli utenti della Comunità e svolti all'interno delle diverse strutture gestite dalla Fondazione, si sono rivelati un importante strumento di valutazione ed osservazione che ha reso ancor più efficace il raggiungimento degli obiettivi riabilitativo-terapeutici.

### **3.3. Osservazioni qualitative**

#### **3.3.1. L'Area giovani di Mestre**

##### **ATTIVITA' DELL'EQUIPE GIOVANI DELL'AREA CLINICA DEL SERD DI MESTRE**

*(a cura di tutti i componenti dell'équipe Giovani: Adriana Bottazzo, Leonardo Duminuco, Franco Gallina, Carmela Rizza, Chiara Salandin, Annunziata Salluce, Alessandro Szamko, Giorgio Trinciarelli).*

##### **DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI UTENTI CONSUMATORI DI CANNABINOIDI**

Alcune osservazioni particolarmente urgenti sono quelle relative alla fascia di utenza giovane che presenta un consumo prevalente e, spesso, esclusivo, di cannabinoidi: la nostra attività nel corso dell'ultimo anno è stata volta alla sperimentazione di forme accurate ed aggiornate sia di diagnosi che di trattamento dei pazienti con abuso o dipendenza da cannabinoidi: tale trattamento non può prescindere dal coinvolgimento dei familiari, in più modi, soprattutto centrati sul recupero o acquisizione delle funzioni genitoriali.

Vi è necessità di aumento degli scambi con altre agenzie e analoghe istituzioni di cura e della implementazione dei dispositivi educativi e psicoterapeutici gruppali. Si rileva, a tal proposito, una certa carenza di efficacia dei tradizionali dispositivi clinici ambulatoriali (psicoterapie individuali di tipo verbale), che ci porta a verificare, nei giovani utenti e nel loro ambito di vita: una particolare difficoltà a scegliere di smettere di fumare cannabis, una scarsa motivazione a smettere, la presenza di una diffusa cultura sulla presunta scarsa nocività del consumo di cannabinoidi, che incide anche sui genitori e familiari, che sembrano sottovalutare la rilevanza del problema e, parallelamente, alcune forme di allarmismo familiare notevolmente controproducenti.

Ci sembra importante che il Dipartimento sviluppi eventi e crei occasioni di conoscenza degli effetti e della nocività della cannabis, oggi in commercio, nei punti nodali della rete dei servizi.

L'uso di sostanze nei più giovani avviene spesso in contesti multiproblematici, quali difficoltà familiari economiche e di relazione, insuccessi scolastici, difficoltà di ingresso nella società. Questo insieme di situazioni si unisce, quindi, alle problematiche della crescita e del desiderio di trasgressione, oltre, naturalmente, alle eventuali problematiche psicologiche del singolo.

Si osserva un elevato numero di figli di stranieri e stranieri, che si avvicinano alle sostanze per una particolare difficoltà nella situazione del ricongiungimento familiare (uno dei momenti critici del progetto migratorio). Differenti modalità di uso e di tipologia di sostanze, a tal proposito, si rileva a seconda dell'Area di provenienza: nei giovani provenienti dall'Europa dell'Est c'è una tendenza all'abuso di alcool ed all'uso endovenoso di oppiacei, quasi fosse ancora sconosciuto l'uso mediante aspirazione dei vapori (uso più protettivo e culturalmente trasmesso in Europa Occidentale); nei giovani provenienti dal Nord Africa è invece più diffuso il consumo di cannabinoidi.

##### **UTENTI MINORENNI**

Un altro argomento di riflessione è la quantità di valutazioni di minorenni, che ci viene richiesta dall'USSM, ospiti di Comunità Educative del nostro territorio.

Per tutti, anche per questi ultimi appena citati, si procede con il consolidato protocollo di valutazione ( quattro colloqui di valutazione con il minore, comprensivi di eventuale test psicodiagnostico, con uno psicologo; quattro colloqui di valutazione con i genitori o il tutore, svolti da un secondo psicologo; visita medica, esame dei metaboliti urinari, colloquio con l'Assistente Sociale). Alla fine della fase di valutazione, si effettua un colloquio congiunto con il giovane ed i genitori con i due psicologi per restituire le ipotesi diagnostiche ed impostare il trattamento, qualora necessario. Nell'eventualità venga programmato un intervento complessivo, viene proposto un percorso di psicoterapia individuale ed eventualmente un percorso educativo ed un sostegno di tipo sociale. In molti casi, anche ai genitori (o familiari, ad esempio i fratelli) viene proposto un percorso di sostegno psicologico e/o educativo.

Il tempo minimo, da noi verificato, per un trattamento efficace comporta una durata di almeno 24 mesi.

Hanno fatto il loro primo accesso al Servizio, nel 2012, 17 minorenni.

I problemi alcool correlati dei minori che accedono al servizio sono abusi alcoolici piuttosto che dipendenze, spesso nella forma di binge-drinking.

Si osserva un aumento di problemi legati all'uso di cannabis e ad una relativa diminuzione dei problemi correlati all'uso di oppiacei.

#### TIPOLOGIA DI INTERVENTI MULTIMODALI

I pazienti sono stati seguiti dal punto di vista medico con farmaci sostituiti degli oppiacei e non e con monitoraggio tossicologico delle urine; dal punto di vista psicologico gli utenti sono stati trattati esclusivamente mediante colloqui individuali, mentre per i genitori si sono svolti un percorso di accompagnamento anche in gruppo ed un ciclo di incontri informativi dedicati; dal punto di vista educativo sono stati seguiti pazienti e familiari per le problematiche di inserimento lavorativo, di sostegno scolastico, sostegno alle funzioni genitoriali e di sviluppo di competenze relazionali; dal punto di vista sociale sono stati seguiti pazienti e familiari per le problematiche giudiziarie, di inserimento in CTR, di raccordo con la rete dei Servizi della Municipalità, dell'USSM, dell'UEPE e del Tribunale di Sorveglianza.

Abbiamo osservato, nel corso dell'anno un potenziamento della rete, con una migliorata capacità di collaborazione con altri servizi del territorio e dell'Azienda ULSS, in particolare con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

Inoltre, molte segnalazioni di minori in difficoltà arrivano al Servizio da varie agenzie del territorio: pensiamo ciò dipenda da un buon radicamento del Servizio del territorio e da una sua buona visibilità nel contesto cittadino. Si presume che le segnalazioni descrivano anche, però, un aumento del disagio familiare e dei più giovani in particolare.

Sono in aumento, inoltre, le richieste di valutazione da parte dell'USSM di minori che commettono reati.

#### OSSERVAZIONI, PROGETTI E CRITICITA'

E' urgente ed indispensabile un ampliamento dei dispositivi educativi, anche utilizzando i mezzi di comunicazione della fascia giovanile, quali social-network, contatti via What'App e sms, siti web creati appositamente per informazioni e dibattiti: questo perché i giovani sono poco avvicinabili con gli strumenti tradizionali della cura ambulatoriale.

Compito per il prossimo periodo è quello di ampliare le conoscenze teoriche e le tecniche di intervento sia psicologiche che sociali ed educative, per offrire il più ampio ventaglio di cure efficaci e individualizzate per l'utente e per la sua famiglia. In particolare sarebbe utile una maggior condivisione degli interventi educativi e di quelli psicoterapeutici. Inoltre è fondamentale offrire dispositivi gruppali di cura e sostegno. A tal proposito una delle criticità risiede nella difficoltà di integrazione delle competenze nell'équipe di lavoro, con tendenza ad operare in modi non sinergici. Sembra molto opportuno, oltre a ciò, la possibilità di svolgere visite e colloqui con gli utenti più giovani in una sede dedicata, non coincidente con la sede del SerD.

Altra criticità appare l'età elevata degli operatori dell'équipe, dove da tempo non vi sono ricambi o acquisizioni di nuovo personale di una fascia d'età più giovane e dunque più vicina alla cultura degli utenti.

Queste osservazioni qualitative vengono confermate dalla raccolta di alcuni dati quantitativi, indicativi dei flussi di utenza seguiti dall'equipe giovane, nel 2013 dal SerDdi Mestre-Ve.

### **3.3.2. L'Area giovani di Venezia**

(a cura di Francesca Paruzzolo)

SEZIONE GIOVANI SER.D Venezia Centro Storico ULSS12 veneziana: considerazioni sul lavoro di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento dei giovani compresi nella fascia di età tra i 14 e i 25 anni nell'anno 2012

- ✓ Sembra confermato l'abbassamento dell'età media di primo accesso alla Sezione Giovani del Centro Storico, già osservato negli anni precedenti in relazione all'apertura di uno spazio dedicato.
- ✓ Nella maggior parte dei casi l'accesso è volontario (si intenda per "volontario" anche quello fortemente voluto dai genitori, che è il caso più frequente), mentre sono diminuiti gli invii da parte della Prefettura per art. 121 o art. 75.
- ✓ Si sono verificati, anche se in numero poco rilevante, casi di accesso dei soli genitori, cui ha fatto seguito, a breve distanza di tempo, la presa in carico diretta del figlio/a
- ✓ Sono aumentati i casi di accesso per abuso di cannabinoidi con relative prese in carico per trattamenti multidisciplinari
- ✓ La fascia di età tra i 15 e i 19 anni sembra essere la più significativa e permane una forte discrepanza fra maschi e femmine, restando quest'ultime in minoranza
- ✓ Risulta aumentato il numero dei casi inviati dall'USSM e si rileva un aspetto fortemente significativo della presa in carico di questi soggetti che riescono a mantenere per un tempo mediamente più lungo il proprio impegno nel percorso di cura e che mostrano i migliori risultati della medesima, con un evidente cambio del comportamento caratterizzato dalla sospensione dell'uso della sostanza, da un riavvicinamento ai percorsi di formazione e soprattutto da una apprezzabile ripresa del percorso evolutivo.  
La stretta collaborazione con l'USSM nella formulazione del programma della *messa alla prova* risulta essere determinante per il trattamento precoce sia della strutturazione di una dipendenza, sia per l'aspetto strettamente legato alla prevenzione dei comportamenti antisociali.
- ✓ E' fondamentale per una buona e duratura presa in carico un accurato percorso di valutazione (4 colloqui con la Psicologa, 2 colloqui con entrambe i genitori da parte dell'assistente sociale che permettono una conoscenza approfondita del soggetto e della sua famiglia, 1 colloquio con il medico) dal quale possa risultare una approfondita conoscenza del funzionamento mentale del soggetto e un principio di diagnosi strutturale, condizione necessaria per la formulazione di una prognosi e quindi di un programma di trattamento.
- ✓ Tale percorso è stato portato a termine da tutti i soggetti che si sono presentati alla Sezione Giovani.
- ✓ Il trattamento prevede abbastanza raramente il ricorso a trattamenti farmacologici, mentre sembrano avere più efficacia le terapie psicologiche individuali, di gruppo, e familiari.
- ✓ Si evidenzia tuttavia la imprescindibilità di percorsi di recupero di tipo educativo che permettano il reinserimento del soggetto in un contesto sociale sano e corretto dal punto di vista legale. A questo proposito i Ser.d risultano carenti di personale specializzato ed è da affinare il percorso di collaborazione con le Municipalità avviato nell'anno 2012.
- ✓ Limitato è il ricorso al ricovero in C.T., tranne nei casi in cui si verifichi la precisa disposizione del Giudice per reati connessi all'uso di sostanze. Si è osservato che sembra essere più difficile che i pazienti giovani siano realmente e profondamente motivati ad un percorso di cura così impegnativo, nonchè spesso ancora impreparati ad una separazione drastica dal proprio ambiente familiare e amicale.
- ✓ Sembra opportuno un ulteriore ripensamento delle strutture comunitarie, poiché la ricchezza di risorse in termini protettivi, riabilitativi e riparativi che esse detengono, potrebbe trovare una realizzazione più idonea con un diverso assetto terapeutico più consono alle esigenze dei pazienti giovani

- ✓ Si rileva sempre più la presenza dell'ALCOL nei comportamenti di abuso dei giovani pazienti, sostanza ancora soggetta ad un fenomeno di “normalizzazione, deculturalizzazione e decontestualizzazione” come evidenziato dalle ultime ricerche effettuate dall'Osservatorio per le Dipendenze di Bologna (R.M.Pavarin). A questo proposito si assiste, sia da parte del soggetto che dei familiari, ad una banalizzazione perfino dei ricoveri in P.S. per coma etilico o per gravi episodi di intossicazione alcolica. D'altra parte non si sono avute segnalazioni o invii da parte del P.S. nemmeno nei casi in cui si è avuto modo di constatare, in sede anamnestica, un avvenuto recente ricovero.
- ✓ L'eroina è ancora molto presente, anche se risulta decisamente cambiato il profilo dell'abusatore sia in termini di diagnosi della struttura di personalità, sia per quel che riguarda la modalità di approccio e di consumo: sono più presenti i giovani pazienti che mantengono una vita apparentemente “normale” e che riescono ad assolvere, seppur con difficoltà, gli impegni scolastici, a prezzo di gravi conseguenze nella strutturazione dell'identità.
- ✓ L'anamnesi tossicologica evidenzia in un alto numero di casi la poliassunzione (seppur saltuaria per le sostanze secondarie) e una maggior frequenza della presenza della cocaina
- ✓ A livello di prevenzione delle malattie infettive si rileva la necessità di una maggior attenzione verso le condotte a rischio, poiché sembra rilevante il numero di positività trovate nei casi in cui si sia effettuato uno screening mirato
- ✓ Risulta significativamente carente l'offerta di interventi di prevenzione universale, dovuta alla carenza di personale dedicato, mentre si segnala l'importanza di offrire ai ragazzi l'opportunità di percorsi di pensiero guidato e strutturato sulle sostanze e sui propri comportamenti in relazione ad esse.

### **3.3.3. Iniziative di prevenzione indicata a favore di adolescenti ad alto rischio di uso di sostanze, svolte dalla U.O.S. Prevenzione Dipendenze, Ser.D. Mestre**

(a cura di Daniela Orlandini<sup>14</sup> e Fabio Frascone)

Le attività dell'UOS Prevenzione Dipendenze nel 2012 riguardano la prevenzione indicata, come da indicazioni delle Direzioni del SerD Terraferma e del Dipartimento Dipendenze, rivolte alla popolazione giovanile dei Distretti Socio-sanitari 3 e 4 della nostra Azienda.

La *prevenzione indicata* si riferisce a strategie rivolte ad individui ad alto rischio di sviluppare problemi legati all'uso/abuso di sostanze psicoattive. E' stata quindi fatta una scelta strategica dettata dalla difficoltà di interfacciare in maniera diretta l'adolescente con problemi da uso di sostanze e dalla necessità di proporre un approccio psico-educativo a sostegno di un percorso evolutivo a rischio. Da un punto di vista operativo sono stati allestiti una serie di dispositivi finalizzati a lavorare con *gli adulti significativi* a contatto con adolescenti a rischio come genitori e docenti in primis, e secondariamente operatori di servizi territoriali.

Le iniziative dirette agli adulti significativi riguardano due aree: una di carattere informativa/formativa ed una di carattere consulenziale.

In considerazione della diffusione, della varietà e della diversità dei comportamenti d'uso/abuso di sostanze psicoattive si è ritenuto necessario offrire dei momenti di *consultazione preventiva specifica* rivolti agli adulti significativi a diretto contatto con adolescenti che presentano forti fattori di rischio. La consultazione ha come finalità quella di intervenire sui percorsi di iniziazione e di stabilizzazione dell'uso di sostanze attraverso un approccio psico-educativo a sostegno del ruolo dell'adulto rispetto all'adolescente che sta attraversando uno specifico momento di difficoltà. L'offerta di consulenza preventiva prevede la seguente articolazione:

#### **Droga che fare? Spazio per genitori preoccupati dal problema**

Genitori preoccupati per il comportamento del figlio, con sospetti o certezze di uso di sostanze psicoattive, hanno la necessità di uno spazio di risposta nel quale avere informazioni,

<sup>14</sup> Psicologa, psicoterapeuta, Responsabile U.O.S. Prevenzione Dipendenze, Ser.D. Mestre

orientamento e counselling rispetto ai problemi educativi e all'uso/abuso di droghe in adolescenza. Vengono proposti:

- consulenza telefonica
- colloqui di orientamento e valutazione
- percorsi di sostegno psico-educativo.

Il servizio di consultazione è gratuito e vi si accede previo appuntamento telefonico. E' attiva una Segreteria telefonica 041.260.8808 presso la quale è possibile lasciare un messaggio per essere richiamati.

### **Consulenza per dirigenti scolastici e docenti**

La scuola e gli insegnanti si trovano talvolta in difficoltà di fronte a situazioni che coinvolgono gli studenti in comportamenti di consumo di sostanze psicoattive, agiti sia al di fuori sia all'interno degli istituti scolastici. Tale comportamento di consumo influisce spesso direttamente sulla relazione studente-docente, studente-gruppo classe, scuola-famiglia.

Di fronte a queste situazioni si pongono diverse problematiche, che possono essere oggetto di consultazione:

- aspetti legali rispetto alla detenzione, al consumo e allo spaccio di droghe a scuola
- studenti a rischio di uso di sostanze
- relazione con le famiglie
- gestione della classe rispetto a situazioni specifiche.

La consulenza può essere effettuata sia telefonicamente sia presso l'UOPD sia nella sede della Scuola. Inoltre ci si rende disponibili ad incontri su specifiche problematiche con gruppi di docenti.

### **Link con gli operatori dei diversi servizi territoriali**

Numerosi dispositivi presenti sul nostro territorio (servizi, centri, comunità, punti di ascolto, progetti, ecc.) hanno modo di contattare molti giovani e offrire loro spazi di aggregazione, percorsi terapeutici, sostegno educativo e sociale, ecc. Tra questi giovani, alcuni di essi fanno uso/abuso di sostanze psicoattive: si ritiene quindi indispensabile poter svolgere un lavoro di collegamento con gli operatori di tali servizi per offrire consulenza su specifiche situazioni segnalate.

## **ATTIVITÀ CON LE SCUOLE**

Come ogni anno si è proceduto ad inserire le nostre proposte per le scuole secondarie di 1° e 2° grado del territorio di competenza nel pacchetto che ULSS 12, Provincia e Comune di Venezia hanno predisposto per l'AS 2011-2012.

Le proposte denominate "GLI ADULTI SI INTERROGANO SU ADOLESCENTI E DROGHE" riguardano i genitori e i docenti:

- Incontri assembleari per genitori sulla tematica adolescenza e droghe - I GENITORI SI INTERROGANO SULLE DROGHE
- Consulenze a dirigenti scolastici e docenti su specifiche situazioni a rischio - LA SCUOLA E LE DROGHE
- Incontri di aggiornamento per docenti sul tema dei segnali di allarme a scuola - I DOCENTI DI FRONTE AGLI STUDENTI A RISCHIO DI CONSUMO DI DROGHE

Tutte le scuole che hanno fatto richiesta sono state contattate nella figura del preside e/o del docente referente.

### **I GENITORI SI INTERROGANO SULLE DROGHE – AS 2011-2012**

Tale proposta ha come finalità l'informazione/formazione sul tema adolescenti e droghe e la conoscenza del nostro dispositivo di consulenza preventiva per genitori "Droga che fare?".

Si è proceduto con una serie di interventi in collaborazione con le scuole secondarie di 1° e 2° grado che ne hanno fatto richiesta.

- incontri assembleari "I genitori si interrogano sulle droghe" presso la scuola richiedente con il coinvolgimento di numerosi genitori ed alcuni docenti

- distribuzione a tutti i genitori presenti del folder “Info genitori- Adolescenza e comportamenti a rischio” da noi prodotto e richiesta di inserimento dello stesso nel sito della scuola
- pubblicizzazione del dispositivo di consultazione “Droga che fare? Spazio per genitori preoccupati dal problema”, anche attraverso il sito della scuola.

L’attività di sensibilizzazione rivolta ai genitori ha permesso di:

- favorire la conoscenza del nostro dispositivo di consultazione per genitori e in alcuni casi il contatto diretto con gli operatori
- sollecitare l’attenzione e il monitoraggio dei genitori sull’argomento droga.

## **ATTIVITA’ PER DOCENTI – AS 2011-2012**

Per l’as 2011-2012 le nostre proposte per i docenti si sono articolate in due direzioni:

- Consulenze a dirigenti scolastici e docenti su specifiche situazioni a rischio - LA SCUOLA E LE DROGHE
- Incontri di aggiornamento per docenti sul tema dei segnali di allarme a scuola – I DOCENTI DI FRONTE AGLI STUDENTI A RISCHIO DI CONSUMO DI DROGHE

L’attività di consulenza offerta alle Scuole ha consentito di:

- Offrire alle scuole occasioni per ridefinire le modalità di controllo interne all’organizzazione scolastica e relative soprattutto alla segnalazione ai genitori delle assenze ingiustificate da scuola, ad un più attento monitoraggio degli ingressi e delle uscite dall’Istituto, alla maggiore sorveglianza durante l’intervallo sia all’interno della scuola sia negli spazi esterni di competenza, ad una più mirata valutazione dei permessi di uscita dalla classe, soprattutto per gli studenti oggetto di particolare attenzione.
- Sollecitare una maggiore sensibilità nel mantenere un rapporto scuola-famiglia tale da ridurre gli spazi di manipolazione da parte degli studenti e un rapporto di maggiore trasparenza nelle decisioni educative sia scolastiche sia familiari da prendere.
- Invitare alla massima osservazione dei gruppi e delle aggregazioni tra studenti per identificare possibili, se non già note, situazioni di comportamenti illeciti di consumo, detenzione o spaccio e comunque a rischio rispetto alla possibilità di avere un ambiente scolastico adeguato e sufficientemente protetto.
- Fornire elementi professionali di riconoscimento dei fattori specifici di rischio di uso/abuso di sostanze psicoattive tra gli studenti, al fine di poter intervenire in modo tempestivo e possibilmente precoce alla messa in atto di tali comportamenti.

## **Collaborazione Tavolo di Programma d.g.r. 2416/08**

Anche per il 2012 è proseguita la partecipazione, come richiesto dal delegato per la nostra ULSS per la programmazione e il recepimento della dgr. 2416/08, al Tavolo di Programma deputato alla programmazione dello sviluppo dei servizi di protezione e cura e delle risorse accoglienti nell’ambito della Promozione della salute e prevenzione del disagio nelle scuole. Tale tavolo prevede un lavoro di concertazione e coordinamento con i rappresentanti di ULSS12, Comune e Provincia di Venezia. Per la nostra ULSS i referenti sono Daniela Orlandini (UOS Prevenzione Dipendenze) e Caterina Baldan (Consultori).

## **ATTIVITÀ DI CONSULTAZIONE PREVENTIVA PER GENITORI**

La consultazione per genitori, attività preminente dell’UOS Prevenzione Dipendenze Terraferma, ha come finalità quella di incrementare le competenze educative e ridefinire il ruolo genitoriale al fine di sostenere e sviluppare i fattori protettivi specifici familiari quali il Monitoraggio, l’Atteggiamento verso le sostanze, le Regole di condotta in particolare della vita familiare e scolastica.

L'allestimento di questa attività ha richiesto la definizione di procedure e strumenti di lavoro quali *scheda di contatto telefonico*, apertura di *documentazione sanitaria* intestata ai genitori presenti al colloquio, *cartella per aree di vita* e relativi fattori di rischio.

In genere l'avvio alla consulenza avviene su invito di un docente o del SerD Area Clinica Giovani (soprattutto relativamente alle richieste di valutazione della Tutela Minori delle Municipalità o dell'USSM del TM di Venezia) oppure spontaneamente, in particolare a seguito delle iniziative di sensibilizzazione a scuola o tramite il passaparola tra genitori. Il genitore interessato quindi telefona al numero dedicato 041 260 8808 dove trova una segreteria telefonica: entro 24 ore viene richiamato e viene effettuato un primo contatto al quale segue nella maggioranza dei casi un appuntamento entro una settimana preferibilmente con la presenza di entrambi i genitori.

Dall'ottobre 2008 (data di inizio attività di consultazione dell'UOS Prevenzione Dipendenze) al dicembre 2012 sono state aperte complessivamente 199 cartelle riguardanti i genitori.

*Le prestazioni effettuate riguardano colloqui telefonici, colloqui vis-à-vis con la famiglia di circa 90 minuti, colloqui congiunti con operatore prevenzione e operatore clinica SerD, famiglia e ragazzo, contatti di rete con servizi che si sono occupati o si occuperanno del ragazzo o della famiglia tramite incontri ad hoc o colloqui telefonici.*

L'attività di consulenza offerta ai genitori ha consentito di mettere a fuoco che:

- L'esperienza finora maturata ha permesso di definire un modello di intervento e un insieme di indicatori.
- La maggior parte delle situazioni riportate dai familiari presenta variazioni comportamentali nelle abitudini di vita (sonno/veglia, pasti, orari, ecc.), tono dell'umore, aggressività verbale e non verbale, tracollo del rendimento scolastico, assenze ingiustificate da scuola, altri comportamenti a rischio che hanno messo in allarme i genitori accompagnate dal sospetto o certezza di uso in genere di cannabinoidi.
- I genitori spesso sottovalutano l'uso/abuso di alcol e in alcune situazioni anche quello di cannabinoidi e a questo proposito si sottolinea la carenza di informazioni specifiche sia nei genitori che in molti operatori territoriali

### **Attività di rete territoriale**

Negli anni passati si è dedicato molto tempo alla conoscenza della rete territoriale dei servizi/strutture al fine di migliorare la collaborazione su situazioni specifiche e di rispondere sempre più ai bisogni della nostra tipologia di utenti. Nel 2012 sé è ampliata la conoscenza delle risorse della rete territoriale con:

- Incontri con operatori NOT – Prefettura di Venezia
- Incontro con referenti delle Forze dell'Ordine
- Numerosi incontri in relazione a casi con USSM del TM di Venezia
- Numerosi incontri in relazione a casi con Tutela Minori delle Municipalità

L'attività di rete territoriale ha permesso di:

- Attivare le risorse dei diversi servizi territoriali per una collaborazione concreta sui diversi problemi e momenti di vita delle famiglie da noi seguite
- Dare continuità e coerenza agli interventi dei diversi servizi
- Conoscere le risorse territoriali anche nei loro limiti rispetto alla nostra tipologia di utenza
- Far emergere negli operatori dei servizi la problematicità dell'uso/abuso di sostanze psicoattive

### **Altre attività**

Collaborazione tra UOS Prevenzione Dipendenze e UOC Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia: al fine di tutelare l'adolescente ed al contempo di favorire l'individuazione dei soggetti ad alto rischio di consumo di sostanze si è provveduto a stilare una procedura di collaborazione tra i due servizi. Tale collaborazione prevede che i genitori possano consegnare il campione di urine del figlio per gli accertamenti tossicologici (prescritti su ricettario SSR dal MMG su nostra indicazione) alla Segreteria del Laboratorio Analisi dell'Ospedale dell'Angelo previa compilazione della "Dichiarazione di appartenenza delle urine per esami tossicologici".

La ricerca di tale collaborazione è stata dettata da numerosi elementi:

- la necessità di effettuare la ricerca dei metaboliti delle principali sostanze d'abuso in un ambiente diverso dalla sede clinica del SerD
- la necessità di non gravare sui punti prelievi dei Distretti in particolare quello di via Cappuccina e al contempo non creare imbarazzo o difficoltà al genitore o all'adolescente
- il coinvolgimento del MMG al quale si richiede la prescrizione e al contempo si comunica la presa in carico dei genitori
- l'esigenza della riscossione del ticket dato che non essendoci una diagnosi di dipendenza non sussiste il regime di esenzione
- la garanzia della massima tutela dell'anonimato del minore.

### 3.3.4. Gli interventi nelle scuole a Venezia

(a cura di Francesca Paruzzolo)

Nell'anno 2012 – si intenda anno scolastico 2012/13 – il Ser.d del Centro storico ha continuato il lavoro di prevenzione universale iniziato nell'a.s. 2005/06 con il progetto “PORTOLANO: una bussola per crescere”, che prevede interventi di prevenzione delle condotte a rischio ed è diretto agli allievi della 2° superiore.

L'intervento si compone di 6 incontri in classe (4 di due ore e 2 di un'ora ciascuno), durante i quali vengono attivati dei percorsi di pensiero gruppalizzati finalizzati ad aumentare la percezione dei rischi (in ambito relazionale, affettivo, sessuale e nei contatti con le sostanze di abuso) attraverso la rappresentazione di situazioni tipo

che consentono ai ragazzi di giungere più preparati alle situazioni reali.

Nell'anno scolastico 2012/13 si è dovuto contrarre fortemente il numero dei ragazzi raggiunti dal progetto a causa di una sensibile diminuzione del personale dedicato.

PORTOLANO E SESTANTE A.S. 2011/2012		INTERVENTI GRUPPALI					CONSULTAZIONE ASCOLTO		
grado (1)	SCUOLE (2)	n. classi	n. incontri	n. alunni	n. insegnanti	n. incontri	n. classi	n. incontri	n. alunni
SUP 2°	ALGAROTTI	9	45	196	9	9	9	9	60
SUP 2°	TOMMASEO	2	10	47	2	2	2	2	10
SUP 2°	CORNER/SANUDO	3	15	66	3	3	3	3	15
SUP 2°	CINI/VENIER	4	20	70	4	4			
<b>PROGETTO SESTANTE</b>									
SUP 1°	BARBARIGO	2	6	55	2	6	2	2	10
<b>PROGETTO INDICATO</b>									
SUP 1°	C.I.F.	2	10	56	8	4	0	0	0

PORTOLANO E SESTANTE A.S. 2012/2013		INTERVENTI GRUPPALI					CONSULTAZIONE ASCOLTO		
grado (1)	SCUOLE (2)	n. classi	n. incontri	n. alunni	n. insegnanti	n. incontri	n. classi	n. incontri	n. alunni
sup	ALGAROTTI	12	72	280	3	6	12	12	60



## 3.4. Il contesto locale: indicatori sul “sommerso”

### 3.4.1. Bacino d'utenza

Alla data del 31/12/2012 risiedevano nel territorio di competenza dell'Aulss 12 307.539 cittadini, di cui 206.497 nel territorio di competenza del SerD di Mestre e 101.042 nel territorio di competenza del SerD di Venezia. Di questi, 100.599 (di cui 69.759 per il Ser.D. di Mestre e 30.840 per il Ser.D. di Venezia) rientrano nella fascia d'età 15-44, classicamente considerata la più esposta al contatto con il Ser.D. (cosa che, in parte per i tossicodipendenti, ma ancor più per gli alcolisti, nei paragrafi precedenti si è visto essere meno rispondente alla realtà rispetto al passato); in termini complessivi, il rapporto di composizione F/M è molto prossimo, per questa fascia d'età, all'1/1 (v. pag. seguente).

La differenza sostanziale tra i due Servizi, per quanto attiene al bacino della popolazione di riferimento, si osserva rispetto all'età media (45.75 anni per i residenti di competenza del Ser.D. di Mestre, 48.33 anni per i residenti di competenza del Ser.D. di Venezia). Pre il Ser.D. lagunare si osservano picchi di età media superiori ai 49 anni (vd. Dorsoduro e Lido), con un evidente invecchiamento rispetto all'anno precedente (vd. tabella sottostante per il confronto 2011-2012), i quartieri, ed ancor più i comuni, con l'età media inferiore si concentrano nei territori di competenza del Ser.D. della terraferma.

Età medie per sesso e quartiere	Popol. 31/12/2012			Popol. 31/12/2011		
	M	F	M + F	M	F	M + F
1 S.Marco-Castello-S.Elena-Cannaregio	46,42	51,01	48,90	46,25	50,85	48,73
2 Dorsoduro-S.Polo-S.Croce-Giudecca	46,70	50,98	49,01	46,55	50,90	48,89
3 Lido-Malamocco-Alberoni	47,40	50,87	49,28	47,18	50,69	49,07
4 Pellestrina-S.Pietro in Volta	44,03	47,85	45,96	43,78	47,72	45,77
5 Murano-S.Erasmo	46,45	50,25	48,48	46,05	49,99	48,16
6 Burano-Mazzorbo-Torcello	48,49	51,65	50,09	48,21	51,36	49,82
8 Favaro-Campalto	44,51	47,61	46,11	44,25	47,40	45,88
9 Carpenedo-Bissuola	44,82	48,99	47,04	44,52	48,69	46,74
10 Mestre Centro	44,43	49,49	47,13	44,43	49,44	47,11
11 Cipressina-Zelarino-Trivignano	44,16	47,99	46,17	44,12	47,72	46,01
12 Chirignago-Gazzera	43,46	47,10	45,33	43,32	46,88	45,14
13 Marghera-Catene-Malcontenta	43,08	47,05	45,11	42,85	47,14	45,04
TOTALE Comune di Venezia	44,95	49,15	47,16	44,78	49,01	47,01
Comune di Cavallino Treporti	43,85	45,55	44,72	43,33	45,10	44,24
Comune di Marcon	40,30	41,29	40,80	40,04	41,13	40,58
Comune di Quarto d'Altino	41,46	44,08	42,80	41,24	44,13	42,72
<b>RESIDENTI SERT VENEZIA</b>	<b>46,26</b>	<b>50,15</b>	<b>48,33</b>	<b>46,01</b>	<b>49,95</b>	<b>48,11</b>
<b>RESIDENTI SERT MESTRE</b>	<b>43,71</b>	<b>47,61</b>	<b>45,75</b>	<b>43,55</b>	<b>47,48</b>	<b>45,60</b>
<b>RESIDENTI AULSS 12 - M+F</b>	<b>44,54</b>	<b>48,45</b>	<b>46,59</b>	<b>44,35</b>	<b>48,31</b>	<b>46,43</b>

<b>VALORI ASSOLUTI</b>		<b>-15</b>	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>15-44</b>	<b>TOT≤44</b>	<b>TOT≥45</b>	<b>Σ Popol.</b>
M	Residenti SerD Venezia	5.802	1.893	2.057	2.066	2.400	3.166	3.771	15.353	21.155	26.065	47.220
	Residenti SerD Mestre	13.672	4.391	4.513	4.966	5.911	7.441	8.269	35.491	49.163	49.560	98.723
	Residenti Ulss 12	19.474	6.284	6.570	7.032	8.311	10.607	12.040	50.844	70.318	75.625	145.943
F	Residenti SerD Venezia	5.558	1.712	1.943	2.068	2.436	3.425	3.903	15.487	21.045	32.777	53.822
	Residenti SerD Mestre	12.681	4.067	4.449	4.877	5.478	7.104	8.293	34.268	46.949	60.825	107.774
	Residenti Ulss 12	18.239	5.779	6.392	6.945	7.914	10.529	12.196	49.755	67.994	93.602	161.596
TOT	Residenti SerD Venezia	11.360	3.605	4.000	4.134	4.836	6.591	7.674	30.840	42.200	58.842	101.042
	Residenti SerD Mestre	26.353	8.458	8.962	9.843	11.389	14.545	16.562	69.759	96.112	110.385	206.497
	Residenti Ulss 12	37.713	12.063	12.962	13.977	16.225	21.136	24.236	100.599	138.312	169.227	307.539

<b>VALORI %</b>		<b>-15</b>	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>15-44</b>	<b>TOT≤44</b>	<b>TOT≥45</b>
M	Residenti SerD Venezia	12,29	4,01	4,36	4,38	5,08	6,70	7,99	32,51	44,80	55,20
	Residenti SerD Mestre	13,85	4,45	4,57	5,03	5,99	7,54	8,38	35,95	49,80	50,20
	Residenti Ulss 12	13,34	4,31	4,50	4,82	5,69	7,27	8,25	34,84	48,18	51,82
F	Residenti SerD Venezia	10,33	3,18	3,61	3,84	4,53	6,36	7,25	28,77	39,10	60,90
	Residenti SerD Mestre	11,77	3,77	4,13	4,53	5,08	6,59	7,69	31,80	43,56	56,44
	Residenti Ulss 12	11,29	3,58	3,96	4,30	4,90	6,52	7,55	30,79	42,08	57,92
TOT	Residenti SerD Venezia	11,24	3,57	3,96	4,09	4,79	6,52	7,59	30,52	41,76	58,24
	Residenti SerD Mestre	12,76	4,10	4,34	4,77	5,52	7,04	8,02	33,78	46,54	53,46
	Residenti Ulss 12	12,26	3,92	4,21	4,54	5,28	6,87	7,88	32,71	44,97	55,03

### 3.4.2. L'attività di Riduzione del Danno

#### 3.4.1.1. Persone che hanno usufruito del Drop-In

Nel 2012 hanno usufruito del drop in 299 persone diverse, il 43,1% di esse si è rivolta anche all'unità di strada (il 2,6% in meno rispetto al 2011).

PERSONE DIVERSE	N°	%
Solo drop in	170	56,9
Drop in e Unità di Strada	129	43,1
TOTALE	299	100

Il 29,2% delle donne ha meno di 25 anni, il 12,6% in più rispetto alla stessa fascia di età degli uomini. Le donne straniere sono 3 (il 7,3% delle donne totali). Il 16,6% degli uomini italiani ha meno di 25 anni; tra gli uomini migranti tale percentuale scende al 13,8%.

SESSO	ETA'					
	14 - 24 anni	%	> 24 anni	%	Totale	%
M	43	16,7	215	83,3	258	100
F	12	29,3	29	70,7	41	100
TOTALE	55	18,4	244	81,6	299	100

Il 56,7% degli uomini migranti proviene dal Nord Africa (tra questi la metà (51%) proviene dalla Tunisia) e il 33,3% dall'Europa Orientale. Le 3 donne provengono da paesi dell'Est Europa (2 dalla Romania) e 2 su 3 dichiarano uso di sostanze stupefacenti.

SESSO	CITTADINANZA					
	Italia	%	Estero	%	Totale	%
M	165	64,0	93	36,0	258	100
F	38	92,7	3	7,3	41	100
TOTALE	203	67,9	96	32,1	299	100

Per quanto riguarda la situazione abitativa: Sommando le persone senza dimora con chi ha situazione precaria, quest'anno vediamo un numero significativo di persone che non vivono in casa (il 49%, il 6,2% in più rispetto al 2011). Nel 2010, quando il Drop In offriva servizi per l'igiene personale tale percentuale, ammontava al 65,6%.

SITUAZIONE ABITATIVA	SESSO					
	M	% c.v. su totale M	F	% c.v. su totale F	TOTALE	% totale c.v.
Senza dimora	110	43,5	12	29,3	122	41,5
Situazione precaria*	19	7,5	3	7,3	22	7,5
Casa	124	49,0	26	63,4	150	51,0
Non risponde	5	-	0	-	5	-
Totale	258	-	41	-	299	-
TOTALE CASI VALIDI	253	100	41	100	294	100

Per quanto riguarda il consumo di sostanze psicoattive, sono considerate solo le prime sostanze dichiarate dall'utenza al momento del primo contatto.

SOSTANZE	SESSO					
	M	% c.v. M	F	% c.v. F	Totale	% c.v. su totale
Alcol	20	8,6	2	5,4	22	8,1
Eroina	109	46,8	22	59,5	131	48,5
Cocaina	13	5,6	3	8,1	16	5,9
Metadone	18	7,7	3	8,1	21	7,8
Subutex	10	4,3	0	0,0	10	3,7
Cannabinoidi	16	6,9	1	2,7	17	6,3
Psicofarmaci	1	0,4	1	2,7	2	0,7
MDMA	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Policonsumo	13	5,6	2	5,4	15	5,6
Nessuna	32	13,7	3	8,1	35	13,0
Non risponde	26	-	3	-	29	-
Totale	259	-	40	-	299	-
<b>TOTALE CASI VALIDI</b>	<b>233</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

#### Dati sui primi contatti

ANNO 2012	SESSO					
	M	%	F	%	TOTALE	% totale
1° semestre	30	88,2	4	11,8	34	100
2° semestre	20	87,0	3	13,0	23	100
<b>TOTALE</b>	<b>50</b>	<b>87,7</b>	<b>7</b>	<b>12,3</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

COME HA SAPUTO DEL SERVIZIO?	N°	% c.v.
Amici, conoscenti, parenti	41	71,9
Altro (passaparola, in strada, per caso, ecc.)	4	7,0
Noi operatori	9	15,8
Farmacia via Piave	1	1,8
Servizio docce	1	1,8
Internet	1	1,8
<b>TOTALE CASI VALIDI</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Tra le persone contattate per la prima volta nel 2012:

- ✓ il 10,5% ha un'età compresa tra i 15 e i 19 anni, il 33,3% tra i 20 e i 24 anni ed il 15,8 tra i 25 e i 29 anni (tot 60%);
- ✓ il 35% è migrante, di cui il 65% è del nord Africa;
- ✓ il 70% vive in terraferma ed il 25% vive fuori comune;
- ✓ il 64% ha un problema abitativo;
- ✓ il 54% consuma eroina, l'11,5% cannabinoidi, l'8% cocaina, il 6% alcol.

ETA'	N°	%
< 15	0	0,0
15 - 19	6	10,5
20 - 24	19	33,3
25 - 29	9	15,8
30 - 34	10	17,5
35 - 39	4	7,0
40 - 44	3	5,3
45 - 49	4	7,0
> 49	2	3,5
<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

CITTADINANZA	N°	%
Italia	37	64,9
Europa orientale	7	12,3
Nord Africa	13	22,8
<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

SITUAZIONE ABITATIVA	N°	% c.v.
Senza dimora/precaria	35	63,6
Casa	20	36,4
Non risponde	2	-
<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>-</b>
<b>TOTALE CASI VALIDI</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

DOVE VIVE ORA?	N°	%
Centro storico	3	5,3
Terraferma	40	70,2
Fuori comune	14	24,6
<b>TOTALE</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

SOSTANZE	N°	% c.v.
Alcol	2	3,8
Alcol e cannabis	1	1,9
Eroina	13	25,0
Eroina e metadone	3	5,8
Eroina e altro	4	7,7
Eroina e cocaina	5	9,6
Eroina + tutto	3	5,8
Cocaina	1	1,9
Cocaina e altro	3	5,8
Metadone	1	1,9
Subutex	1	1,9
Subutex e cocaina	1	1,9
MDMA	1	1,9
Cannabinoidi	2	3,8
Cannabinoidi e altro	4	7,7
Nessuna	7	13,5
Non risponde	5	-
TOTALE	57	-
<b>TOTALE CASI VALIDI</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Invii e accompagnamenti.

Gli invii hanno coinvolto 41 persone diverse. Solo in un caso sono stati contattati più servizi per rispondere alla domanda.

ANNO 2012	N° richieste	%
1° semestre	37	78,7
2° semestre	10	21,3
<b>TOTALE</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

AREA DOMANDA	N° richieste	%
Medico-sanitaria	35	74,5
Legale - amministrativa	5	10,6
Posto letto - dormitorio	3	6,4
Prime necessità (vestiti, cibo, coperte, ecc.)	1	2,1
Economica	2	4,3
CT/strutture	1	2,1
<b>TOTALE</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

MODALITA' INVIO	N° INVII	%
Contattato servizio	42	51,2
Fissato appuntamento	27	32,9
Accompagnamento	13	15,9
<b>TOTALE*</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

ESITO	N°	%
Positivo	33	70,2
Negativo*	7	14,9
Non si sa	7	14,9
<b>TOTALE</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

\* Le cause degli esiti negativi sono imputabili per l' 88% alle persone che hanno fatto la richiesta (ad es. la persona non si presenta all'appuntamento) e per il 12% (un solo caso) ai servizi (ambulatorio chiuso).

Servizi individuati per rispondere alla domanda

COMUNE DI VENEZIA	N°	%
Servizio immigrati	1	20,0
UOC Senza dimora	3	60,0
Casa dell'ospitalità	1	20,0
<b>Totale COMUNE</b>	<b>5</b>	<b>80</b>

AZIENDA ASL 12	N°	%
Ser.D. Mestre/Venezia	8	36,4
Gruppo C	4	18,2
Malattie infettive	3	13,6
Pronto soccorso - 118	3	13,6
Ospedale Mestre	3	13,6
Uff. igiene Sisp	1	4,5
<b>Totale ASL 12</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

ALTRI	N°	%
Emergency	11	55,0
Coop. Gea - avv. Di strada	2	10,0
Caracol - emerg. Inverno	2	10,0
Studi legali	1	5,0
Caaf Cà Marcello	1	2,4
Altre ASL	2	
Poste	1	5,0
<b>Totale ALTRI</b>	<b>20</b>	<b>87</b>

RIEPILOGO SERVIZI/SOGGETTI	N° INVII	%
COMUNE DI VENEZIA	5	10,6
ASL 12	22	46,8
ALTRI	20	42,6
<b>TOTALE</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

### Dati di attività dell'unità di strada - Anno 2012

Risorse: presenza in strada e contatti

ANNO 2012	N° Uscite	N° Ore	Contatti	Primi Contatti	Media USCITE / accessi all'UdS	Media ORARIA / accessi all'UdS
1° semestre	118	202	557	23	5	3
2° semestre	141	249	1155	56	8	5
<b>TOTALE</b>	<b>259</b>	<b>451</b>	<b>1712</b>	<b>79</b>	<b>7</b>	<b>4</b>

Contatti

ANNO 2012	14/24 anni	%	> 24 anni	%	Tot n° persone diverse
	70	24,0	222	76,0	292

Target

Dopo la valutazione del lavoro di strada dei primi tre mesi dell'anno, l'equipe si è divisa in due gruppi rivolgendosi alle varie attività a target differenti: un gruppo dedicato ai giovani consumatori, l'altro rivolto alla popolazione straniera, in particolare Tunisina o nord africana (Progetto Medina), con ausilio della MLC. I TD attivi italiani invece sono rimasti target trasversale. Di conseguenza gli interventi hanno cambiato obiettivo: non più una zona specifica, bensì target mirati.

ANNO 2012	N° Uscite	N° Ore	Contatti	Primi Contatti	Media USCITE / accessi all'UdS	Media ORARIA / accessi all'UdS
TD attivi	46	74	475	6	10	6
Medina	80	144	438	39	5	3
Giovani	59	92	505	20	9	5
Altro	74	141	294	14*	4	2
<b>TOTALE</b>	<b>259</b>	<b>451</b>	<b>1712</b>	<b>65</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
2011	146	337	959	41	7	3

Le uscite di contatto e aggancio con la nuova riorganizzazione sono iniziate tra aprile e maggio: la voce Altro rappresenta lo spazio temporale tra gennaio e l'avvio operativo dei nuovi progetti. \* 8 giovani di Marghera, 2 tunisini e 4 TD attivi.

Progetto giovani: su 505 contatti, 271 sono giovani.

Progetto Medina: su 438 contatti, 314 sono del Nord Africa.

Gli altri sono TD attivi.



## Persone diverse che hanno usufruito dell'unità di strada

Nel 2012 hanno usufruito dell'unità di strada 292 persone diverse; di queste il 44,2% si è rivolta anche al drop in.

PERSONE DIVERSE					
Solo UdS	%	UdS e Drop in	%	Totale	% totale
163	55,8	129	44,2	292	100

## Caratteristiche anagrafiche

SESSO					
M	%	F	%	Totale	% totale
259	88,7	33	11,3	292	100

ETA'						
SESSO	14 - 24 anni	%	> 24 anni	%	Totale	% totale
M	57	22,0	202	78,0	259	100
F	13	39,4	20	60,6	33	100
TOTALE	70	24,0	222	76,0	292	100

CITTADINANZA						
SESSO	Italia	%	Eestero	%	Totale	% totale
M	166	64,1	93	35,9	259	100
F	31	93,9	2	6,1	33	100
TOTALE	197	67,5	95	32,5	292	100

Il 19,3% degli uomini italiani ha meno di 25 anni. L'81,7% (N° 76 M) degli uomini immigrati proviene dal Nord Africa (dalla Tunisia sono il 68,4% dei nord africani) e il 13% da paesi dell'Est Europa. Il 39,4% delle donne ha meno di 25 anni e in questa fascia di età sono tutte italiane. 2 le donne migranti: una bulgara ed una tunisina, rispettivamente di 28 e 38 anni.

## Situazione abitativa.

Per quanto riguarda la situazione abitativa: il 59% degli uomini vive in casa. Tra le donne tale percentuale sale al 72%. Il 41% degli uomini è senza dimora o comunque vive in una situazione precaria. Tra le donne la percentuale scende al 28%. Nell'insieme il 39,5% delle persone ha un problema abitativo (casi validi).

SITUAZIONE ABITATIVA	SESSO					
	M	% c.v. su tot. M	F	% c.v. su tot. F	Totale	% totale c.v.
Senza dimora	86	33,9	7	21,9	93	32,5
Situazione precaria*	18	7,1	2	6,3	20	7,0
Casa	150	59,1	23	71,9	173	60,5
Non risponde	5	-	1	-	6	-
Totale	259	-	33	-	292	-
TOTALE CASI VALIDI	254	100	32	100	286	100

Consumo di sostanze psicoattive.

Le sostanze di seguito elencate sono quelle dichiarate dall'utenza al momento dell'accoglienza e che non vengono aggiornate nel caso avvenga nel tempo un cambiamento di consumo. A differenza degli anni precedenti, abbiamo inserito solamente la sostanza primaria dichiarata accorpando le successive.

SOSTANZE	SESSO					
	M	% c.v. M	F	% c.v. F	Totale	% c.v. su totale
Alcol	15	7,1	2	6,5	17	7,0
Eroina	71	33,6	14	45,2	85	35,1
Cocaina	12	5,7	1	3,2	13	5,4
Metadone	19	9,0	2	6,5	21	8,7
Subutex	15	7,1	0	0,0	15	6,2
Cannabinoidi	28	13,3	5	16,1	33	13,6
Pervitin	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Policonsumo*	25	11,8	5	16,1	30	12,4
Nessuna	25	11,8	2	6,5	27	11,2
Non risponde	48	-	2	-	50	-
Totale	259	-	33	-	292	-
TOTALE CASI VALIDI	211	100	31	100	242	100

Primi contatti

ANNO 2012	SESSO					
	M	%	F	%	TOTALE	% totale
1° semestre	21	91,3	2	8,7	23	100
2° semestre	52	92,9	4	7	56	100
TOTALE	73	92,4	6	7,6	79	100

COME HA SAPUTO DEL SERVIZIO?	N°	%
Amici, conoscenti, parenti	9	11,4
Da noi	69	87,3
Altri Servizi (area penitenziaria)	1	1,3
TOTALE	79	100

Accorpando via Cà Marcello ed il Piraghetto in Zona Piave, le aree di contatto hanno le seguenti percentuali:

ZONA CONTATTO	N°	%
Zona Piave - Mestre	34	43,0
Cà Marcello	8	10,1
Piraghetto	2	2,5
Candiani - Mestre	24	30,4
Marghera	11	13,9
TOTALE	79	100

Caratteristiche anagrafiche, situazione abitativa e sostanze psicoattive

ETA'	N°	%
< 15	0	0,0
15 - 19	18	22,8
20 - 24	26	32,9
25 - 29	13	16,5
30 - 34	5	6,3
35 - 39	8	10,1
40 - 44	6	7,6
45 - 49	2	2,5
> 49	1	1,3
TOTALE	79	100

CITTADINANZA	N°	%
Italia	40	50,6
Nord Africa	39	49,4
TOTALE	79	100

DOVE VIVE ORA?	N°	%
Centro storico	2	2,5
Terraferma	66	83,5
Fuori comune	11	13,9
TOTALE	79	100

SITUAZIONE ABITATIVA	N°	%
Senza dimora/precaria	30	38,0
Casa	49	62,0
TOTALE	79	100

SOSTANZE	N°	%
Alcol	3	3,8
Eroina	12	15,2
Cannabinoidi	11	13,9
Cocaina	1	1,3
Metadone	1	1,3
Subutex	2	2,5
Policonsumo	14	17,7
Non risponde	25	31,6
Nessuna	10	12,7
TOTALE	79	100

Invii e accompagnamenti. Gli invii hanno riguardato 27 persone e coinvolto 15 servizi diversi.

ANNO 2012	N° richieste	%
1° semestre	9	26,5
2° semestre	25	73,5
TOTALE	34	100
2011	22	100
2010	0	200

AREA DOMANDA	N° richieste	%
Posto letto - dormitorio	1	2,9
Legale - amministrativa	4	11,8
Medico-sanitaria	24	70,6
Economica	0	0,0
Strutture-CT	3	8,8
Altro	2	5,9
TOTALE	34	100

MODALITA' INVIO	N° INVII	%
Contattato servizio	32	41,6
Fissato appuntamento	24	31,2
Accompagnamento	18	23,4
Visita <small>(ospedale, domicilio, ecc.)</small>	3	3,9
TOTALE	77	100

ESITO	N°	%
Positivo	28	82,4
Negativo	6	17,6
TOTALE	34	100

Servizi individuati per rispondere alla domanda:

COMUNE	N°	%
Senza dimora	1	14,3
Anagrafe sanitaria	2	28,6
Municipalità Mestre	1	14,3
Uff Minori Stranieri	2	28,6
Drop in	1	14,3
Totale COMUNE	7	100

ASL 12	N°	%
Pronto soccorso	2	14,3
Ser.D. Mestre	1	7,1
Consultorio Marghera	1	7,1
Consultorio Mestre	2	14,3
118	2	14,3
Gruppo C	5	35,7
Ambulatorio immigrati	1	7,1
Totale ASL 12	14	100

SERVIZI	N° INVII	%
Servizi COMUNE	7	20,6
Servizi ASL 12	14	41,2
Altro	13	38,2
TOTALE	34	100

ALTRO	N°	%
Emergency	11	84,62
Coop. Elleuno	1	7,692
Patronato ACLI Marghera	1	7,692
TOTALE	13	100

Inoltre sono state effettuate 3 visite in ospedale e in comunità a 3 utenti.

Dati di attività unità di strada *Tips & Tricks*

RISORSE - Presenza agli eventi e contatti

Anno 2012	N° interventi	N° ore di presenza	N° contatti	Media interventi / contatti	Media oraria / contatti
1° semestre	8	51	1365	171	27
2° semestre	9	60	419	47	7
TOTALE	17	111	1784	105	16

Gli interventi sono stati gestiti da un minimo di 4 a un massimo di 8 operatori. L'88% degli interventi è stato realizzato da tutti gli operatori (pari e professionali), il 12% solo da operatori professionali (equivale a due interventi).

Interventi, contatti e colloqui

EVENTI e/o LOCALI	LUOGHI	Interventi		Stima contatti		Colloqui		% colloqui su n° contatti
		N°	%	N°	%	N°	%	
Martedì grasso	S. Basilio Venezia	1	5,9	200	11,2	72	17,2	36,0
Festa Con-tatto Tag Club	S. Basilio Venezia	1	5,9	80	4,5	8	1,9	10,0
<b>TOTALE CENTRO STORICO</b>		<b>2</b>	<b>11,8</b>	<b>280</b>	<b>15,7</b>	<b>80</b>	<b>19,1</b>	<b>28,6</b>
uoki - toki Candiani	Mestre	1	5,9	55	3,1	23	6,4	41,8
Evento alcol Candiani	Mestre	1	5,9	50	2,8	26	7,3	52,0
Candiani Music Box	Mestre	1	5,9	30	1,7	8	1,9	26,7
Candiani Forum	Mestre	1	5,9	30	1,7	30	7,2	100,0
SunSplash Sharwood S.G	Mestre	2	11,8	29	1,6	28	7,8	96,6
AltaVoz S. Giuliano	Mestre	1	5,9	25	1,4	23	6,4	92,0
AltaVoz Rivolta	Marghera	5	29,4	1.050	58,9	139	30,3	13,2
Cake: spiller dj Pop Corn	Marghera	1	5,9	35	2,0	26	6,2	74,3
Festa dell'Arte Rivolta	Marghera	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0,0
The Crookers Rivolta	Marghera	1	5,9	200	11,2	35	9,8	17,5
<b>TOTALE TERRAFERMA</b>		<b>15</b>	<b>88,2</b>	<b>1.504</b>	<b>84,3</b>	<b>338</b>	<b>80,9</b>	<b>22,5</b>
<b>TOTALE FUORI COMUNE</b>		<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>17</b>	<b>100</b>	<b>1784</b>	<b>100</b>	<b>418</b>	<b>100</b>	<b>23,4</b>

In 2 dei 5 AltaVoz di Marghera (tra cui la chiusura) non sono stati segnati i colloqui.

Persone soccorse per crisi o malori.

Nel 2012 sono state soccorse 28 persone per crisi o malori, che sono il 51% in meno rispetto l'anno precedente (55 persone).

Gli interventi relativi ai malori si sono conclusi positivamente per 20 persone; di 5 persone non si sa l'esito e per 3 persone si sono conclusi negativamente (due al pronto soccorso e dell'altra non è stato registrato il dato).

SESSO	N°	%
M	16	57
F	12	43
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

ETA'	N°	%
15/25	27	96,4
> 25	1	3,6
<b>TOTALE</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

SOSTANZE **	N°	%
Alcol	19	68
Alcol e cannabinoidi	1	4
Cannabis	1	4
Mdma	4	14
Mdma e alcol	1	4
ketamina e alcol	1	4
Mdma e ketamina	1	4
TOTALE	28	100

\*\* Sono le sostanze che le persone (o gli amici) riportano di aver assunto.

COLLABORAZIONI CON PERSONALE SANITARIO *	N°	%
SI	12	70,6
NO	5	29,4
TOTALE	17	100

\* In 7 occasioni è intervenuto il 118.

Riepilogo persone soccorse (2008 - 2012)

SESSO	2008	2009	2010	2011	2012	TOTALE	%
M	5	23	49	43	16	136	69
F	3	14	20	12	12	61	31
TOTALE	8	37	69	55	28	197	100

ETA'	N°	%
15/25	176	88,2
> 25	21	11,8
TOTALE	197	100

ESITO	N°	%
Positivo	184	93
Negativo	4	2
Non si sa	9	5
TOTALE	197	100

SOSTANZE	N°	%
Alcol	88	44,7
Alcol e mdma	23	11,7
Alcol e cannabinoidi	20	10,2
Cannabis	2	1,0
Alcol, coca e Md	1	0,5
Ketamina	14	7,1
Ketamina e cocaina	1	0,5
Mix (3 o più sostanze)	10	5,1
Mdma	17	8,6
Mdma e ketamina	1	0,5
Mdma, alcol e cannabis	4	2,0
Mdma e cannabis	1	0,5
Alcol e ketamina	6	3,0
Eroina	1	0,5
Lsd	2	1,0
Non chiaro	6	3,0
TOTALE	197	99,9

### **3.4.3. L'attività di contrasto delle Forze dell'Ordine**

I dati della tabella alla pagina successiva sono riassuntivi e cumulativi delle operazioni di contrasto effettuate da tutte le Forze dell'Ordine e dall'Agenzia delle Dogane; presentano la criticità, non risolvibile (come riscontrato da verifica diretta presso il Ministero dell'Interno), che i minori stranieri sono conteggiati sia come minori che come stranieri, con ciò impedendo di distinguere i minori italiani dagli stranieri e gli stranieri adulti dai minori.

A livello provinciale, molto più che in ambito nazionale, si evidenzia una marcata variabilità del numero delle operazioni di contrasto, la cui numerosità appare scarsamente correlabile ai quantitativi sequestrati. La sostanza di gran lunga più sequestrata è risultata essere la marijuana (415 kg, a fronte di 82 kg di eroina, 10 di hashish e 5 di cocaina); del tutto marginale l'apporto di amfetamine, ecstasy ed lsd.

Un quarto delle operazioni di contrasto (80 su 320) non sono esitate nell'arresto della persona denunciata, evidente indicatore della modestia delle quantità sequestrate nella specifica occasione. Le persone denunciate sono state quasi per la metà straniere (149 su 323) a livello provinciale, circa un terzo a livello nazionale (9543 su 27253).

In provincia, l'eroina è stata sequestrata quasi tutta a dicembre (81.5 kg su 82.71 nell'anno), segno evidente che si tratta di un'unica operazione su scala più larga (che, nel mese, ha consentito il sequestro di metà dell'eroina a livello nazionale).



Attività di contrasto delle Forze dell'Ordine – Anno 2012 – Confronto dati provinciali e nazionali

Mese	Totale droga sequestrata (kg)	Eroina (Kg)	Cocaina (Kg)	Cannabis			Amfetaminici			LSD (nr)	Operazioni (nr)	Persone denunciate				Di cui	
				Hasish (Kg)	Marijuana (Kg)	Piante (nr)	Amfetamine (Kg)	Amfetamine (nr)	Ecstasy (nr)			Totale	Arresto (nr)	Libertà (nr)	Irreperibilità (nr)	Minori (nr)	Stranieri (nr)
<b>Provincia di Venezia</b>																	
Gennaio	7,651	0,033	0,228	7,213	0,175	0	0,000	0	0	0	12	13	12	1	0	0	9
Febbraio	2,042	0,003	0,275	0,050	1,713	0	0,000	0	0	0	14	19	12	7	0	1	9
Marzo	2,180	0,028	0,397	0,022	1,733	0	0,000	0	0	0	19	25	22	3	0	2	10
Aprile	4,383	0,056	1,624	1,889	0,788	0	0,000	0	0	1	33	39	35	4	0	2	21
Maggio	229,328	0,131	0,062	0,109	229,025	0	0,000	0	24	0	18	25	15	10	0	5	15
Giugno	6,749	0,522	0,128	0,246	5,842	25	0,008	0	12	0	23	38	30	7	1	0	10
Luglio	18,110	0,105	0,018	0,194	17,791	2	0,000	0	0	0	27	29	22	7	0	2	16
Agosto	118,099	0,012	0,340	0,078	117,667	72	0,000	0	0	0	12	11	9	2	0	0	2
Settembre	9,217	0,137	1,100	0,000	7,978	22	0,000	0	0	0	22	23	14	9	0	0	9
Ottobre	31,444	0,158	1,159	0,121	30,004	11	0,000	0	0	0	26	44	34	8	2	2	23
Novembre	1,944	0,016	0,187	0,408	1,331	0	0,000	0	0	30	23	28	24	4	0	3	15
Dicembre	81,148	81,511	0,006	0,089	1,541	0	0,000	0	0	0	13	29	11	18	0	3	10
<b>Tot/anno</b>	<b>512,295</b>	<b>82,712</b>	<b>5,524</b>	<b>10,419</b>	<b>415,588</b>	<b>132</b>	<b>0,008</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>242</b>	<b>323</b>	<b>240</b>	<b>80</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>149</b>
<b>%/sostanza</b>	<b>100,00</b>	<b>16,15</b>	<b>1,08</b>	<b>2,03</b>	<b>81,12</b>		<b>0,00</b>										
<b>Dato nazionale</b>																	
Gennaio	1.745,659	60,579	258,629	1.219,823	203,507	572	1,102	0	539	87	1.618	2.579	2.125	418	36	83	889
Febbraio	4.802,322	49,173	251,745	1.069,716	3.406,095	252	0,167	0	193	198	1.595	2.157	1.715	429	13	84	845
Marzo	4.308,331	166,495	733,791	1.394,006	1.988,282	3.321	0,559	81	9	10	1.904	2.682	2.276	365	41	95	1.033
Aprile	4.326,518	50,382	1.315,317	1.054,043	1.775,042	1.265	0,505	0	165	24	1.894	3.068	2.517	521	30	110	1.113
Maggio	2.832,273	111,853	637,313	966,369	1.024,953	13.449	1,699	64	34	78	1.606	2.293	1.806	469	18	111	830
Giugno	2.849,228	37,190	1.478,797	733,666	595,474	41.713	1,038	0	138	42	1.413	1.847	1.587	253	7	80	664
Luglio	4.633,603	106,364	208,575	1.953,183	2.220,226	10.441	0,193	110	299	45	1.527	1.980	1.608	357	15	72	657
Agosto	3.080,732	23,056	237,110	778,051	1.970,249	15.081	10,659	1	285	183	1.397	1.778	1.341	434	3	67	558
Settembre	7.872,017	17,167	305,992	5.415,446	2.129,681	11.775	0,187	0	24	479	1.473	2.008	1.546	451	11	78	678
Ottobre	5.349,877	34,091	238,132	2.506,934	2.554,956	8.885	0,177	1	484	10	1.795	2.443	1.927	495	21	100	802
Novembre	3.171,106	76,189	143,953	979,538	1.947,655	491	0,174	10	187	30	1.652	2.415	1.807	590	18	112	790
Dicembre	3.005,034	162,270	167,293	1.837,584	800,918	272	4,739	2	8	66	1.351	2.003	1.478	508	17	92	684
<b>Tot/anno</b>	<b>47.976,700</b>	<b>894,809</b>	<b>5.976,647</b>	<b>19.908,359</b>	<b>20.617,038</b>	<b>107.517</b>	<b>21,199</b>	<b>269</b>	<b>2.365</b>	<b>1.252</b>	<b>19.225</b>	<b>27.253</b>	<b>21.733</b>	<b>5.290</b>	<b>230</b>	<b>1.084</b>	<b>9.543</b>
<b>%/sostanza</b>	<b>100,00</b>	<b>1,87</b>	<b>12,46</b>	<b>41,50</b>	<b>42,97</b>		<b>0,04</b>										

### 3.4.4. Accessi al Pronto Soccorso

#### 3.4.4.1. Accessi della popolazione generale

Nota introduttiva. La ricerca è stata fatta sugli accessi della popolazione generale, rilevando le diagnosi di dimissione aventi codici ICD-9 rientranti nelle patologie di competenza del Ser.D.:

- ✓ 291 – Sindromi psicotiche indotte da alcool
- ✓ 292 – Psicosi indotte da droghe
- ✓ 303 – Sindrome di dipendenza da alcool
- ✓ 304 – Dipendenza da droghe
- ✓ 305 – Abuso di droghe senza dipendenza
- ✓ 965 – Avvelenamento da analgesici, antipiretici e antireumatici
- ✓ 967 – Avvelenamento da sedativi e ipnotici
- ✓ 969 – Avvelenamento da sostanze psicotrope

Osservazione preliminare: campo “motivo arrivo” è di tipo testuale, quindi allo stato attuale non è soggetto ad elaborazione.

Nel 2012 sono stati registrati 212 accessi totali esitati in dimissioni con i codici diagnostici summenzionati, così distinti per luogo di accesso:

ACCESSI PER LUOGO		
Descrizione	Freq	V.%
OCM	96	45,3
OCV	111	52,4
LIDO	5	2,4
Totale	212	

Gli accessi di persone con codice fiscale non registrato nel sistema informativo dipartimentale MFP5 (quindi, salvo errori di importazione o trascrizione dei dati, del tutto sconosciute ai due SerD) sono stati in tutto **159, relativi a 154 soggetti** diversi, così distribuiti per sesso e fasce d'età:

ACCESSI DI CITTADINI NON REGISTRATI AL SERD				
Fascia età	M	F	Tot (VA)	Tot (%)
<15	2	0	2	1,3
15-19	16	4	20	13,0
20-24	9	9	18	11,7
25-29	9	6	15	9,7
30-34	9	6	15	9,7
35-39	6	5	11	7,1
40-44	8	2	10	6,5
45-49	10	5	15	9,7
50-54	6	4	10	6,5
55-59	5	8	13	8,4
>=60	14	11	25	16,2
Totale	94	60	154	

È opportuno rilevare che uno dei due accessi relativi a persone di età <15 anni si riferisce ad un bambino extracomunitario di due anni, curato al Pronto Soccorso per ingestione di quantità imprecisata di Lorazepam: l'accesso appare pertanto riferibile non già a problematiche di dipendenza patologica, bensì ad incidente domestico per scorretta custodia di farmaci da parte degli adulti di riferimento (dei quali nulla si conosce).

Su un totale di 212 accessi/anno inclusi nei codici ICD-9 richiesti, 9 riguardavano accessi d'urgenza, privi di dati identificativi sugli assistiti:

**ACCESSI D'URGENZA (NON DATI IDENTIFICATIVI SUI SOGGETTI)**

PS	COD_FISCALE	SESSO	DATA_NASCITA	ID_ACCESSO	DATAORA_ACCETTAZ
1	ACCETTAZIONE D'URGENZA 786449		01/01/1900	P201204021618	07/04/2012 0.25
1	ACCETTAZIONE D'URGENZA 786498		01/01/1900	P201204021741	07/04/2012 15.36
1	ACCETTAZIONE D'URGENZA 792782		01/01/1900	P201204035852	10/06/2012 6.17
1	ACCETTAZIONE D'URGENZA 800672		01/01/1900	P201204051498	21/08/2012 0.56
1	ACCETTAZIONE D'URGENZA 808643		01/01/1900	P201204068844	10/11/2012 22.57
1	ACCETTAZIONE D'URGENZA 808695		01/01/1900	P201204068997	11/11/2012 16.44
2	ACCETTAZIONE D'URGENZA 779779		01/01/1900	P201201002138	26/01/2012 20.58
2	ACCETTAZIONE D'URGENZA 781574		01/01/1900	P201201003653	16/02/2012 0.33
2	ACCETTAZIONE D'URGENZA 789230		01/01/1900	P201201010803	07/05/2012 13.01

Le elaborazioni successive si riferiscono, pertanto, solamente ai **203 accessi** per i quali sono disponibili i dati identificativi degli utenti.

**SOGGETTI CON ACCESSI MULTIPLI**

PS	Sex	Eta al contatto	DATAORA_ACCETTAZ	Registrata MFP5
1-MESTRE	F	64	05/04/2012 13.49	no
1-MESTRE			31/05/2012 12.54	
1-MESTRE			03/11/2012 15.12	
1-MESTRE	M	53	19/07/2012 19.32	no
1-MESTRE			22/07/2012 1.42	
1-MESTRE			05/08/2012 0.29	
1-MESTRE	M	48	21/05/2012 19.24	1001-Alc Mestre
1-MESTRE			04/07/2012 19.32	
1-MESTRE			07/07/2012 20.31	
1-MESTRE			25/07/2012 17.20	
1-MESTRE			24/10/2012 22.25	
2-VENEZIA	M	30	18/01/2012 16.46	ID Mestre; ID Ve; Alc Ve;
2-VENEZIA			16/09/2012 12.35	Carcere
2-VENEZIA	M	61	06/01/2012 23.24	30058-Alc Ve
2-VENEZIA			07/01/2012 15.13	
2-VENEZIA			08/10/2012 20.38	
2-VENEZIA	F	46	11/01/2012 20.41	no
2-VENEZIA			02/07/2012 5.29	
2-VENEZIA	M	54	01/08/2012 7.36	2092-ID Ve
2-VENEZIA			19/08/2012 16.00	
2-VENEZIA			02/12/2012 0.54	

**SOGGETTI IDENTIFICABILI: ACCESSI PER GIORNO E FASCIA ORARIA**

GIORNO	1=0,00-3,59	2=4,00-7,59	3=8,00-11,59	4=12,00-15,59	5=16,00-19,59	6=20,00-23,59	TOTAL
1=DOMENICA	22	6	0	5	4	5	42
2=LUNEDì	7	2	1	2	5	6	23
3=MARTEDì	8	1	5	4	6	3	27
4=MERCOLEDì	7	1	3	1	7	7	26
5=GIOVEDì	5	2	2	5	5	9	28
6=VENERDì	4	1	1	2	7	6	21
7=SABATO	9	1	1	8	4	13	36
<b>TOTAL</b>	62	14	13	27	38	49	203

In colore, le combinazioni giorno/orario a maggior prevalenza. Si osserva che la fascia più critica è dalle 20 del sabato alle 4 della domenica.

La diagnosi di dimissione prevalente (vd. tabella successiva) attiene a problematiche alcool-correlate; del tutto marginali appaiono invece le dimissioni successive ad interventi correlati all'uso od abuso di sostanze stupefacenti.

DIAGNOSI DI DIMISSIONE			
Cod	Descrizione	Freq	V.%
292	Sindrome di astinenza da farmaci	4	2,0
305	Assunzione eccessiva di alcol, non specificata	7	3,4
967	Avvelenamento da sedativi e ipnotici	8	3,9
969	Avvelenamento da sostanze psicotrope	13	6,4
2910	Delirium da astinenza da alcol	8	3,9
3050	Assunzione eccessiva di alcol, non specificata	156	76,8
9650	Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati	6	3,0
29182	Sindrome o sintomi da astinenza da alcool	1	0,5
		203	100

MODALITA' DI INVIO		
Descrizione	Freq	V.%
1.MMG	4	2,0
6.OPERATORE 118 O PUBBLICO	169	83,3
7.DECISIONE PROPRIA (GENITORE	26	12,8
9.ALTRO	4	2,0
	203	

CAUSALE		
Descrizione	Freq	V.%
ALTRO	190	93,6
AUTOLESIONISMO	4	2,0
INCIDENTE IN ALTRI LUOGHI	2	1,0
INTOSSICAZIONE	7	3,4
	203	

MEZZO		
Descrizione	Freq	V.%
ALTRO	9	4,4
AMBULANZA 118 CON MEDICO	19	9,4
AMBULANZA 118 SENZA MEDICO	85	41,9
AMBULANZA PUBBLICA	8	3,9
AUTONOMO (MEZZO PROPRIO)	24	11,8
FORZE DELL'ORDINE	1	0,5
IDROAMBULANZA 118 CON MEDICO	8	3,9
IDROAMBULANZA 118 SENZA MEDICO	49	24,1
	203	

Per l'anno 2013, grazie all'entrata a regime di MFP5, si ipotizza di:

- ✓ verificare se i non conosciuti dal SerD (159 nel 2012) sono effettivamente tali e se provengono da fuori Ulss o sono residenti nel territorio dell'Ulss; sui residenti ("sommerso") verificare la prevalenza della diagnosi di dimissione (alcol, sostanze per tipologia);
- ✓ sui già registrati SerD, verificare nominativi, dati anagrafici, diagnosi di dimissione ed eventuale trattamento al SerD al momento dell'accesso in PS;
- ✓ confrontare dati anagrafici e diagnosi di dimissione, per verificare la distribuzione di utenti fuori Ulss, stranieri, giovani con intossicazione da alcool ecc.

### **3.4.4.2. Accessi degli utenti dei due Ser.D.**

Nel corso del 2012 la totalità degli utenti dei due Servizi, per i quali era disponibile il codice fiscale (dato che permette l'incrocio con i flussi informativi dei due Pronto Soccorso di Mestre e Venezia e del Punto Primo Intervento del Lido) ha effettuato 1027 accessi.

Alla data della chiusura di questa relazione non è stato ancora possibile effettuare l'incrocio tra i dati degli accessi e l'anagrafica degli utenti dei due SerD; non è quindi possibile valutare la presenza di accessi plurimi da parte di particolari fasce d'utenza o le "migrazioni" di utenti da una

città all'altra all'interno della stessa Ulss (cosa che lascerebbe supporre la distribuzione degli accessi per Pronto Soccorso – vd. tabella successiva). Allo stesso modo, la suddivisione per gruppi diagnostici omogenei è, trattandosi di campo testuale, *in itinere*.  
 Possono comunque essere svolte alcune osservazioni preliminari.

PUNTO_ACESSO	V.A.	V.%
1 - OC MESTRE	551	53,65
2 - OC VENEZIA	450	43,82
3 - PPI LIDO	26	2,53
<b>Totale</b>	<b>1027</b>	<b>100,00</b>

Quasi il 45% degli accessi al pronto soccorso ha riguardato persone in età compresa tra i 40 ed i 54 anni, in larghissima prevalenza maschi; del tutto marginali gli accessi degli utenti di età inferiore ai 20 anni o in età compresa tra i 20 ed i 24 anni.

FASCIA_ETA	V.A.			V.%		
	F	M	TOT	F	M	TOT
1 - <= 19	22	31	53	11,28	3,73	5,16
2 - 20-24	20	55	75	10,26	6,61	7,30
3 - 25-29	38	69	107	19,49	8,29	10,42
4 - 30-34	36	104	140	18,46	12,50	13,63
5 - 35-39	10	74	84	5,13	8,89	8,18
6 - 40-44	22	152	174	11,28	18,27	16,94
7 - 45-49	19	178	197	9,74	21,39	19,18
8 - 50-54	23	82	105	11,79	9,86	10,22
9 - 55-59	3	63	66	1,54	7,57	6,43
10 - >59	2	24	26	1,03	2,88	2,53
<b>Totale</b>	<b>195</b>	<b>832</b>	<b>1027</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Diversamente dalla popolazione generale, gli utenti in carico ai due SerD accedono al Pronto Soccorso prevalentemente nel primo pomeriggio od al mattino: le fasce orarie prevalenti sono infatti 12.00-15.59 e, a seguire, 8.00-11.59; il giorno più "affollato" è invece il lunedì (154 accessi), seguito dal mercoledì e dal martedì. La combinazione giorno/fascia oraria prevalente (vd. tabella sottostante) risulta il martedì mattina dalle 8.00 alle 11.59.

GIORNO_ACCETTAZIONE	0,00-3,59	4,00-7,59	8,00-11,59	12,00-15,59	16,00-19,59	20,00-23,59	Totale
1 - Domenica	19	11	31	34	22	21	138
2 - Lunedì	13	10	40	38	26	27	154
3 - Martedì	8	4	43	37	31	27	150
4 - Mercoledì	7	10	35	39	34	27	152
5 - Giovedì	8	11	31	38	31	26	145
6 - Venerdì	9	9	42	40	24	22	146
7 - Sabato	13	4	28	37	30	30	142
<b>Totale</b>	<b>77</b>	<b>59</b>	<b>250</b>	<b>263</b>	<b>198</b>	<b>180</b>	<b>1027</b>

L'accesso è in larga prevalenza (550 casi) spontaneo:

MODALITA_INVIO	F	M	Totale
1.MEDICO DI MED GENERALE	10	39	49
3.MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	3	2	5
4.MEDICO SPECIALISTA	1	17	18
5.TRASFERITO DA ALTRO ISTITUTO	1	6	7
6.OPERATORE 118 O PUBBLICO	65	278	343
7.DECISIONE PROPRIA (GENITORE SE MINORENNE)	109	441	550
8. PROVENIENTE DA CASA DI RIPOSO	0	1	1
9.ALTRO	6	48	54
<b>Totale</b>	<b>195</b>	<b>832</b>	<b>1027</b>

La causale d'accesso prevalente è indefinita ("altro", in 849 casi); tra le causali individuate, prevale l'aggressione.

CAUSALE	F	M	Totale
1-AGGRESSIONE	9	36	45
2-ALTRO	163	686	849
3-AUTOLESIONISMO	1	11	12
4-INCIDENTE DOMESTICO	4	8	12
5-INCIDENTE IN ALTRI LUOGHI	6	38	44
6-INCIDENTE SPORTIVO	0	5	5
7-INCIDENTE STRADALE	7	17	24
8-INCIDENTE SUL LAVORO	2	19	21
9-INFORTUNIO NON INAIL	0	1	1
10-INTOSSICAZIONE	1	4	5
11-RIENTRI MEDICAZIONI INAIL	2	7	9
<b>Totale</b>	<b>195</b>	<b>832</b>	<b>1027</b>

L'accesso avviene prevalentemente con mezzo proprio (553), a seguire con ambulanza o idroambulanza senza medico; un solo caso di utilizzo dell'elisoccorso, abbastanza marginali (43) gli accessi con ambulanza o idroambulanza con medico a bordo.

COD_MEZZO	F	M	Totale
1-ALTRO	25	103	128
2-AMBULANZA 118 CON MEDICO	2	30	32
3-AMBULANZA 118 SENZA MEDICO	41	159	200
4-AMBULANZA PRIVATA	0	1	1
5-AMBULANZA PUBBLICA	1	16	17
6-AUTONOMO (MEZZO PROPRIO)	99	434	533
7-ELIAMBULANZA 118	0	1	1
8-FORZE DELL'ORDINE	1	10	11
9-IDROAMBULANZA 118 CON MEDICO	2	9	11
10-IDROAMBULANZA 118 SENZA MEDICO	24	69	93
<b>Totale</b>	<b>195</b>	<b>832</b>	<b>1027</b>

Un primo *screening* delle diagnosi di dimissione evidenzia una prevalenza di accessi correlati a traumi (generici, fratture, distorsioni, ferite) ed algie di vario tipo; le problematiche alcol-droga correlate (vd tabella successiva) riguardano 119 accessi su 921 per i quali è disponibile una diagnosi di dimissione.

<b>GRUPPO DIAGNOSI DIMISSIONE</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Totale</b>	<b>Val.%</b>
Alcool (abuso, ubriachezza, esotossicosi, intossicazione, astinenza)	12	52	64	6,95
Poliabuso, esotossicosi mista	5	13	18	1,95
Stupefacenti: assunzione, astinenza	3	20	23	2,50
Farmaci (abuso, intossicazione)	3	7	10	1,09
Altro uso sostanze/farmaci	0	4	4	0,43
Prescrizione farmaco - Adeguamento posologico farmaci	1	5	6	0,65
Infezioni, infiammazioni	16	50	66	7,17
Infezioni, infiammazioni - Generici	2	14	16	1,74
Infezioni, infiammazioni - Conseguenti uso sostanze; trombosi	11	57	68	7,38
Disturbi psichici	13	71	84	9,12
Algie - dolori - coliche	18	86	104	11,29
Astenia - deperimento	0	9	9	0,98
Cirrosi	1	11	12	1,30
Fratture	7	28	35	3,80
Traumi - Generico	24	95	119	12,92
Distorsioni	15	17	32	3,47
Ferite	1	49	50	5,43
Convulsioni	3	7	10	1,09
Dispnea	0	8	8	0,87
Distorsioni	0	1	1	0,11
Ferite	0	3	3	0,33
Gravidanza	16	0	16	1,74
Sincope - Problemi cardiaci - Ipertensione	6	21	27	2,93
Diabete	0	5	5	0,54
Problematiche sociali	0	4	4	0,43
Medicazione	0	3	3	0,33
Altro	18	79	97	10,53
Manca diagnosi dimissione	5	22	27	2,93
<b>Totale</b>	<b>180</b>	<b>741</b>	<b>921</b>	<b>100,00</b>

In 106 casi il campo “diagnosi di dimissione” non era compilato, od utilizzava espressioni prive di pregio sotto il profilo diagnostico (ad esempio “assente alla chiamata”). Esaminando, in questi casi, il motivo dell’arrivo (le prime osservazioni in sede di triage) è possibile osservare, per questi utenti, una prevalenza di accessi correlati ad algie di vario tipo (29.25%), a seguire da traumi (26.42%) e motivi psichici (11.32%); ancora marginalmente rappresentati gli accessi alcol-droga correlati (12.26%)

<b>DIAGNOSI DIMISSIONE PRESUMIBILI</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>Totale</b>	<b>Val.%</b>
Uso sostanze - alcool	1	6	7	6,60
Uso sostanze - Poliabuso, esotossicosi mista	0	2	2	1,89
Uso sostanze - Stupefacenti: assunzione, astinenza	0	1	1	0,94
Uso sostanze - Farmaci	1	2	3	2,83
Uso sostanze - Prescrizione farmaci	0	4	4	3,77
Infezioni, infiammazioni - Generiche	1	2	3	2,83
Infezioni, infiammazioni - Conseguenti uso sostanze; trombosi	1	3	4	3,77
Disturbi psichici	1	11	12	11,32
Algie - dolori - coliche	2	29	31	29,25
Astenia - deperimento	0	2	2	1,89
Traumi - Generico	3	17	20	18,87
Traumi - Distorsioni	1	1	2	1,89
Traumi - Ferite	0	6	6	5,66
Convulsioni	1	0	1	0,94
Dispnea	0	1	1	0,94
Gravidanza	3	0	3	2,83
Medicazione	0	4	4	3,77
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>91</b>	<b>106</b>	<b>100,00</b>

## Conclusioni

*(a cura di Francesca Paruzzolo)*

Da quanto raccolto nella presente relazione si può desumere che gli obiettivi che il gruppo di lavoro si era preposto alla fine del 2012 sono stati raggiunti.

La relazione contiene le osservazioni a livello europeo e nazionale, e il confronto con i dati raccolti a livello locale mostra una sostanziale uniformità nelle condotte di abuso, sia per quanto riguarda la tipologia delle sostanze, sia per i profili degli abusatori che accedono ai vari Servizi afferenti al Dipartimento Dipendenze dell'ULSS 12.

L'esame delle offerte di intervento – sul singolo, sui gruppi, sulle famiglie, nei diversi contesti di competenza di ogni Servizio – ha messo in evidenza una ricchezza di osservazioni, di dati, di saperi e di approcci, che spesso riescono ad essere complementari tra loro.

Un soggetto richiedente, sia che sia a rischio di uso o abuso sia che abbia una dipendenza già strutturata, è messo in condizione dalla rete dei Servizi afferenti al Dipartimento di usufruire di una molteplicità di interventi che vanno dalla cosiddetta Riduzione del Danno in contesti non terapeutici, all'intero processo di cura e reinserimento.

Tutti i Servizi si stanno attrezzando, o lo hanno addirittura già fatto da tempo, ad affrontare l'emergenza giovani, che sembra costituire la più evidente novità degli ultimi anni all'interno del panorama dell'abuso di sostanze.

Hanno già preso forma i problemi che l'OSSERVATORIO dovrà affrontare nel prossimo anno di lavoro, dovendo precisare le modalità di collaborazione con gli Enti di II e III livello e la previsione delle conseguenti ricadute a livello operativo, specie in considerazione del difficile momento che i Ser.d e i Servizi Comunali stanno vivendo in conseguenza della carenza di risorse umane da impiegare nell'operatività.