



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 ; ve.sert@ulss12.ve.it – PEC protocollo.ulss12@pecveneto.it

Relazione sull'attività del 2014

Parte 1 – L'attività dei Servizi



Osservatorio Locale sulle Dipendenze Patologiche

**Alberto Bottaro¹, Alberto Favaretto², Novella Ghezzi³, Alberto Manzoni⁴
Enrica Milan⁵, Francesca Paruzzolo⁶, Luigi Siviero⁷, Chiara Sovegni⁸, Sabrina Tripodi⁹**

¹ Psicologo, psicoterapeuta, Comunità Terapeutica Ce.I.S. "Don L. Milani", Mestre

² Educatore professionale, Comune di Venezia, Assessorato Coesione Sociale e Sviluppo Economico, Direzione Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza, Servizio Promozione Inclusione Sociale, UOC Riduzione del Danno

³ Medico chirurgo, specialista in Tossicologia Medica, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Venezia Terraferma

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

⁵ Medico chirurgo, specialista in Psichiatria, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Venezia Terraferma, Responsabile UOS Area Integrazione

⁶ Psicologo, psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze A. Ulss 12 Veneziana, U.O.C. Ser.D. Venezia, Sezione Giovani

⁷ Coordinatore Comunità Terapeutica Emmaus, Zelarino

⁸ Educatore professionale, Comune di Venezia, Assessorato Coesione Sociale e Sviluppo Economico alle Politiche Sociali e Rapporti con il Volontariato, Direzione Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza, Servizio Promozione Inclusione Sociale, UOC Riduzione del Danno

⁹ Psicologo, Comunità di Venezia s.c.s.

Dopo aver terminato di raccogliere i dati necessari per redigere la relazione, ma prima della sua pubblicazione, è mancato uno dei membri del gruppo fondatore dell'Osservatorio Locale Dipendenze Patologiche, Luigi Siviero. I colleghi desiderano ringraziarlo per il contributo portato nei tre anni di esistenza dell'OLDP e, per questo, gli dedicano il report 2014, reso possibile anche grazie a lui.

Indice della relazione

<i>Capitolo</i>	<i>Pag</i>
Prefazione	4
1. Contesto locale: il bacino d'utenza	4
2. Le persone seguite fuori dai Ser.D.: l'attività di Riduzione del Danno	7
2.1 Persone che hanno usufruito del centro diurno Drop-In	7
2.2 Dati di attività dell'unità di strada	12
2.3 Dati di attività unità di strada Tips & Tricks (interventi nei contesti di festa)	16
3. Gli utenti in carico ai due Servizi	18
3.1. Tossicodipendenti adulti a Mestre	18
3.1.1. L'attività svolta nel 2014	18
3.1.2. Gli utenti seguiti nell'anno	20
3.2. Tossicodipendenti adulti a Venezia	26
3.2.1. L'attività svolta nel 2014	26
3.2.2. Gli utenti seguiti nell'anno	27
3.3. I giovani assuntori, abusatori, dipendenti (aad) a Mestre	33
3.3.1. L'attività svolta nel 2014	33
3.2.2. Gli utenti seguiti nell'anno	34
3.4. I giovani assuntori, abusatori, dipendenti (aad) a Venezia	37
3.4.1. L'attività svolta nel 2014	37
3.4.2. Gli utenti seguiti nell'anno	38
3.5. Gli alcolisti a Mestre	42
3.5.1. L'attività svolta nel 2014	42
3.5.2. Gli utenti seguiti nell'anno	42
3.6. Gli alcolisti a Venezia	44
3.6.1. L'attività svolta nel 2014	44
3.6.2. Gli utenti seguiti nell'anno	44
3.7. Il gioco d'azzardo patologico (GAP)	46
3.7.1. L'attività svolta nel 2014	46
3.7.2. Gli utenti seguiti nell'anno	49
3.8. Tabagisti	51
3.8.1. L'attività svolta nel 2014	51
3.8.2. Gli utenti seguiti nell'anno	52
3.9. Detenuti	54
3.9.1. L'attività svolta nel 2014	54
3.9.2. Gli utenti seguiti nell'anno	55
3.10. Le attività della U.O.S. Prevenzione Dipendenze – Iniziative di prevenzione indicata a favore di adolescenti ad alto rischio di uso di sostanze	59
3.10.1. “I genitori si interrogano su adolescenti e droghe”.	60
3.10.2. “I docenti di fronte agli studenti a rischio di consumo di droghe”.	61
3.10.3. “Droga che fare? Spazio per genitori preoccupati”	62
3.10.4. “Consulenza per dirigenti scolastici e docenti”	64
3.10.5. “Link con gli operatori dei diversi servizi territoriali”	65
3.11. Interventi di integrazione e collaborazione in rete dedicati ai minori	67
4. Gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche	69
4.1. Ce.I.S. di Mestre	69
4.1.1 – Introduzione	69
4.1.2. Ce.I.S. di Mestre – Pronta Accoglienza Confine	70
4.1.3. Ce.I.S. di Mestre – Comunità Contatto	71
4.1.4. Ce.I.S. di Mestre – Centro Soranzo	72
4.2. Comunità di Venezia	73
4.2.1. Introduzione	73
4.2.2. Comunità di Venezia – Giovani e Adulti C.T. “Villa Renata” Lido di Venezia	73
4.2.3. Comunità di Venezia – Mamme con bambini C.T. “Casa Aurora”	76

Mestre Venezia	
4.2.4. Alcune considerazioni	78
4.3. Emmaus – Opera Santa Maria della Carità	78
4.3.1 – Introduzione	78
4.3.2 – Utenti in carico nel 2014	80
5. Conclusioni	81

Prefazione

La relazione 2014 si caratterizza, rispetto a quelle degli anni precedenti, per alcune innovazioni sia formali che di contenuto:

- i. Nelle precedenti relazioni era stato dato ampio spazio ai sunti di altri report relativi a diverse macroaree (nazionale, europeo, mondiale). Questo approccio, se da un lato aveva consentito una panoramica più ampia del mero ambito locale, era risultato fortemente penalizzante per quanto attiene alla tempistica del report dipartimentale: si è quindi optato per scindere il report in due *tranches*, una focalizzata sull'attività dei Servizi, più tempestivamente redigibile, ed una relativa alle macroaree di cui sopra, che per la redazione seguirà i tempi di rilascio dei documenti originali;
- ii. L'ordine dei Servizi è stato modificato seguendo, a livello logico, un possibile "flusso" delle persone seguite: partendo da un "fuori dal SerD" (dove il "fuori" non è necessariamente sinonimo di "prima", in quanto potrebbe anche significare "invece" o "durante"), per passare al "durante il SerD" e per finire a "dopo il SerD" (che peraltro, in molti casi, è un "dopo" transitorio, non definitivo);
- iii. I capitoli relativi alle varie tipologie di utenti sono stati integrati, nei limiti delle possibilità organizzative dei singoli gruppi di lavoro di riferimento, da un'introduzione illustrativa dell'attività del *team* di operatori che si occupano dello specifico *target* d'utenza;
- iv. L'esame dei dati che si riferiscono agli accessi dei tossicodipendenti è stato suddiviso in due macro-aree (adulti e giovani), in relazione al fatto che queste sono seguite da gruppi di lavoro differenziati che utilizzano modelli organizzativi specifici.

Scopo nelle innovazioni introdotte è, naturalmente, non solo affinare il lavoro "conoscitivo e valutativo", premessa imprescindibile per la "programmazione nell'ambito delle dipendenze nel territorio del Dipartimento", come recita l'atto costitutivo dell'OLDP (Osservatorio Locale Dipendenze Patologiche), ma anche rendere le informazioni più tempestivamente disponibili e fornire al lettore un'immagine più completa dell'attività dei Servizi.

1. Contesto locale: il bacino d'utenza

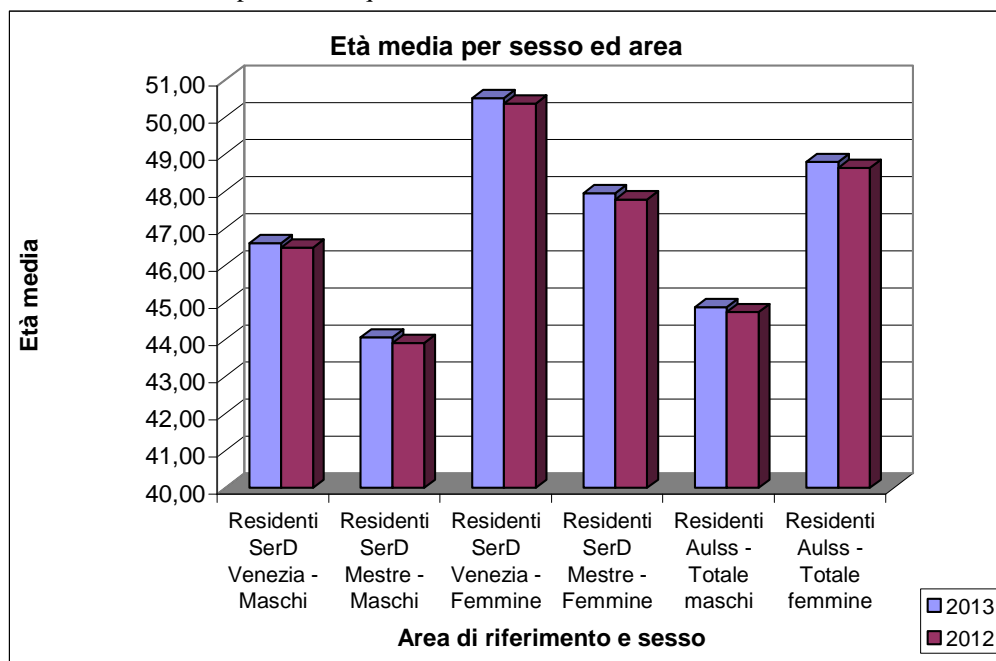
Il 2014 conferma il trend, in corso ormai da anni, di un progressivo e costante innalzamento dell'età media (ponderata) della popolazione residente nel Comune di Venezia, che in alcuni quartieri (in particolare Lido-Malamocco e Dorsoduro-Santa Croce-San Polo-Giudecca) rasenta ormai, per la popolazione generale, i 50 anni (valore già superato dalla popolazione femminile in tutto il centro storico veneziano). Decisamente inferiore l'età media della popolazione degli altri comuni inclusi nel territorio dell'Aulss 12 Veneziana, in particolare il Comune di Marcon.

Della diversa distribuzione dell'età media della popolazione risente l'età media dei cittadini residenti nel territorio dei due Ser.D.: relativamente più giovani i cittadini residenti nel territorio di competenza del Ser.D. di Mestre (46.09), più anziani i cittadini residenti nel territorio di competenza del Ser.D. di Venezia (48.68). Nelle due sottopopolazioni, comunque, si conferma il progressivo invecchiamento.

Tab.1.1 – Età media per sesso e quartiere

Età medie per sesso e quartiere		Popol. 31/12/2014			Popol. 31/12/2013		
		M	F	M + F	M	F	M + F
1	S.Marco-Castello-S.Elena-Cannaregio	46,61	51,28	49,13	46,62	51,23	49,10
2	Dorsoduro-S.Polo-S.Croce-Giudecca	47,08	51,21	49,31	47,01	51,22	49,28
3	Lido-Malamocco-Alberoni	47,92	51,65	49,92	47,67	51,23	49,59
4	Pellestrina-S.Pietro in Volta	45,03	48,52	46,79	44,61	48,02	46,34
5	Murano-S.Erasmo	46,85	50,83	48,97	46,62	50,48	48,67
6	Burano-Mazzorbo-Torcello	49,51	52,60	51,07	48,75	52,01	50,39
8	Favaro-Campalto	45,22	48,07	46,70	44,86	47,83	46,39
9	Carpenedo-Bissuola	45,26	49,41	47,48	45,05	49,19	47,26
10	Mestre Centro	44,40	49,64	47,19	44,50	49,52	47,19
11	Cipressina-Zelarino-Trivignano	44,71	48,53	46,71	44,57	48,26	46,52
12	Chirignago-Gazzera	44,04	47,71	45,92	43,78	47,39	45,64
13	Marghera-Catene-Malcontenta	43,33	47,26	45,34	43,23	47,28	45,32
TOTALE Comune di Venezia		45,30	49,51	47,52	45,18	49,34	47,38
Comune di Cavallino Treporti		44,03	45,73	44,90	43,89	45,66	44,79
Comune di Marcon		40,71	41,85	41,28	40,41	41,50	40,96
Comune di Quarto d'Altino		42,05	44,34	43,22	41,62	44,36	43,02
RESIDENTI SERT VENEZIA		46,60	50,50	48,68	46,48	50,36	48,54
RESIDENTI SERT MESTRE		44,06	47,95	46,09	43,91	47,78	45,93
RESIDENTI AULSS 12 - M+F		44,87	48,79	46,93	44,74	48,63	46,78

Graf. 1.1 – Età media per sesso e quartiere



Quanto alle frequenze dei residenti per fasce d'età, osserviamo la presenza di più di 60.000 residenti di età inferiore ai 25 anni, dei quali 25.000 rientrano nella fascia d'età 15-24 considerata di riferimento per gli interventi delle due Aree Giovani attivate nei due Servizi.

Tab. 1.2 – Popolazione residente per sesso e fasce d'età – Valori assoluti

VALORI ASSOLUTI		-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	15-44	TOT≤44	TOT≥45	Σ Popol.
M	Residenti SerD Venezia	5.718	1.894	1.998	2.096	2.187	2.723	3.581	14.479	20.197	25.982	46.179
	Residenti SerD Mestre	13.508	4.606	4.507	4.812	5.443	6.785	8.000	34.153	47.661	50.299	97.960
	Residenti Ulss 12	19.226	6.500	6.505	6.908	7.630	9.508	11.581	48.632	67.858	76.281	144.139
F	Residenti SerD Venezia	5.370	1.776	1.878	2.040	2.203	2.971	3.763	14.631	20.001	32.486	52.487
	Residenti SerD Mestre	12.543	4.211	4.405	4.892	5.225	6.370	7.900	33.003	45.546	61.557	107.103
	Residenti Ulss 12	17.913	5.987	6.283	6.932	7.428	9.341	11.663	47.634	65.547	94.043	159.590
TOT	Residenti SerD Venezia	11.088	3.670	3.876	4.136	4.390	5.694	7.344	29.110	40.198	58.468	98.666
	Residenti SerD Mestre	26.051	8.817	8.912	9.704	10.668	13.155	15.900	67.156	93.207	111.856	205.063
	Residenti Ulss 12	37.139	12.487	12.788	13.840	15.058	18.849	23.244	96.266	133.405	170.324	303.729

Tab. 1.3 – Popolazione residente per sesso e fasce d'età – Valori relativi

VALORI %		-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	15-44	TOT≤44	TOT≥45
M	Residenti SerD Venezia	12,38	4,10	4,33	4,54	4,74	5,90	7,75	31,35	43,74	56,26
	Residenti SerD Mestre	13,79	4,70	4,60	4,91	5,56	6,93	8,17	34,86	48,65	51,35
	Residenti Ulss 12	13,34	4,51	4,51	4,79	5,29	6,60	8,03	33,74	47,08	52,92
F	Residenti SerD Venezia	10,23	3,38	3,58	3,89	4,20	5,66	7,17	27,88	38,11	61,89
	Residenti SerD Mestre	11,71	3,93	4,11	4,57	4,88	5,95	7,38	30,81	42,53	57,47
	Residenti Ulss 12	11,22	3,75	3,94	4,34	4,65	5,85	7,31	29,85	41,07	58,93
TOT	Residenti SerD Venezia	11,24	3,72	3,93	4,19	4,45	5,77	7,44	29,50	40,74	59,26
	Residenti SerD Mestre	12,70	4,30	4,35	4,73	5,20	6,42	7,75	32,75	45,45	54,55
	Residenti Ulss 12	12,23	4,11	4,21	4,56	4,96	6,21	7,65	31,69	43,92	56,08

2. Le persone seguite fuori dai Ser.D.: l'attività di Riduzione del Danno

(a cura di Alberto Favaretto)

Unità Operativa Complessa Riduzione del danno

La UOC Riduzione del Danno è un'attività a bassa soglia del Servizio Promozione e Inclusione Sociale del Comune di Venezia rivolta ai consumatori di sostanze stupefacenti prevalentemente per via iniettiva, senza limiti di età, condizione sociale e provenienza; è orientata contemporaneamente alla cittadinanza che può trovarsi coinvolta nelle problematiche legate al fenomeno della tossicodipendenza.

E' composta da un'équipe di operatori di strada, con una formazione e un aggiornamento continuo sul tema delle dipendenze, esperti in interventi a "bassa soglia" e una competenza specifica in tecniche di ascolto attivo, colloquio motivazionale e primo soccorso.

Gli obiettivi che persegue rispetto alle persone che consumano sostanze sono:

- ✓ aumentare le opportunità di modificare i comportamenti a rischio legati all'uso/abuso di sostanze responsabilizzandole nel migliorare la cura di sé;
- ✓ aumentare la consapevolezza dei rischi e i danni connessi all'uso di droghe;
- ✓ aumentare la responsabilità rispetto alla prevenzione e alla tutela della salute ;
- ✓ mantenere una rete sociale, familiare e favorire il contatto con i servizi preposti alla cura e alla riabilitazione.

I servizi che offre sono:

- ✓ distribuzione di materiale sanitario (siringhe, aghi, acqua distillata, preservativi, ecc.);
- ✓ ritiro di materiale sanitario usato;
- ✓ informazioni sugli effetti e i rischi legati all'uso di sostanze stupefacenti e strategie di riduzione del danno;
- ✓ informazioni e orientamento ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali specifici presenti nel territorio;
- ✓ disponibilità all'accompagnamento ai servizi individuati dalla persona come più idonei e rispondenti alle proprie necessità;
- ✓ colloqui di orientamento, consulenza e sostegno;
- ✓ piccole medicazioni;
- ✓ piccolo ristoro (bevande calde e snack).

Gli obiettivi vengono perseguiti e i servizi erogati con tre dispositivi principali attraverso i quali è possibile agganciare e mantenere una relazione con i consumatori.

2.1 Persone che hanno usufruito del centro diurno Drop-In

Il Drop in è una struttura a bassa soglia alla quale è possibile accedere liberamente, usufruendo dei servizi erogati senza appuntamento e gratuitamente.

Il centro a differenza dell'attività svolta in strada consente agli operatori e agli utenti di avere a disposizione un tempo e un luogo più tranquillo in cui incontrarsi e usufruire dei servizi offerti, ritagliarsi uno spazio di dialogo o anche semplicemente per prendersi una pausa dal consumo.

La struttura di accoglienza a bassa soglia continua ad essere una struttura di riferimento per target diversi ma con un denominatore comune: la condizione di marginalità sociale e il consumo/abuso di sostanze, in particolare alcool e droghe per via iniettiva.

E' frequentemente utilizzata anche dagli operatori ad integrazione del lavoro di strada, dove è molto spesso difficile riuscire a svolgere dei *counselling* approfonditi o poter contattare agevolmente i servizi per appuntamenti e invii.

Incontrarsi nuovamente al Drop-in dà la possibilità di un migliore orientamento della domanda o di sviluppare da un punto di vista motivazionale le ambivalenze dell'utente in un contesto che offre meno distrazioni.

E' una struttura ben conosciuta in strada e ricercata, come dimostra l'alto numero dei primi contatti anche per quest'anno, nonostante alcune offerte siano state soppresse o limitate a causa delle difficoltà economiche del Comune di Venezia.

La promozione del servizio avviene quasi sempre tramite il passaparola tra persone che vivono la strada come luogo di aggregazione o dimora e sempre più rilevanti sono le domande di carattere sanitario, in particolare per *screening* preventivi, a seguito di una maggior consapevolezza delle condizioni di rischio.

La popolazione straniera come numero di contatti della struttura ha sorpassato il 50%, d'altronde le persone che vivono in condizioni di marginalità e povertà afferiscono principalmente a questa categoria e sono anche quelle che dal punto di vista dei diritti e tutela sanitaria sono più a rischio e con maggior difficoltà di accesso alle cure e trattamenti. Il rischio di patologie sommerse e non trattate è molto alto, con conseguenze per la salute pubblica, oltre che individuale.

Per quanto riguarda la diminuzione delle percentuali relative alla distribuzione del materiale sanitario e relativo ritiro, questa non va interpretata come una diminuzione della domanda, ma come minor disponibilità da parte del servizio a consegnare con regolarità i vari presidi. In alcuni momenti dell'anno, infatti, è mancato il rifornimento del materiale per la prevenzione delle patologie correlate per chi usa sostanze per via iniettiva e questo ha influito anche sulla motivazione alla restituzione del materiale usato.

Nell'anno 2014 hanno usufruito del drop-in 521 persone diverse. Il 41% di esse si è rivolta anche all'unità di strada (nel 2013 era il 40%).

Tab. 2.1.1 – Risorse: apertura del Servizio e contatti

ANNO	N° giorni di apertura	N° ore di apertura	N° contatti	N° primi contatti	Media giornaliera accessi	Media oraria accessi
2014	149	593	3.417	151	23	6
2013	151	563	3.900	203	26	7
2012	152	566	2.522	57	17	4
2011	141	562	2.480	50	18	4
2010	206	761	9.185	203	45	12

Tab. 2.1.2 – Persone che hanno usufruito del servizio

PERSONE DIVERSE	N°	%
Solo drop in	308	59,1
Drop in e Unità di Strada	213	40,9
TOTALE	521	100,0

Il 28,8% delle donne ha meno di 25 anni, il 17,3% in più rispetto alla stessa fascia di età degli uomini. Le donne straniere sono 12 (il 20,3% delle donne totali).

Il 10% degli uomini italiani ha meno di 25 anni; tra gli uomini migranti tale percentuale sale al 12,6%. Nel 2012 la percentuale dei giovani italiani superava quella degli stranieri. Dal 2013 la situazione si è capovolta.

Tab. 2.1.3 – Persone che hanno usufruito del servizio – Caratteristiche anagrafiche

Caratteristiche anagrafiche	SESSO		FASCE D'ETA'				Totale	%
	N°	%	14-24 (v.a.)	14-24 (%)	>24 (v.a.)	>24 (%)		
M	462	88,7	53	11,5	409	88,5	462	100,0
F	59	11,3	17	28,8	42	71,2	59	100,0
TOTALE	521	100,0	70	13,4	451	86,6	521	100,0

Il 59,1% (N° 155, nel 2013 erano 152) degli uomini migranti proviene dal Nord Africa, tra questi (N° 109) il 70,3% proviene dalla Tunisia e (N° 82) il 31,3% proviene dall'Europa Orientale.

9 donne straniere su 12 provengono da paesi dell'Est Europa e 5 di loro dichiarano uso di sostanze stupefacenti (alcol, eroina).

Tab. 2.1.4 – Persone che hanno usufruito del servizio – Cittadinanza

SESSO	CITTADINANZA					
	Italia	%	Estero	%	Totale	%
M	200	43,3	262	56,7	462	100,0
F	47	79,7	12	20,3	59	100,0
TOTALE	247	47,4	274	52,6	521	100,0

Per quanto riguarda la situazione abitativa:

Nel 2014 il 42,3% con casa. Rispetto l'anno precedente la percentuale è calata dell'1,7%.

Nel 2013 il 44% con casa. Rispetto l'anno precedente la percentuale è calata del 7%.

Nel 2012 il 51% con casa.

Tab. 2.1.5 – Persone che hanno usufruito del servizio – Situazione abitativa

Situazione Abitativa	SESSO					
	M	% c.v. su totale M	F	% c.v. su totale F	TOTALE	% totale c.v.
Senza dimora	247	54,2	22	37,3	269	52,2
Situazione precaria*	26	5,7	2	3,4	28	5,4
Casa	183	40,1	35	59,3	218	42,3
Non risponde	6	-	0	-	6	-
Totale	462	-	59	-	521	-
TOTALE CASI VALIDI	456	100,0	59	100,0	515	100,0

* ospite da amici, casa dell'ospitalità, dormitorio, ct.

Tab. 2.1.6 – Persone che hanno usufruito del servizio – Sostanze d'abuso dichiarate

SOSTANZE	SESSO					
	M	% c.v. M	F	% c.v. F	Totale	% c.v. su totale
Alcol	44	10,9	1	1,9	45	9,8
Alcol e cannabinoidi	9	2,2	0	0,0	9	2,0
Alcol e altro	3	0,7	2	3,8	5	1,1
Eroina	86	21,2	23	44,2	109	23,9
Eroina cocaina	27	6,7	3	5,8	30	6,6
Eroina cocaina altro	7	1,7	3	5,8	10	2,2
Eroina e altro	18	4,4	4	7,7	22	4,8
Eroina più tutto	6	1,5	1	1,9	7	1,5
Cocaina	8	2,0	1	1,9	9	2,0
Cocaina e altro	9	2,2	0	0,0	9	2,0
Cocaina eroina e altro	3	0,7	2	3,8	5	1,1
Cocaina ed eroina	3	0,7	0	0,0	3	0,7
Metadone	20	4,9	1	1,9	21	4,6
metadone altro	3	0,7	1	1,9	4	0,9
Subutex	8	2,0	0	0,0	8	1,8
Cannabinoidi	45	11,1	1	1,9	46	10,1
Cannabis e altro	2	0,5	0	0,0	2	0,4
Psicofarmaci	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Psicofarmaci alcol	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Policonsumo	4	1,0	1	1,9	5	1,1
Tutte	10	2,5	1	1,9	11	2,4
Nessuna	89	22,0	7	13,5	96	21,0
Non risponde	57	-	7	-	64	-
Totale	462	-	59	-	521	-
TOTALE CASI VALIDI	405	100	52	100	457	100

Primi contatti

Tab. 2.1.7 – Primi contatti per semestre

Primi contatti	SESSO					
	M	%	F	%	TOTALE	% totale
1° semestre	87	42,9	6	3,0	93	61,6
2° semestre	53	26,1	5	2,5	58	38,4
TOTALE	140	92,7	11	7,3	151	100,0

Tab. 2.1.8 – Primi contatti – Modalità di conoscenza del servizio

COME HA SAPUTO DEL SERVIZIO?	N°	% c.v.
Amici, conoscenti, parenti	138	91,4
Altro (passaparola, in strada, per caso, ecc.)	1	0,7
UdS	3	2,0
Caracol	1	0,7
Casa ospitalità	1	0,7
SD	2	1,3
servizi	1	0,7
Prefettura	1	0,7
Lo conosceva anni fa	1	0,7
non si sa	2	1,3
TOTALE CASI VALIDI	151	100,0

Tab. 2.1.9 – Primi contatti – Fasce d'età

ETA'	N°	%
< 15	0	0,0
15 - 19	6	4,0
20 - 24	22	14,6
25 - 29	29	19,2
30 - 34	31	20,5
35 - 39	22	14,6
40 - 44	12	7,9
45 - 49	21	13,9
> 49	8	5,3
TOTALE	151	100,0

Tab. 2.1.10 – Primi contatti – Cittadinanza

CITTADINANZA	N°	%
Italia	51	33,8
Medioriente	6	4,0
Europa orientale	38	25,2
Europa occidentale	3	2,0
Nord Africa	49	32,5
Asia	2	1,3
Centro America	1	0,7
Sud America	1	0,7
TOTALE	151	100,0

Tab. 2.1.11 – Primi contatti – Situazione abitativa

SITUAZIONE ABITATIVA	N°	% c.v.
Senza dimora	83	55,3
precaria	12	8,0
Casa	55	36,7
Non risponde	1	-
TOTALE	151	-
TOTALE CASI VALIDI	150	100,0

Tab. 2.1.12 – Primi contatti – Zona di provenienza attuale

DOVE VIVE ORA?	N°	%
Centro storico	4	2,6
Terraferma	112	74,2
Fuori comune	25	16,6
Fuori regione	7	4,6
Non si sa	3	2,0
TOTALE	151	100,0

Tab. 2.1.13 – Primi contatti – Sostanze dichiarate

SOSTANZE	N°	% c.v.
Alcol	20	14,2
Alcol e altro	3	2,1
Eroina	15	10,6
Eroina e altro	9	6,4
Eroina e cocaina	11	7,8
Eroina cocaina e altro	9	6,4
Cocaina	3	2,1
Cocaina e altro	6	4,3
Metadone	3	2,1
Cannabinoidi	18	12,8
policonsumatori	1	0,7
Nessuna	43	30,5
Non risponde/non si sa	10	-
TOTALE	151	-
TOTALE CASI VALIDI	141	100,0

Il 18,6% ha un'età compresa dai 18 ai 24 anni; nel 2013 la percentuale ammontava al 24,1% con un'età compresa tra i 15 e i 24 anni, nel 2012 la percentuale tra i 15 e i 24 era al 43,8%.

Il 31,2% consuma eroina (nel 2013 era il 36%), ed il 16,3% alcol (il 25% nel 2013), mentre nel 2012, il 54% consumava eroina ed il 6% alcol.

Tab. 2.1.14 – Distribuzione e ritiro siringhe ed aghi

ANNO 2014	N° siringhe 1 ml	N° corpi 2 ml	Totale siringhe DISTRIBUITE	N° aghi distribuiti	Totale siringhe RITIRATE	Siringhe ritirate su siringhe distribuite (%)
1° semestre	2120	767	2887	1521	1049	36,3
2° semestre	1579	643	2222	928	1297	58,3
TOTALE	3699	1410	5109	2449	2346	45,9
2013	3899	4862	8761	5768	4585	52,3
2012	5975	6028	12003	7630	7517	62,6
2011	7656	6153	13809	8596		
2010	8307	5944	14251	7120		

Nel 2014 molti dei materiali sterili sono venuti a mancare, come già nel 2013. Evidente il calo di siringhe distribuite.

Invii ed accompagnamenti

Tab. 2.1.15 – Invii ed accompagnamenti – Frequenze per semestre

Invii nell'anno	N° richieste	%
1° semestre	93	56,0
2° semestre	73	44,0
TOTALE	166	100,0

Tab. 2.1.16 – Invii ed accompagnamenti – Area della domanda

AREA DOMANDA	N° richieste	%
Medico-sanitaria	158	95,2
Legale - amministrativa	4	2,4
Posto letto - dormitorio	3	1,8
Prime necessità (<i>vestiti, cibo, coperte, ecc.</i>)	1	0,6
Economica	0	0,0
Altro	0	0,0
CT/strutture	0	0,0
TOTALE	166	100,0

Tab. 2.1.17 – Invii ed accompagnamenti – Modalità di invio

MODALITA' INVIO	N° INVII	%
Contattato servizio	159	39,4
Fissato appuntamento	157	38,9
Accompagnamento	88	21,8
TOTALE*	404	100,0

Tab. 2.1.18 – Invii ed accompagnamenti – Esito dell'invio

ESITO	N°	%
Positivo	116	69,9
Negativo*	50	30,1
TOTALE	166	100,0

* Le cause degli esiti negativi sono tutte imputabili alle persone che hanno fatto la richiesta (ad es. la persona non si presenta all'appuntamento).

Servizi individuati per rispondere alla domanda

Tab. 2.1.19 – Servizi individuati – Comune di Venezia

COMUNE DI VENEZIA	N°	%
Servizio immigrati	2	40,0
UOC Senza dimora	1	20,0
Casa ospitalità	2	40,0
Totale COMUNE	5	100,0

Tab. 2.1.20 – Servizi individuati – Azienda Ulss 12 Veneziana

AZIENDA ASL 12	N°	%
Ser.D. Mestre	13	9,0
Gruppo C	108	74,5
Malattie infettive	5	3,4
Medico di base	1	0,7
Pronto soccorso - 118	4	2,8
Ospedale Mestre/Venezia	9	6,2
CSM	1	0,7
Consultorio Chirignago	2	1,4
Villa Salus	1	0,7
Ambul. Odontoiatrico Capuccina	1	0,7
Totale ASL 12	145	100

Tab. 2.1.21 – Servizi individuati – Altri Enti / Organizzazioni

ALTRI	N°	%
Emergency	9	56,3
Patronato	1	6,3
Altre ASL	4	25,0
Gea, AVV di strada	1	6,3
Caracol	1	6,3
Totale ALTRI	16	100,0

Tab. 2.1.22 – Servizi individuati – Totale invii

RIEPILOGO SERVIZI/SOGGETTI	N° INVII	%
COMUNE DI VENEZIA	5	3,0
ASL 12	145	87,3
ALTRI	16	9,6
TOTALE	166	100,0

2.2 Dati di attività dell'unità di strada

L'unità di strada, che può essere a postazione fissa o itinerante, è un'attività che si svolge nelle aree e nei contesti di aggregazione, spaccio e consumo frequentati da persone che usano/abusano di sostanze.

La scelta dei luoghi in cui intervenire è effettuata sulla base di una costante mappatura del territorio, dalle indicazioni date dalle stesse persone consumatrici che si incontrano e dalle valutazioni fatte in equipe per rispondere in modo più opportuno ai bisogni emergenti da parte dei consumatori e della cittadinanza.

Come l'anno precedente il lavoro di strada si è orientato seguendo tre target differenti, anche se contigui tra loro.

A seguito delle riduzioni di spesa per il personale, che ha comportato l'impossibilità di programmare gli interventi serali e notturni, una parte del lavoro di strada ne ha risentito fortemente. Lo si può vedere in particolar modo negli interventi rivolti ai giovani e agli stranieri con il progetto Medina.

Le uscite in strada rivolte invece al gruppo dei tossicodipendenti che afferiscono all'unità mobile in orari e giorni fissi sono rimaste sostanzialmente invariate anche nel numero dei contatti.

La diminuzione significativa del numero dei primi contatti evidenzia in maniera esaustiva l'importanza di potersi muovere nel territorio con flessibilità al fine di poter raggiungere quella parte di utenza "sommersa" che non si rivolge spontaneamente ai servizi.

Anche nei dispositivi di strada si vede che le persone straniere sono in maggioranza e il numero di materiale sanitario distribuito con l'unità mobile è maggiore rispetto gli anni precedenti. Infatti anche nella percezione degli operatori emerge che il policonsumo per via iniettiva del target straniero, in particolare dell'est europa, è in aumento ed è difficile da agganciare.

Solitamente a causa della diffidenza e della non chiara comprensione della lingua i contatti sono molto rapidi e sfuggenti.

Tab. 2.2.1 – Attività Unità di Strada – Riepilogo uscite, ore e contatti per semestre

Presenze in strada	N° Uscite	N° Ore	Contatti	Primi Contatti	Media USCITE / accessi all'UdS	Media ORARIA / accessi all'UdS
1° semestre	131	247	1218	24	9,3	4,9
2° semestre	150	312	1245	22	8,3	4,0
TOTALE	281	559	2463	46	8,8	4,4

Tab. 2.2.2 – Attività Unità di Strada – Contatti per fascia d'età

Contatti/anno	14/24 anni	%	> 24 anni	%	Tot persone diverse
ANNO 2014	73	16,9	360	83,1	433
ANNO 2013	119	25,9	340	74,1	459
ANNO 2012	70	24,0	222	76,0	292
ANNO 2011	42	17,7	195	82,3	237
ANNO 2010	9	14,8	52	85,2	61

Tab. 2.2.3 – Attività Unità di Strada – Target delle uscite

Target	N° Uscite	N° Ore	Contatti	Primi Contatti	Media USCITE / accessi all'UdS	Media ORARIA / accessi all'UdS
TD attivi	129	258	1711	28	13	7
Medina	72	151	566	13	8	4
Giovani	43	80	126	1	3	2
Trasversali	18	36	28	3		0
Altavoz	1	3	0	0	0	0
Nuovi Consumatori	18	31	32	1	2	1
TOTALE	281	559	2463	46	9	4

Tab. 2.2.4 – Attività Unità di Strada – Persone diverse che hanno usufruito dell'unità di strada

PERSONE DIVERSE					
Solo UdS	%	UdS e Drop in	%	Totale	% totale
220	50,8	213	49,2	433	100,0

Nel 2014 hanno usufruito dell'Unità di Strada 433 persone diverse, di queste il 49,2% si è rivolta anche al drop-in (213 persone). Nel 2013 il 51,2% di 459 persone si è rivolto anche al drop in. Nel 2012 il 44,2% di 292 persone si è rivolto anche al drop in.

Tab. 2.2.5 – Attività Unità di Strada – Caratteristiche anagrafiche – Sesso

SESSO					
M	%	F	%	Totale	% totale
390	90,1	43	9,9	433	100,0

Tab. 2.2.6 – Attività Unità di Strada – Caratteristiche anagrafiche – Fasce d'età

SESSO	ETA'				Totale	% totale
	14 - 24 anni	%	> 24 anni	%		
M	56	14,4	334	85,6	390	100,0
F	17	39,5	26	60,5	43	100,0
TOTALE	73	16,9	360	83,1	433	100,0

Tab. 2.2.7 – Attività Unità di Strada – Caratteristiche anagrafiche – Cittadinanza

SESSO	CITTADINANZA				Totale	% totale
	Italia	%	Estero	%		
M	180	46,2	210	53,8	390	100,0
F	39	90,7	4	9,3	43	100,0
TOTALE	219	50,6	214	49,4	433	100,0

Il 12,7% degli uomini italiani ha meno di 25 anni (il 17,8 nel 2013 e il 19,3% nel 2012). Il 73,8% (N° 155 M) degli uomini immigrati proviene dal Nord Africa e il 21,4% da paesi dell'Est Europa (queste percentuali erano sul 15% nel 2013 - 2012). Il 39,5% delle donne ha meno di 25 anni. In questa fascia di età sono tutte italiane. Le 4 donne migranti provengono dall'Europa orientale.

Tab. 2.2.8 – Attività Unità di Strada – Situazione abitativa

SITUAZIONE ABITATIVA	SESSO					
	M	% c.v. su tot. M	F	% c.v. su tot. F	Totale	% totale c.v.
Senza dimora	165	42,6	15	34,9	180	41,9
Situazione precaria*	23	5,9	2	4,7	25	5,8
Casa	199	51,4	26	60,5	225	52,3
Non risponde	3	-	0	-	3	-
Totale	390	-	43	-	433	-
TOTALE CASI VALIDI	387	100,0	43	100,0	430	100,0

* ospite da amici, casa dell'ospitalità, ct, camera in affitto.

Per quanto riguarda la situazione abitativa: il 51,4% degli uomini vive in casa, tra le donne tale percentuale sale al 60,5%. Il 48,6% degli uomini è senza dimora o comunque vive in una situazione precaria. Tra le donne la percentuale scende al 39,5%. Nell'insieme il 53% delle persone ha un problema abitativo (casi validi).

Tab. 2.2.9 – Attività Unità di Strada – Consumo di sostanze dichiarato

Sostanze dichiarate	SESSO					
	M	% c.v. M	F	% c.v. F	Totale	% c.v. su totale
Alcol	24	7,1	3	7,1	27	7,1
Alcol e cannabinoidi	10	2,9	1	2,4	11	2,9
Alcol e altro	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Eroina	63	18,5	12	28,6	75	19,6
Eroina cocaina	22	6,5	1	2,4	23	6,0
Eroina cocaina altro	9	2,6	4	9,5	13	3,4
Eroina e altro	16	4,7	1	2,4	17	4,5
Eroina più tutto	2	0,6	1	2,4	3	0,8
Cocaina	16	4,7	1	2,4	17	4,5
Coca e Crack	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Cocaina e altro	7	2,1	0	0,0	7	1,8
Cocaina eroina + altro	3	0,9	1	2,4	4	1,0
Cocaina ed eroina	3	0,9	0	0,0	3	0,8
Metadone	14	4,1	3	7,1	17	4,5
metadone altro	4	1,2	1	2,4	5	1,3
Subutex	15	4,4	0	0,0	15	3,9
Subutex e altro	3	0,9	0	0,0	3	0,8
Cannabinoidi	47	13,8	3	7,1	50	13,1
Cannabis e altro	4	1,2	1	2,4	5	1,3
Psicofarmaci	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Psicofarmaci alcol	0	0,0	1	2,4	1	0,3
MDMA	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Ketamina	1	0,3	1	2,4	2	0,5
Policonsumo	16	4,7	5	11,9	21	5,5
Tutte	12	3,5	0	0,0	12	3,1
Nessuna	45	13,2	2	4,8	47	12,3
Non risponde	50	-	1	-	51	-
Totale	390	-	43	-	433	-
TOTALE CASI VALIDI	340	100,0	42	100,0	382	100,0

Primi contatti

Tab. 2.2.10 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per semestre e sesso

ANNO 2014	SESSO					
	M	%	F	%	TOTALE	% totale
1° semestre	23	95,8	1	4,2	24	100,0
2° semestre	21	95,5	1	4,5	22	100,0
TOTALE	44	95,7	2	4,3	46	100,0

Tab. 2.2.11 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per modalità di conoscenza del servizio

COME HA SAPUTO DEL SERVIZIO?	N°	%
Amici, conoscenti, parenti	28	60,9
Da noi/uds	16	34,8
Carcere	1	2,2
Non si sa	1	2,2
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.12 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per zona del contatto

ZONA CONTATTO	N°	%
Zona Piave - Mestre	11	23,9
Parco Villa Querini	30	65,2
Marghera	2	4,3
Venezia	2	4,3
Non si sa	1	2,2
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.13 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per fascia d'età

Fasce di età	N°	%
< 15	0	0,0
15 - 19	2	4,3
20 - 24	9	19,6
25 - 29	10	21,7
30 - 34	9	19,6
35 - 39	7	15,2
40 - 44	5	10,9
45 - 49	2	4,3
> 49	2	4,3
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.14 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per cittadinanza

CITTADINANZA	N°	%
Italia	18	39,1
Nord Africa	16	34,8
Eu orientale	10	21,7
Eu occidentale	1	2,2
Asia	1	2,2
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.15 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per attuale zona di provenienza

DOVE VIVE ORA?	N°	%
Centro storico	4	8,7
Terraferma	33	71,7
Fuori comune	8	17,4
Fuori regione	1	2,2
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.16 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per situazione abitativa

SITUAZIONE ABITATIVA	N°	%
Senza dimora/precaria	22	47,8
Casa	24	52,2
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.17 – Attività Unità di Strada – Primi contatti per sostanze dichiarate

SOSTANZE	N°	%
Rivotril	1	2,2
Eroina e alcol	1	2,2
Eroina	12	26,1
Eroina, cocaina e altro	1	2,2
Eroina metadone	2	4,3
Eroina cocaina	5	10,9
Cannabinoidi	3	6,5
Cocaina	4	8,7
Cocaina e alcol	1	2,2
Cocaina cannabinoidi	2	4,3
Coca e crack	1	2,2
Subutex	2	4,3
MDMA	1	2,2
Tutte	1	2,2
Non risponde	1	2,2
Nessuna	8	17,4
TOTALE	46	100,0

Tab. 2.2.18 – Attività Unità di Strada – Invii ed accompagnamenti per semestre

ANNO 2014	N° richieste	%
1° semestre	4	22,2
2° semestre	14	77,8
TOTALE	18	100
2013	96	100
2012	34	100
2011	22	100
2010	0	100

Tab. 2.2.19 – Attività Unità di Strada – Invii ed accompagnamenti per area della domanda

AREA DOMANDA	N° richieste	%
Posto letto - dormitorio	0	0,0
Legale - amministrativa	1	5,6
Medico-sanitaria	17	94,4
Economica	0	0,0
Strutture-CT	0	0,0
Altro	0	0,0
TOTALE	18	100,0

Tab. 2.2.20 – Attività Unità di Strada – Invii ed accompagnamenti per modalità di invio

MODALITA' INVIO	N° INVII	%
Contattato servizio	18	43,9
Fissato appuntamento	17	41,5
Accompagnamento	6	14,6
Visita (ospedale, domicilio, ecc.)	0	0,0
TOTALE	41	100,0

Tab. 2.2.21 – Attività Unità di Strada – Invii ed accompagnamenti per esito

ESITO	N°	%
Positivo	7	38,9
Negativo	11	61,1
TOTALE	18	100,0

Nel 2014 gli invii hanno riguardato 16 persone e coinvolto 4 servizi diversi, mentre nel 2013 avevano riguardato 47 persone e coinvolto 12 servizi diversi.

Tab.2.2.22 – Attività Unità di Strada – Servizi individuati per rispondere alla domanda – Totali

SERVIZI	N° INVII	%
Servizi COMUNE	1	5,6
Servizi ASL 12	15	83,3
Altro	2	11,1
TOTALE	18	100,0

Tab.2.2.23 – Attività Unità di Strada – Servizi individuati per rispondere alla domanda – Azienda Ulss 12 Veneziana

ASL 12	N°	%
Ser.D. Mestre	2	13,3
Gruppo C	13	86,7
Totale ASL 12	15	100

Tab. 2.2.24 – Attività Unità di Strada – Servizi individuati per rispondere alla domanda – Altre strutture

ALTRO	N°	%
Emergency	2	66,7
Avv. Strada	1	33,3
TOTALE	3	100,0

Tab. 2.2.25 – Attività Unità di Strada – Distribuzione e ritiro di aghi e siringhe

ANNO 2014	N° siringhe 1 ml	N° corpi 2 ml	Totale siringhe DISTRIBUITE	N° aghi distribuiti	Totale siringhe RITIRATE	Siringhe ritirate su siringhe distribuite (%)
1° semestre	530	2.075	2.605	2.359	632	24,2
2° semestre	290	3.099	3.389	3.216	1.563	46,1
TOTALE	820	5.174	5.994	5.575	2.195	36,6
2013	909	2.826	3.735	3.150	1.096	29,3
2012	86	2.166	2.252	2.354	261	11,6
2011	485	601	1.086	784	501	46,1
2010	20	85	205	90	0	0,0

2.3 Dati di attività unità di strada Tips & Tricks (interventi nei contesti di festa)

Tips&Tricks è l'unità di strada che si occupa degli interventi nei contesti del divertimento notturno allestendo a seconda della serata un banchetto informativo, un area relax o una chill out per i frequentatori della festa.

Gli obiettivi che si perseguono con questo dispositivo sono:

- monitoraggio dei contesti notturni e delle tendenze rispetto al consumo di sostanze
- distribuzione di materiale informativo sugli effetti e i rischi legati all'uso di sostanze
 - informazioni e orientamento ai servizi specifici presenti nel territorio
 - counselling
 - piccole medicazioni e assistenza nel caso di malore in collaborazione con il presidio sanitario se presente
 - piccolo ristoro (bevande calde e snack)
 - promozione di buone pratiche di “*safernightlife*” nei locali contattati ovvero riduzione dei rischi connessi al consumo di sostanze o allo stile di frequentazione generale dei clienti: distribuzione di acqua a prezzo calmierato, areazione, presenza di mezzi di soccorso, disponibilità di materiale per la prevenzione della MST (preservativi..)

Per i motivi già descritti sopra, è l'intervento che più di altri ha subito ripercussioni.

Gli interventi nei luoghi di festa sono diminuiti ancora rispetto l'anno precedente e sono affidati quasi esclusivamente all'Associazione Tipsina.

L'attività dell'associazione si concentra prevalentemente in azioni di prevenzione, informazione, soccorso al bisogno e monitoraggio del fenomeno. La parte di aggancio e colloquio magari collegata con le attività svolte in altri contesti dagli operatori della Uoc RDD è praticamente venuta a mancare se non in sporadiche e straordinarie occasioni.

Nonostante ciò è evidente come l'attività all'interno dei contesti di festa permetta di entrare in contatto con un target molto giovane e possibilmente a rischio.

L'intervento continua ad esprimere un grande potenziale sia dal punto di vista della prevenzione che nella conoscenza del fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti nei giovani evidenziando stili di consumo e varietà di sostanze presenti sul mercato.

Tab. 2.3.1 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Interventi, presenze e contatti per semestre

Anno 2014	N° interventi	N° ore di presenza	N° contatti	Media interventi / contatti	Media oraria / contatti
1° semestre	7	52	534	76,3	10,3
2° semestre	0	0	0	0,0	0,0
TOTALE	7	52	534	76,3	10,3
Anno 2013	10	75	1419	142,0	19,0
Anno 2012	13	92,5	1619	125,0	18,0
Anno 2011	20	148	4682	234,0	32,0
Anno 2010	30	193	7023	234,1	36,4

Gli interventi sono stati gestiti da un minimo di 3 a un massimo di 9 operatori. Il 100% degli interventi è stato realizzato da tutti gli operatori (pari e professionali), nessuno solo da operatori professionali (come nel 2013). Nel 2012 le percentuali erano rispettivamente 92% e 8%. Nel 2011 le percentuali erano rispettivamente 65% e 35%. Nel 2010 le percentuali erano rispettivamente 87% e 13%.

Nel 2014 sono stati programmati ed effettuati 7 interventi, in 2 locali diversi ma in 3 eventi differenti. Nel 2013 sono stati programmati 12 interventi ed effettuati 10, in 3 locali diversi ma in 4 eventi diversi. Quest'anno sono state fatte 6 Chill Out, un banchetto informativo. L'anno precedente sono state fatte solo Chill Out alcune accompagnate da PSF.

Tab. 2.3.2 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Interventi, contatti e colloqui

EVENTI e/o LOCALI	LUOGHI	Interventi		Stima contatti		Colloqui		% colloqui su n° contatti
		N°	%	N°	%	N°	%	
Drum&bass Pop Corn	Marghera	1	14,3	16	3,0	10	10,5	62,5
Tekhno Pop Corn	Marghera	1	14,3	18	3,4	12	0,0	66,7
AltaVoz Rivolta	Marghera	5	71,4	500	93,6	73	76,8	14,6
TOTALE COMPLESSIVO		7	100,0	534	100,0	95	87,4	17,8

Ci sono inoltre: 1 intervento al Lee Cooper (aperitivo con banchetto informativo) e 1 intervento al parco della Bissuola. Nel 2013: 2 interventi effettuati nell'ambito della campagna HIV e 1 intervento effettuato nell'ambito del progetto Candiani Forum. Tutti con banchetto informativo.

Tab. 2.3.3 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Persone per sesso

SESSO	N°	%
M	11	78,6
F	3	21,4
TOTALE	14	100,0

Tab. 2.3.4 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Persone per fascia d'età

ETA'	N°	%
15/25	12	85,7
> 25	2	14,3
TOTALE	14	100,0

Nel 2014 sono state soccorse 14 persone per crisi o malori, che sono il 65% in meno rispetto il 2013. Nel 2013 sono state soccorse 40 persone per crisi o malori, che sono il 30% in più rispetto al 2012. Nel 2012 sono state soccorse 28 persone per crisi o malori, il 51% in meno rispetto l'anno precedente (55 persone).

Tab. 2.3.5 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Persone per sostanze dichiarate

SOSTANZE **	N°	%
MDMA	2	14,3
Alcol e MDMA	3	21,4
Alcol e ketamina	1	7,1
Alcol	6	42,9
Non rilevato	2	14,3
TOTALE	14	100,0
** Sono le sostanze che le persone (o gli amici) riportano di aver assunto.		

Tab. 2.3.6 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Collaborazione con personale sanitario

COLLABORAZIONI CON PERSONALE SANITARIO *	N°	%
SI	5	71,4
NO	2	28,6
TOTALE	7	100,0
* Croce Azzurra		

Tab. 2.3.7 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Totale persone soccorse per anno

SESSO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTALE	%
M	5	23	49	43	16	28	11	175	69,7
F	3	14	20	12	12	12	3	76	30,3
TOTALE	8	37	69	55	28	40	14	251	100,0

Tab. 2.3.8 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Totale persone soccorse per fascia d'età

ETA'	N°	%
15/25	225	89,6
> 25	26	10,4
TOTALE	251	100,0

Tab. 2.3.9 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Totale persone soccorse per esito

ESITO	N°	%
Positivo	233	92,8
Negativo	8	3,2
Non si sa	10	4,0
TOTALE	251	100,0

Tab. 2.3.10 – Attività Unità di Strada Tips & Tricks – Totale persone soccorse per sostanza dichiarata

SOSTANZE	N°	%
Alcol	106,0	42,2
Alcol e mdma	30,0	12,0
Alcol e cannabinoidi	29,0	11,6
Cannabis	2,0	0,8
Alcol, coca e Md	1,0	0,4
Alcol e cocaina	1,0	0,4
Ketamina	14,0	5,6
Ketamina e cocaina	1,0	0,4
Mix (3 o più sostanze)	13,0	5,2
Mdma	24,0	9,6
Mdma e ketamina	1,0	0,4
Mdma, alcol e cannabis	4,0	1,6
Mdma e cannabis	1,0	0,4
Alcol e ketamina	10,0	4,0
Eroina	1,0	0,4
Lsd	2,0	0,8
Non chiaro	11,0	4,4
TOTALE	251,0	100,0

3. Gli utenti in carico ai due Servizi

3.1. Tossicodipendenti adulti a Mestre

(A cura di Enrica Milan¹⁰)

3.1.1. L'attività svolta nel 2014

Il Servizio che si occupa di Dipendenze (Ser.D) nel territorio veneziano negli anni si è strutturato in équipe multiprofessionali suddivise per utenti: due équipe che si occupano di Dipendenti da Sostanze e Farmaci (una per i giovani sotto i 25 anni e una per quelli sopra i 25 anni); una che si occupa di Gioco D'Azzardo Patologico (GAP) ed una che si occupa degli utenti con problemi alcol correlati. Lo scopo è stato quello di individuare, per ogni tipologia di problema, i trattamenti più adeguati da erogare in sinergia con i servizi del territorio, pubblici e privati.

Le équipe sono formate da operatori esperti (medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, assistenti sanitari e operatori socio-sanitari) ed hanno il compito di fornire interventi di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento nei confronti di persone a rischio o con disturbi legati alla dipendenza patologica.

Il Servizio accoglie utenti e familiari direttamente, senza alcuna impegnativa da parte del medico di medicina generale, mantenendo la riservatezza e, volendo, anche l'anonimato; l'accesso è gratuito. Nell'ambito delle tossicodipendenze si effettuano interventi di valutazione e di trattamento:

¹⁰ Medico chirurgo, specialista in Psichiatria, Responsabile UOS Area Integrazione, Ser.D. - Terraferma Veneziana

- valutazione clinica, socio sanitaria e psicologica dello stato di dipendenza;
- controlli clinici e di laboratorio per l'accertamento dello stato di dipendenza;
- trattamenti psicologici individuali, familiari e di gruppo;
- terapie farmacologiche e psicofarmacologiche;
- programmi socio-educativi;
- predisposizione di programmi terapeutici comunitari residenziali e semiresidenziali e monitoraggio degli stessi;
- raccordo con Prefettura, Istituti Penali e Tribunali;
- rilevazione epidemiologica e ricerca.

Più in particolare, per ciò che riguarda gli utenti tossicodipendenti adulti (con età > 25 anni), il primo contatto del paziente e/o dei familiari che afferiscono al Ser.D avviene con gli infermieri, allo sportello o al telefono.

Gli infermieri hanno il compito di ascolto e accoglimento della richiesta dell'utenza, di raccolta delle prime informazioni, di orientamento ed eventuale contenimento della richiesta stessa; prendono l'appuntamento con l'educatore o l'assistente sociale che farà il colloquio d'accoglienza.

Il colloquio d'accoglienza consiste nell'ascolto e nella decodifica della richiesta del paziente: si raccolgono i dati anamnestici, si valuta il bisogno dell'utente, la motivazione alla cura, le risorse attivabili, il funzionamento complessivo psicosociale e relazionale, e si decide quindi l'invio all'operatore specifico (medico, assistente sociale, educatore, psicologo); se il bisogno dell'utente ha caratteristiche di urgenza medica verrà visto subito da un medico.

I medici effettuano la presa in carico clinica e farmacologia del paziente; se necessita, collaborano con eventuali altre figure di riferimento (medico di medicina generale, infettivologo, ginecologo, ostetrica, pediatra, neuropsichiatra, ecc).

L'assistente sociale valuta le risorse della rete sociale della persona; il livello di compromissione dell'utente; la capacità di adattamento alle regole del servizio. Si occupa del volontariato sociale e tiene le relazioni con i servizi sociali del comune, della psichiatria, delle strutture terapeutiche.

Gli educatori al Ser.D fanno la prima accoglienza; danno informazioni al paziente sul funzionamento del Servizio; in alcuni casi affiancano lo psicologo in gruppi di psicoterapia. In particolare seguono il paziente nella sua quotidianità, nell'organizzazione del tempo libero, monitorandone la tenuta e rinforzandola se necessario rispetto al programma di cura multidisciplinare in atto, fornendo sostegno anche nella ricerca lavorativa e nell'eventuale inserimento nel mondo del lavoro.

Gli psicologi effettuano attività di: valutazione, orientamento e supporto psicologico; psicoterapia individuale; psicoterapia di gruppo; test psicodiagnostici.

La valutazione diagnostica del paziente ed il programma terapeutico vengono effettuati dall'équipe multiprofessionale, che si riunisce settimanalmente per trattare i casi clinici, e concordati/condivisi con l'utente stesso.

I programmi terapeutici possono essere di tipo ambulatoriale, comunitario semiresidenziale, comunitario residenziale.

I programmi di tipo ambulatoriale in genere consistono in:

- somministrazione della terapia farmacologica al Servizio, se l'utente ne abbisogna;
- controlli tossicologici dei metaboliti urinari per le sostanze d'abuso;
- controlli e visite con il medico referente;
- colloqui con lo psicologo, con il quale si concorda una terapia di gruppo o individuale se indicata;
- colloqui concordati con l'assistente sociale, se si ravvisa il bisogno;
- colloqui con l'educatore, se si ravvisano bisogni educativi e/o nodi critici nella tenuta del trattamento.

Con il medico si possono anche decidere, in alcuni casi specifici, disintossicazioni farmacologiche presso strutture convenzionate.

I programmi semiresidenziali vengono effettuati presso la Comunità Diurna del nostro Servizio, sita a Campalto (VE), dove è possibile effettuare programmi terapeutici-riabilitativi di tipo semiresidenziale.

Presso il centro lavorano quattro educatori, un maestro d'arte ed uno psicologo per attività specifiche. Gli educatori solitamente effettuano il colloquio di accoglienza degli utenti, valutandone motivazione e abilità residue; concordano con loro le attività da svolgere durante il giorno (laboratori, attività sportiva, cineforum, gruppi educativi e gruppo di psicoterapia) e si occupano di sostenere ed accompagnare gli utenti lungo il percorso di autonomia ed emancipazione.

Durante le loro attività gli operatori del centro si integrano con l'équipe inviante, i familiari degli utenti, i servizi territoriali pubblici ed il privato sociale, gli infermieri dell'area clinica.

I programmi residenziali vengono effettuati in strutture quasi sempre del territorio con cui vi è una stretta collaborazione.

L'invio dell'utente nelle CT private avviene da parte degli operatori referenti dopo aver condiviso il progetto con il paziente.

Solitamente è l'assistente sociale che contatta il responsabile della CT scelta, descrivendogli il caso. Se il paziente viene inserito in un programma comunitario di recupero viene inviata anche una relazione clinico-sociale condivisa dai referenti del paziente. Quando il paziente ha iniziato il percorso comunitario, gli operatori referenti si raccordano sul caso durante le riunioni d'équipe, con relazioni scritte e telefonate con lo staff della CT, incontri periodici con il paziente e/o con i familiari, con eventuali altri servizi (Comune, U.E.P.E., ecc.).

3.1.2. Gli utenti seguiti nell'anno

L'utenza complessiva del Ser.D., nel corso del 2014, è rimasta pressoché invariata: 698 utenti in carico nel 2013 e 699 nel 2014; sono leggermente aumentati i nuovi utenti (157 nel 2013 e 162 nel 2014, di cui 107 adulti e 55 giovani).

Il nostro servizio prevede due équipe differenti che si occupano degli utenti tossicodipendenti giovani e di quelli adulti.

Su 699 utenti che nell'anno 2014 sono afferiti al Servizio, 570 sono adulti (81.54%), cioè con età superiore ai 25 anni; di questi 107 sono nuovi utenti.

Dei 570 utenti adulti, 499 sono di sesso maschile e 71 di sesso femminile con rapporto maschi/femmine di 1/6, che va a confermare il valore dell'anno precedente e quello nazionale.

Nelle fasce di età più basse (tra i 15 e i 24 anni), seguite dall'altra équipe, la percentuale di pazienti di sesso femminile è maggiore di quella maschile; potrebbe essere che arrivano prima al Servizio per maggiore gravità della dipendenza e/o della psicopatologia, o per una consapevolezza più precoce del problema, o perché compagne di tossicodipendenti adulti già in carico al servizio.

La media di età dei pazienti adulti è di 41.18 anni (minima età rappresentata nel campione è di 26.03 anni, massima di 68.67 anni, con deviazione standard 8.47); con fasce d'età prevalenti tra 40-44 anni e 45-49 anni, a confermare i dati dell'anno precedente e quindi anche la tendenza, rilevata nella Relazione al Parlamento del 2014, alla *cronicizzazione* delle situazioni di tossicodipendenza.

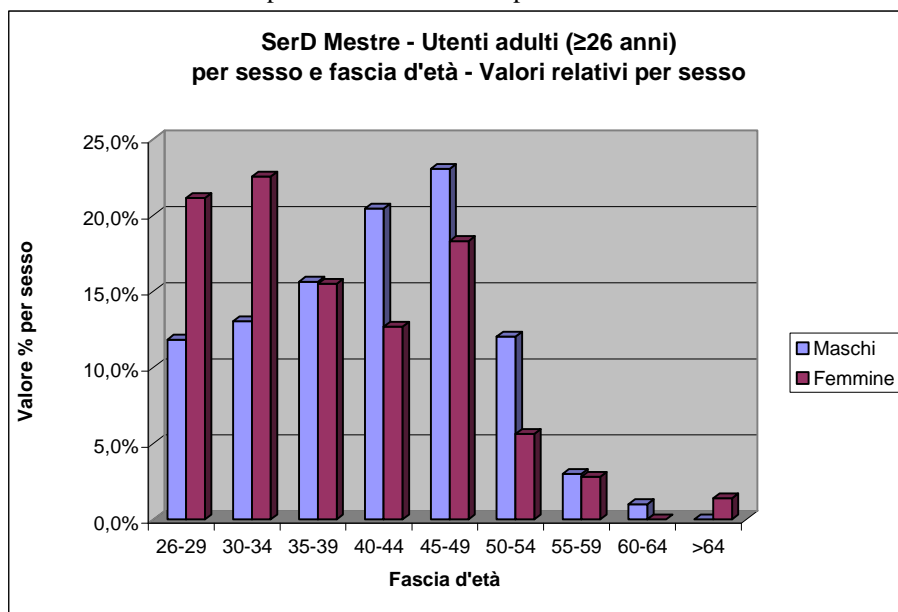
Tab. 3.1.2.1 – Tossicodipendenti adulti Mestre per fascia d'età e sesso

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
26-29	59	15	74
30-34	65	16	81
35-39	78	11	89
40-44	102	9	111
45-49	115	13	128
50-54	60	4	64
55-59	15	2	17
60-64	5	0	5
>64	0	1	1
TOTALE	499	71	570

Tab. 3.1.2.2 – Tossicodipendenti adulti Mestre per fascia d'età e sesso – Nuovi utenti

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
26-29	10	4	14
30-34	18	7	25
35-39	23	2	25
40-44	16	1	17
45-49	15	0	15
50-54	8	0	8
55-59	2	0	2
60-64	0	0	0
>64	0	1	1
TOTALE	92	15	107

Graf. 3.1.2.1 – Tossicodipendenti adulti Mestre per fascia d'età e sesso



La tendenza alla “cronicizzazione” è riferibile da un lato alla patologia stessa “cronica recidivante”, che si riacutizza cioè periodicamente e che costringe gli utenti al Servizio per le cure più volte nell’arco della vita. Le ricadute nell’uso possono avvenire anche dopo mesi o anni di astinenza, con conseguente perdita del lavoro, crisi familiari, abbattimento, senso di sconfitta, depressione, somatizzazioni. Ogni volta la richiesta dell’utente consiste in terapia sostitutiva e psicofarmacologica per affrontare il disagio, sostegno psicologico, sociale e familiare.

Dall’altro lato però, anche il Servizio stesso con molti di questi utenti tende a mantenere l’aggancio e ad accompagnarli a lungo nel percorso di cura, in modo tale da ridurre le ricadute e quindi le ripercussioni cliniche, psicologiche e sociali suddette. In alcuni casi, infatti, per il senso di vergogna e di sconfitta, il paziente allunga il tempo tra la ricaduta e il ritorno al Servizio, aumentando gli “effetti collaterali” dell’uso illegale di sostanze (infezioni, patologie vascolari/trombotiche da iniezione, ricoveri impropri, atti delinquenti, incidenti, perdita del sostegno affettivo ed economico).

L’esperienza clinica e la letteratura ci insegnano che gli esordi precoci di malattia con uso di sostanze già in giovane età, la scarsa scolarizzazione, la familiarità per dipendenza da sostanze, quadri di psicopatologia grave personale e/o familiare, condizioni economiche di povertà, scarso supporto familiare ed affettivo, istituzionalizzazioni precoci, carcere, sono fattori prognostici negativi, che depongono per quadri di dipendenza lunghi e gravi.

Un aggancio al Servizio prolungato quindi, per questo tipo di utenti, può essere utile anche ad evitare continui accessi agli altri servizi del territorio (pronto soccorso, ospedale, distretti, case di cura, dormitori, servizi psichiatrici); per ridurre la trasmissione di malattie infettive come HIV e HCV; per diminuire gli atti delinquenti e il carcere.

Dei 570 utenti più della metà risultano senza un compagno: 268 celibi/nubili; 41 hanno perso il compagno (4 vedovi, 8 separati, 29 divorziati); questi utenti solitamente rimangono a vivere a lungo in famiglia d’origine aumentandone le tensioni e le difficoltà; solo un terzo degli utenti infatti risulta avere una occupazione, che spesso è occasionale e non permette quindi una continuità ed una autonomia economica; alcuni hanno la pensione minima di invalidità (HIV, Patologia fisica e/o psichica grave), ma vivono comunque in famiglia; quest’ultima consiste spesso, soprattutto per gli utenti più vecchi, in un genitore unico molto anziano, da accudire a sua volta.

Tab. 3.1.2.3 – Tossicodipendenti adulti Mestre per macroarea di residenza e sesso

Macroarea di residenza	Sesso		Totale
	M	F	
Comune ULSS 12	360	50	410
Provincia di Venezia	44	8	52
Regione Veneto	28	6	34
Fuori regione	67	7	74
TOTALE	499	71	570

Tab. 3.1.2.4 – Tossicodipendenti adulti Mestre per provenienza e sesso

Provenienza (Ulss del Veneto)	Sesso		Totale	Provenienza (altre Regioni)	Sesso		Totale
	M	F			M	F	
ULSS N. 1 BELLUNO	0	1	1	Piemonte	4	1	5
ULSS N. 2 FELTRE (BL)	1	0	1	Lombardia	1	0	1
ULSS N. 4 ALTO VICENTINO	1	0	1	P.A. Bolzano	0	1	1
ULSS N. 5 OVEST VICENTINO	1	0	1	Friuli Venezia Giulia	3	0	3
ULSS N. 6 VICENZA	3	0	3	Liguria	3	0	3
ULSS N. 7 PIEVE DI SOLIGO	2	1	3	Emilia-Romagna	1	0	1
ULSS N. 8 ASOLO	1	0	1	Toscana	7	2	9
ULSS N. 9 TREVISO	9	1	10	Umbria	2	0	2
ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE	15	2	17	Marche	1	1	2
ULSS N. 12 VENEZIANA	360	50	410	Lazio	1	1	2
ULSS N. 13 MIRANO	27	6	33	Abruzzo	14	0	14
ULSS N. 14 CHIOGGIA	2	0	2	Molise	2	0	2
ULSS N. 16 PADOVA	2	0	2	Campania	4	0	4
ULSS N. 17 MONSELICE	3	0	3	Puglia	13	1	14
ULSS N. 20 VERONA	3	1	4	Basilicata	1	0	1
ULSS N. 21 LEGNAGO	1	0	1	Calabria	3	0	3
ULSS N. 22 BUSSOLENGO	1	2	3	Sicilia	6	0	6
TOTALE	432	64	496	Sardegna	1	0	1
				TOTALE	67	7	74

Tab. 3.1.2.5 – Tossicodipendenti adulti Mestre per nazionalità/cittadinanza e sesso

Nazionalità / cittadinanza	Sesso		Totale
	M	F	
Italia	481	68	549
Cittadini Comunitari			
Repubblica Ceca	0	1	1
Romania	4	0	4
Cittadini Extra - comunitari			
Afghanistan	1	0	1
Albania	1	0	1
Sri Lanka	1	0	1
Georgia	1	0	1
Moldavia	1	0	1
Marocco	2	0	2
Perù	0	1	1
Tunisia	3	0	3
Ucraina	3	0	3
Egitto	1	0	1
Serbia e Montenegro	0	1	1
TOTALE	499	71	570

Attualmente la maggior parte dei nostri utenti (96.3%) sono di nazionalità/cittadinanza italiana; 0.87% i cittadini comunitari; 2.8% quelli extra-comunitari.

Quando si presentano al Servizio utenti con cittadinanza non italiana, possono essere in possesso di tessere sanitarie diverse da quella ordinaria.

Gli utenti provenienti da paesi appartenenti all'U.E., assistiti dal sistema sanitario del loro Paese, presentano tessera sanitaria TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia).

Gli utenti con cittadinanza relativa a paesi appartenenti alla U.E., ma non iscritti al servizio sanitario nazionale del loro Paese né all'anagrafe comunale veneziana, ed in condizione di indigenza e fragilità sociale, hanno diritto alla tessera sanitaria ENI (Europeo Non Iscritto) rilasciata dal distretto, con validità di un anno, rinnovabile.

Nel caso in cui invece gli utenti provengano da paesi non appartenenti all'U.E., e non siano in regola con le norme relative all'ingresso e/o al soggiorno in Italia, hanno diritto alla tessera sanitaria S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente), con validità di un anno, rinnovabile.

Può succedere che le ultime 2 tipologie di utenti si presentino al SerD senza aver alcuna tessera sanitaria attivata. Si invita quindi il potenziale paziente a recarsi in distretto con attestazione di necessità di cura per Disturbi Correlati a Sostanze. In questo modo potrà ottenere la tessera STP che gli permette di accedere alle cure. In caso di evidente inabilità socio-relazionale, si può richiedere il supporto dei Servizi del Comune (Riduzione del Danno) per un accompagnamento al rilascio di tale documento sanitario.

Attualmente gli utenti stranieri in carico hanno per la maggior parte tessere sanitarie ordinarie e quindi rientrano nella tipologia di trattamenti e percorsi di cura dei residenti nell'Ulss 12. Solo una minoranza ha tessere tipo STP ed ENI, le TEAM sono ancora più rare. Per questa tipologia di pazienti i trattamenti attualmente in atto sono di natura esclusivamente farmacologica, tesi alla prevenzione dell'astinenza e alla disintossicazione dall'uso di sostanze: le caratteristiche di questi soggetti non sembrano permettere di andare oltre nella multidisciplinarietà della cura prevista per i dipendenti da sostanze. La debole o inesistente rete socio-familiare e la precarietà delle condizioni abitative ed economiche ostacolano la continuità della cura perché possa esitare in un effettivo cambiamento e affrancamento dall'uso di sostanze.

Tab. 3.1.2.6 – Tossicodipendenti adulti Mestre per stato civile e sesso

Stato civile	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno (celibe/nubile)	245	23	268
Coniugato	33	10	43
Convivente	14	2	16
Separato-a	6	2	8
Divorziato-a	23	6	29
Vedovo-a	3	1	4
Non riferito	96	11	107
Non noto	79	16	95
TOTALE	499	71	570

Tab. 3.1.2.7 – Tossicodipendenti adulti Mestre per scolarità e sesso

Scolarità	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno	1	0	1
Licenza elementare	37	2	39
Scuola media inferiore	200	25	225
Scuola professionale 2-3 anni	28	4	32
Diploma di maturità	48	10	58
Diploma universitario	1	0	1
Laurea	6	0	6
Non risulta / non risponde	178	30	208
TOTALE	499	71	570

Anche la scolarità permane bassa: hanno conseguito un diploma di scuola media solo il 39.47%; il 5.6% ha conseguito un diploma di scuola professionale; il 10.1% il diploma di maturità; 1.0% la laurea.

Questo ha spinto il Servizio, negli ultimi anni, a potenziare l'attività degli educatori in progetti riabilitativi che prevedano sia corsi di alfabetizzazione, per dare l'opportunità a tutti di leggere e scrivere, sia spazi per la compilazione di un curriculum professionale da inviare alle agenzie del territorio, sia corsi di base per l'utilizzo dei PC e dei programmi di maggiore utilità, oltre che alle attività di laboratorio pratico manuale.

L'assistente sociale e/o l'educatore selezionano e preparano l'utente per un invio presso Cooperative Sociali, tirocini lavorativi, corsi di formazione professionale, laboratori propedeutici al lavoro, SIL, agenzie interinali; collaborano in questi casi con gli operatori dei vari servizi attraverso relazioni, colloqui, visite d'accompagnamento, riunioni interservizi.

Tab. 3.1.2.8 – Tossicodipendenti adulti Mestre per condizione professionale e sesso

Condizione professionale	Sesso		Totale
	M	F	
Studente	10	1	11
Occupato stab. Indipendente	108	8	116
Occupato saltuariamente	50	11	61
Disoccupato/a	129	19	148
In condizione non profession.	1	1	2
Dipendente	11	1	12
Non rilevata	143	24	167
Altro	46	6	52
Casalingo/a	1	0	1
TOTALE	499	71	570

Tab. 3.1.2.9 – Tossicodipendenti adulti Mestre per fonte d'invio e sesso

Fonte d'invio	Sesso		Totale
	M	F	
Altri reparti ospedalieri	6	0	6
Altri servizi della ULSS	3	1	4
Altri servizi pubblici non ULSS 12	6	0	6
Altro	38	7	45
Altro SerT	142	25	167
Carcere	13	1	14
Familiari	2	0	2
Magistratura	6	2	8
Medico di base	21	2	23
Non rilevato/sconosciuto	1	0	1
Pronto soccorso	4	0	4
Segnalazione Prefettura art. 75-121	20	2	22
Spontaneo	233	30	263
Unità di strada	4	1	5
TOTALE	499	71	570

La sostanza per cui più frequentemente gli utenti chiedono aiuto al nostro Servizio è l'eroina (79.47%); solo nel 9.1% è la cocaina come unica sostanza d'abuso o la cannabis (4.0%) che resta comunque, confermando i dati degli anni precedenti, la sostanza prevalente d'iniziazione per i nostri utenti; le sostanze d'abuso secondarie invece sono soprattutto: l'alcol (34.01%), la cocaina (23.4%) e la cannabis (18.29%).

Tab. 3.1.2.10 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza d'iniziazione e sesso

Sostanza d'iniziazione	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	19	5	24
Altri ipnotici e sedativi	1	0	1
Altri oppiacei	4	0	4
Altro	4	2	6
Benzodiazepine	0	1	1
Cannabinoidi	124	16	140
Cocaina	8	0	8
Ecstasy e analoghi	6	0	6
Eroina	14	2	16
Non risulta/non risponde	319	45	364
TOTALE	499	71	570

Tab. 3.1.2.11 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza primaria d'abuso e sesso

Sostanza primaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	9	2	11
Altri ipnotici e sedativi	3	1	4
Altri oppiacei	10	2	12
Altro	4	1	5
Benzodiazepine	1	2	3
Cannabinoidi	19	4	23
Cocaina	45	7	52
Ecstasy e analoghi	2	0	2
Eroina	402	51	453
Metadone (da strada)	3	1	4
Metadone (da trattamento)	1	0	1
TOTALE	499	71	570

Tab. 3.1.2.12 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Frequenze

Sostanza primaria	Fascia d'età										Totale
	26-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64		
Alcol	0	2	2	1	3	1	1	0	1	11	
Altri ipnotici e sedativi	0	0	2	1	1	0	0	0	0	4	
Altri oppiacei	0	3	0	3	5	1	0	0	0	12	
Altro	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5	
Benzodiazepine	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	
Cannabinoidi	5	6	5	6	0	1	0	0	0	23	
Cocaina	6	7	17	11	8	3	0	0	0	52	
Ecstasy e analoghi	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	
Eroina	61	61	60	88	107	56	15	5	0	453	
Metadone (da strada)	1	0	0	0	1	2	0	0	0	4	
Metadone (da trattamento)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
TOTALE	74	81	89	111	128	64	17	5	1	570	

Tab. 3.1.2.13 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza primaria d’abuso e fascia d’età – Valori relativi per fascia d’età

Sostanza primaria	Fascia d'età								
	26-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64
Alcol	0,0%	2,5%	2,2%	0,9%	2,3%	1,6%	5,9%	0,0%	100%
Altri ipnotici e sedativi	0,0%	0,0%	2,2%	0,9%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altri oppiacei	0,0%	3,7%	0,0%	2,7%	3,9%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Altro	0,0%	1,2%	1,1%	0,9%	0,8%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%
Benzodiazepine	1,4%	1,2%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	6,8%	7,4%	5,6%	5,4%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Cocaina	8,1%	8,6%	19,1%	9,9%	6,3%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Ecstasy e analoghi	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Eroina	82,4%	75,3%	67,4%	79,3%	83,6%	87,5%	88,2%	100%	0,0%
Metadone (da strada)	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Metadone (da trattamento)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

La cannabis come sostanza d’abuso primaria caratterizza di più le fasce di giovani tra i 15 e i 24 anni; la cocaina ha un maggior utilizzo tra i 35-39 anni; l’eroina ha un utilizzo importante a partire dai 20 anni, dove probabilmente comincia ad instaurarsi la dipendenza e la richiesta d’aiuto al Servizio.

L’eroina ha una lieve flessione d’utilizzo tra i 35 e i 40 anni, momento in cui abbiamo notato che i nostri utenti chiedono un maggior numero di interventi da parte di tutte le figure professionali dell’équipe. Aumentano infatti le richieste di disintossicazione dall’alcol e dalle sostanze presso case di cura, strutture ospedaliere, comunità residenziali; aumentano le richieste di controlli sanitari per malattie infettive, cure dentarie, malattie cardiovascolari; aumentano le richieste d’aiuto per la ricerca lavoro; come se fosse la fascia di età in cui la dipendenza ormai connotata di tutti gli aspetti più negativi (emarginazione, perdite, malattie, degrado, carcerazioni, disoccupazione) lasciasse posto al desiderio da parte degli utenti di “chiudere definitivamente” con le sostanze. Questo desiderio alcune volte è accompagnato da forte motivazione ed inizia un percorso realistico verso la dimissione; altre volte può non essere risolutivo per gli utenti che per i terapeuti, percorsi in strutture sanitarie e comunitarie rimodulabili e ripetibili nel tempo.

Tab. 3.1.2.14 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza secondaria d’abuso e sesso

Sostanza secondaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	163	36	199
Allucinogeni	8	7	15
Altri allucinogeni	3	0	3
Altri ipnotici e sedativi	12	0	12
Altri oppiacei	9	2	11
Amfetamine	8	0	8
Benzodiazepine	24	0	24
Cannabinoidi	92	15	107
Cocaina	115	22	137
Crack	0	3	3
Ecstasy e analoghi	32	5	37
Inalanti/volatili	8	0	8
Metadone (da strada)	14	3	17
Metadone (da trattamento)	4	0	4
TOTALE	492	93	585

Tab. 3.1.2.15 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza secondaria d’abuso e fascia d’età – Frequenze

Sostanza secondaria	Fascia d'età								Totale
	26-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	
Alcol	1	39	36	48	59	12	0	4	199
Allucinogeni	0	0	0	0	8	7	0	0	15
Altri allucinogeni	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Altri ipnotici e sedativi	0	0	0	4	4	0	0	4	12
Altri oppiacei	0	11	0	0	0	0	0	0	11
Amfetamine	4	4	0	0	0	0	0	0	8
Benzodiazepine	0	8	8	0	8	0	0	0	24
Cannabinoidi	13	39	8	19	21	7	0	0	107
Cocaina	19	39	14	28	18	19	0	0	137
Crack	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Ecstasy e analoghi	5	10	4	6	12	0	0	0	37
Inalanti/volatili	0	0	0	0	8	0	0	0	8
Metadone (da strada)	7	1	1	0	8	0	0	0	17
Metadone (da trattamento)	0	4	0	0	0	0	0	0	4
TOTALE	52	158	71	105	146	45	0	8	585

Tab. 3.1.2.16 – Tossicodipendenti adulti Mestre per sostanza secondaria d’abuso e fascia d’età – Valori relativi per fascia d’età

Sostanza secondaria	Fascia d'età							
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Alcol	1,9%	24,7%	50,7%	45,7%	40,4%	26,7%	0,0%	50,0%
Allucinogeni	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	15,6%	0,0%	0,0%
Altri allucinogeni	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altri ipnotici e sedativi	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	2,7%	0,0%	0,0%	50,0%
Altri oppiacei	0,0%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Amfetamine	7,7%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Benzodiazepine	0,0%	5,1%	11,3%	0,0%	5,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	25,0%	24,7%	11,3%	18,1%	14,4%	15,6%	0,0%	0,0%
Cocaina	36,5%	24,7%	19,7%	26,7%	12,3%	42,2%	0,0%	0,0%
Crack	5,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ecstasy e analoghi	9,6%	6,3%	5,6%	5,7%	8,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Inalanti/volatili	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Metadone (da strada)	13,5%	0,6%	1,4%	0,0%	5,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Metadone (da trattamento)	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0,0%	100%

3.2. Tossicodipendenti adulti a Venezia

3.2.1. L'attività svolta nel 2014

Il Ser.D. di Venezia Centro Storico è un Servizio Pubblico che fa parte del Dipartimento Funzionale delle Dipendenze comprendente Servizi Pubblici e Privati.

Ha il compito di fornire interventi di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento di persone con disturbi legati alla dipendenza patologica (farmaco-tossicodipendenze e alcolodipendenze) e ai loro familiari. All'interno del servizio opera un'équipe di operatori esperti nell'ambito delle dipendenze: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri e assistenti sanitarie, che possono fornire risposte specialistiche adeguate alle diverse necessità.

Tra i compiti specifici del Ser.D. rientra la presa in carico e la valutazione diagnostica dell'utente per l'individuazione dei trattamenti più adeguati che possono essere erogati dal sistema dei servizi del territorio, pubblici e privati.

L'accesso è gratuito e può avvenire direttamente, negli orari di apertura al pubblico, o su appuntamento telefonico. È garantita la completa riservatezza e può essere richiesto l'anonimato. Il servizio è gratuito e non serve impegnativa del medico di medicina generale.

Possono rivolgersi al Servizio, per informazioni o per presa in carico, gli interessati, i familiari, gli insegnanti, i volontari o altre persone a conoscenza del caso.

Interventi di prevenzione delle dipendenze

L'attività di prevenzione, che fa riferimento alla Sezione Giovani ha la finalità di contribuire ad aumentare la percezione del rischio connesso al consumo di sostanze psicoattive e di stimolare un atteggiamento critico e consapevole quando ci si espone a un comportamento rischioso. Una particolare attenzione viene rivolta alla scuola.

Principali prestazioni, effettuate dalla Sezione Giovani, sono:

- ✓ interventi di prevenzione universale, in collaborazione con Polo Adolescenti, rivolto a studenti delle prime e seconde superiori del Centro Storico ed estuario;
- ✓ interventi di prevenzione indicata e selettiva rivolto a studenti ed insegnanti dei Centri ed istituti di Formazione Professionale del Centro Storico;
- ✓ Consulenze ad operatori di altri Servizi;
- ✓ Gestione del progetto "Giovani e genitori", che offre degli spazi specifici dedicati agli utenti più giovani, che usano o abusano o sono dipendenti da sostanze psicotrope, e ai loro genitori.

Interventi per adulti Farmaco-Tossicodipendenti – Sono costituiti da:

- ✓ valutazione clinica, socio sanitaria e psicologica dello stato di tossicodipendenza;
- ✓ controlli clinici e di laboratorio per l'accertamento dello stato di tossicodipendenza;
- ✓ trattamenti psicologici individuali, familiari e di gruppo;
- ✓ terapie farmacologiche e psicofarmacologiche;
- ✓ programmi socio-educativi;
- ✓ predisposizione di programmi terapeutici comunitari residenziali e semiresidenziali e monitoraggio degli stessi;
- ✓ raccordo con Prefettura, Istituti Penali e Tribunali.

Interventi per Alcoldipendenti – Sono costituiti da:

- ✓ valutazione clinica, socio sanitaria e psicologica dello stato di alcol dipendenza;
- ✓ controlli clinici e di laboratorio;
- ✓ terapie farmacologiche e psicofarmacologiche;
- ✓ counseling individuale e familiare;
- ✓ collegamento con il Medico di Medicina Generale;
- ✓ accompagnamento e inserimento nei Gruppi di auto-aiuto del territorio (Club Alcolisti in Trattamento – CAT e Alcolisti Anonimi - A.A.);
- ✓ predisposizione di programmi terapeutici comunitari residenziali e semiresidenziali e monitoraggio degli stessi

Dipendenti detenuti - Interventi in Ambito Penitenziario – Sono effettuati in raccordo con la U.O. "Sanità Penitenziaria" e sono costituiti da:

- ✓ Valutazione medica, diagnosi e predisposizione di terapie farmacologiche;
- ✓ Valutazione e diagnosi psicologica;
- ✓ Supporto psicologico;
- ✓ Interventi di assistenza sociale volta al sostegno e all'individuazione di programmi socio-riabilitativi in alternativa alla detenzione e/o post-carcerazione;
- ✓ Collaborazione con il Ser.D. di appartenenza dell'utente, con l'équipe trattamentale degli Istituti Penali, con l'Ufficio Esecuzioni Penale Esterna, con le Comunità Terapeutiche e con Servizio Promozione Inclusione Sociale del Comune di Venezia;
- ✓ Raccordo con le Direzioni degli Istituti Penali.

3.2.2. Gli utenti seguiti nell'anno

I tossicodipendenti adulti in trattamento presso il Ser.D. di Venezia nel 2014 sono stati 366; sommati agli 89 giovani (vd. oltre), nel corso dell'anno gli utenti in trattamento sono stati 455, con un aumento di 19 utenti (+4.36%) rispetto al 2013 (anno in cui i dati di giovani e adulti confluivano in un'unica rilevazione). Tra gli adulti, l'età minima rilevata è stata di 26.0 anni al 31/12/2014, la massima di 64.9, l'età media di 41.4 anni con una deviazione standard di 8.9; il rapporto F/M è di 1/4.9, in aumento rispetto al 2013 (1/3.8).

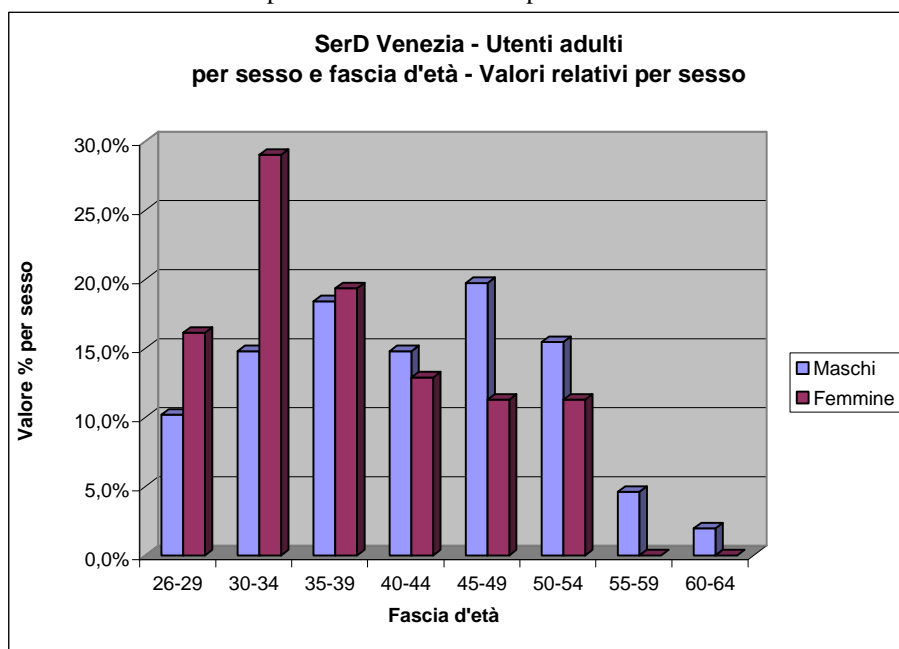
Tab. 3.2.2.1 – Tossicodipendenti adulti Venezia per fascia d'età e sesso

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
26-29	31	10	41
30-34	45	18	63
35-39	56	12	68
40-44	45	8	53
45-49	60	7	67
50-54	47	7	54
55-59	14	0	14
60-64	6	0	6
TOTALE	304	62	366

Tab. 3.2.2.2 – Tossicodipendenti adulti Venezia per fascia d'età e sesso – Nuovi utenti

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
26-29	8	3	11
30-34	7	2	9
35-39	5	2	7
40-44	4	0	4
45-49	2	0	2
50-54	2	0	2
55-59	0	0	0
60-64	1	0	1
TOTALE	29	7	36

Graf. 3.2.2.1 – Tossicodipendenti adulti Venezia per fascia d'età e sesso



I “nuovi utenti” (“soggetti nuovi assoluti ammessi”, persone che per la prima volta sono state prese in carico dal Servizio) rappresentano il 10% degli adulti seguiti complessivamente nell’anno; più della metà è costituito da persone di età inferiore ai 35 anni (20 su 36), più rappresentate le donne (20%) rispetto alla popolazione complessiva degli adulti in trattamento nell’anno (16.9%); costituiscono il 4% dei nuovi utenti tossicodipendenti dell’anno.

Spiccata la provenienza territoriale degli utenti in trattamento: l’86.9% risiede nel territorio di competenza dell’Ulss 12, il 4.6% in Regione Veneto ed il 5.7% fuori Regione. Si tratta, in questi casi, di persone che affluiscono a Venezia per motivi turistici, di lavoro o per seguire un programma residenziale in Comunità Terapeutica.

Tab. 3.2.2.3. – Tossicodipendenti adulti Venezia per macroarea di residenza e sesso

Residenza	Sesso		Totale
	M	F	
Comune ULSS 12	272	46	318
Provincia di Venezia	6	4	10
Regione Veneto	9	8	17
Fuori regione	17	4	21
TOTALE	304	62	366

Tab. 3.2.2.4. – Tossicodipendenti adulti Venezia per provenienza e sesso

Provenienza (Ulss del Veneto)	Sesso		Totale	Provenienza (altre Regioni)	Sesso		Totale
	M	F			M	F	
ULSS N. 1 BELLUNO	0	1	1	Piemonte	2	1	3
ULSS N. 4 ALTO VICENTINO	0	2	2	Lombardia	1	0	1
ULSS N. 5 OVEST VICENTINO	1	0	1	P.A. Bolzano	0	1	1
ULSS N. 6 VICENZA	3	1	4	P.A. Trento	1	0	1
ULSS N. 7 PIEVE DI SOLIGO	1	2	3	Friuli Venezia Giulia	2	1	3
ULSS N. 9 TREVISO	3	0	3	Marche	1	0	1
ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE	1	0	1	Lazio	1	0	1
ULSS N. 12 VENEZIANA	272	46	318	Abruzzo	4	0	4
ULSS N. 13 MIRANO	4	2	6	Campania	2	0	2
ULSS N. 14 CHIOGGIA	1	2	3	Puglia	1	0	1
ULSS N. 15 ALTA PADOVANA	0	1	1	Sicilia	1	0	1
ULSS N. 16 PADOVA	1	1	2	Sardegna	0	1	1
TOTALE	287	58	345	Non risulta / Non risp.	1	0	1
				TOTALE	17	4	21

Quasi assenti gli assistiti di nazionalità straniera: un cittadino comunitario e due cittadini extracomunitari (una donna australiana ed un uomo iracheno).

Tab. 3.2.2.5.– Tossicodipendenti adulti Venezia per nazionalità/cittadinanza e sesso

Nazionalità / cittadinanza	Sesso		Totale
	M	F	
Italia	302	61	363
Cittadini Comunitari			
Romania	1	0	1
Cittadini Extra - comunitari			
Australia	0	1	1
Iraq	1	0	1
TOTALE	304	62	366

L'esame delle principali caratteristiche socio-demografiche evidenzia: un'elevata prevalenza della bassa scolarizzazione (il 73.7% dei casi noti ha conseguito al massimo la terza media e solo l'1.8% la laurea); il 41% degli utenti per i quali il dato è disponibile sono disoccupati. Il 12% degli utenti si è rivolto al Servizio per iniziativa autonoma e volontaria.

Tab. 3.2.2.6. – Tossicodipendenti adulti Venezia per stato civile e sesso

Stato civile	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno (celibe/nubile)	160	30	190
Coniugato	38	9	47
Convivente	28	6	34
Separato-a	29	5	34
Divorziato-a	23	6	29
Vedovo-a	3	3	6
Non riferito	10	2	12
Non noto	13	1	14
TOTALE	304	62	366

Tab. 3.2.2.7. – Tossicodipendenti adulti Venezia per scolarità e sesso

Scolarità	Sesso		Totale
	M	F	
Licenza elementare	29	1	30
Scuola media inferiore	189	28	217
Scuola professionale 2-3 anni	16	8	24
Diploma di maturità	39	17	56
Diploma universitario	2	0	2
Laurea	4	2	6
Non risulta / non risponde	25	6	31
TOTALE	304	62	366

Tab. 3.2.2.8. – Tossicodipendenti adulti Venezia per condizione professionale e sesso

Condizione professionale	Sesso		Totali
	M	F	
Studente	2	0	2
Occupato stab. Indipendente	43	4	47
Occupato saltuariamente	48	7	55
Disoccupato/a	113	29	142
In condizione non professionale	4	6	10
Dipendente	68	9	77
Non rilevata	17	3	20
Altro	9	3	12
Casalingo/a	0	1	1
TOTALE	304	62	366

Tab. 3.2.2.9. – Tossicodipendenti adulti Venezia per fonte d'invio e sesso

Fonte d'invio	Sesso		Totali
	M	F	
Altri reparti ospedalieri	5	0	5
Altri servizi della ULSS	5	1	6
Altri servizi pubblici non della ULSS	3	0	3
Altro	198	36	234
Altro SerT	43	18	61
Carcere	2	0	2
Familiari	1	0	1
Magistratura	2	0	2
Medico di base	0	1	1
Non rilevato/sconosciuto	2	2	4
Segnalazione Prefettura art. 75-121	3	0	3
Spontaneo	40	4	44
TOTALE	304	62	366

La prima sostanza stupefacente utilizzata in vita (“sostanza d’iniziazione”) è costituita, per il 41.8% dei casi noti, dai cannabinoidi, seguiti dall’alcol (32.0%).

Tab. 3.2.2.10. – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza d’iniziazione e sesso

Sostanza d'iniziazione	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	84	11	95
Altri oppiacei	0	1	1
Altro	41	10	51
Amfetamine	1	0	1
Cannabinoidi	100	24	124
Cocaina	6	1	7
Eroina	2	1	3
Inalanti/volatili	11	2	13
LSD	1	1	2
Non risulta/non risponde	58	11	69
TOTALE	304	62	366

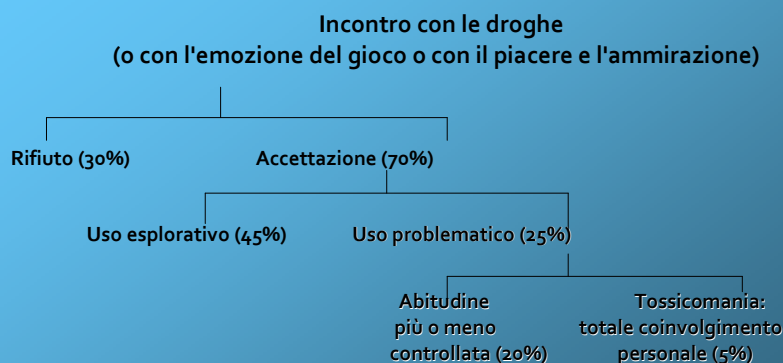
Tab. 3.2.2.11. – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza primaria d’abuso e sesso

Sostanza primaria	Sesso		Totale
	M	F	
Altri ipnotici e sedativi	2	0	2
Altri oppiacei	6	1	7
Altro	6	0	6
Amfetamine	1	0	1
Benzodiazepine	1	0	1
Cannabinoidi	10	1	11
Cocaina	27	8	35
Eroina	244	51	295
Metadone (da strada)	5	1	6
Non risulta/non risponde	2	0	2
TOTALE	304	62	366

La sostanza primaria, ossia “la sostanza specifica della patologia per la quale il soggetto è in trattamento” (fonte: Manuale Sistema Informativo Nazionale Dipendenze), anche se talvolta difficilmente discriminabile (i casi di poliassunzione sono più numerosi di anno in anno) evidenzia una larga prevalenza di assuntori di eroina (81.0% dei casi noti), seguita da cocaina (9.6%) e cannabinoidi (3.0%). Questi valori, se associati alle osservazioni riportate nel capitolo 1 “Le persone seguite fuori dal Ser.D.: l’attività di riduzione del danno”, evidenziano quanto la loro lettura avulsa dal contesto possa essere dispercettiva: la sostanza primaria prevalente è l’eroina tra gli utenti del Ser.D. e tra i contatti del Servizio di Riduzione del Danno, mentre la percezione della diffusione nel “sommerso” è che altre possano essere le sostanze più utilizzate (in particolare alcool e cannabis). Si può ipotizzare, a questo proposito, che il Ser.D. si sia nel tempo connotato socialmente come un servizio dedicato ai soli consumatori di eroina, non aperto alla popolazione generale dei consumatori (connotazione che potrebbe pesantemente influire sulla richiesta di intervento). Al contempo, questa differenziazione “dentro/fuori” potrebbe costituire conferma della sostanziale differenza, spesso poco percepita, che intercorre tra il semplice incontro con le sostanze e lo sviluppo di una dipendenza conclamata.

IL RISCHIO

Tabella 1 - Albero delle possibilità legate allo sviluppo di un incontro fra una persona e una sostanza o un'esperienza in grado di determinare una dipendenza



Tratto da: Luigi Cancrini
Schiavo delle mie brame. Pag. 30-31

10

Alessandro Pani 2013

L'eroina come sostanza primaria prevalente interessa, come prevedibile, tutte le fasce d'età.

Tab. 3.2.2.12 – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Frequenze

Sostanza primaria	Fascia_età								Totale
	26-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	
Altri ipnotici e sedativi	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Altri oppiacei	0	2	2	0	1	2	0	0	7
Altro	0	0	1	1	1	3	0	0	6
Amfetamine	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Benzodiazepine	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Cannabinoidi	4	1	3	0	1	2	0	0	11
Cocaina	4	7	9	6	5	3	0	1	35
Eroina	33	51	53	43	54	44	13	4	295
Metadone (da strada)	0	1	0	2	2	0	1	0	6
Non risulta/non risponde	0	1	0	0	1	0	0	0	2
TOTALE	41	63	68	53	67	54	14	6	366

Tab. 3.2.2.13 – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Valori relativi per fascia d'età

Sostanza primaria	Fascia_età							
	26-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Altri ipnotici e sedativi	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Altri oppiacei	0,0%	3,2%	2,9%	0,0%	1,5%	3,7%	0,0%	0,0%
Altro	0,0%	0,0%	1,5%	1,9%	1,5%	5,6%	0,0%	0,0%
Amfetamine	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
Benzodiazepine	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	9,8%	1,6%	4,4%	0,0%	1,5%	3,7%	0,0%	0,0%
Cocaina	9,8%	11,1%	13,2%	11,3%	7,5%	5,6%	0,0%	16,7%
Eroina	80,5%	81,0%	77,9%	81,1%	80,6%	81,5%	92,9%	66,7%
Metadone (da strada)	0,0%	1,6%	0,0%	3,8%	3,0%	0,0%	7,1%	0,0%
Non risulta/non risponde	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%

La sostanza d'abuso secondaria, invece, vede l'alcol al primo posto (26.8% degli utenti), a seguire cocaina (23.2%) e cannabinoidi (21.5%). È opportuno osservare, a questo proposito, che il rapporto sostanza secondaria/utenti in carico non è 1:1 come per la sostanza primaria: alcuni utenti possono non avere alcuna sostanza secondaria d'abuso, altri possono invece averne molte!

Tab. 3.2.2.14 – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza secondaria d’abuso e sesso

Sostanza secondaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	51	10	61
Allucinogeni	1	0	1
Altri ipnotici e sedativi	1	0	1
Altro	2	0	2
Amfetamine	3	1	4
Benzodiazepine	6	2	8
Cannabinoidi	42	7	49
Cocaina	41	12	53
Crack	1	1	2
Ecstasy e analoghi	4	2	6
Eroina	16	3	19
Inalanti/volatili	1	1	2
LSD	2	2	4
Metadone (da strada)	13	2	15
Morfina	1	0	1
TOTALE	185	43	228

L'alcol come sostanza secondaria d'abuso appare in aumento col progredire dell'età; più irregolare, rispetto alle fasce d'età, l'andamento di cannabinoidi e cocaina.

Tab. 3.2.2.15 – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza secondaria d’abuso e fascia d’età – Frequenze

Sostanza secondaria	Fascia d'età								Totale
	26-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	
Alcol	3	13	9	5	13	11	5	2	61
Allucinogeni	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Altri ipnotici e sedativi	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Altro	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Amfetamine	0	4	0	0	0	0	0	0	4
Benzodiazepine	0	1	4	0	2	1	0	0	8
Cannabinoidi	6	15	8	6	4	6	3	1	49
Cocaina	10	14	10	5	6	7	1	0	53
Crack	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Ecstasy e analoghi	0	5	1	0	0	0	0	0	6
Eroina	1	3	3	1	7	3	1	0	19
Inalanti/volatili	0	2	0	0	0	0	0	0	2
LSD	0	3	0	0	0	0	0	1	4
Metadone (da strada)	4	6	1	2	2	0	0	0	15
Morfina	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTALE	27	67	36	19	34	29	10	6	228

Tab. 3.2.2.16 – Tossicodipendenti adulti Venezia per sostanza secondaria d'abuso e fascia d'età – Valori relativi per fascia d'età

Sostanza secondaria	Fascia d'età							
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Alcol	11,1%	19,4%	25,0%	26,3%	38,2%	37,9%	50,0%	33,3%
Allucinogeni	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
Altri ipnotici e sedativi	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altro	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%
Amfetamine	0,0%	6,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Benzodiazepine	0,0%	1,5%	11,1%	0,0%	5,9%	3,4%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	22,2%	22,4%	22,2%	31,6%	11,8%	20,7%	30,0%	16,7%
Cocaina	37,0%	20,9%	27,8%	26,3%	17,6%	24,1%	10,0%	0,0%
Crack	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ecstasy e analoghi	0,0%	7,5%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Eroina	3,7%	4,5%	8,3%	5,3%	20,6%	10,3%	10,0%	0,0%
Inalanti/volatili	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
LSD	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%
Metadone (da strada)	14,8%	9,0%	2,8%	10,5%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Morfina	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%

3.3. I giovani assuntori, abusatori, dipendenti (aad) a Mestre

(a cura di Daniela Orlandini¹¹)

3.3.1. L'attività svolta nel 2014

L'UOS Clinica Giovani del SerD Terraferma si occupa di giovani di età fino ai 26 anni con abuso/dipendenza da sostanze psicoattive.

Si tratta di un Servizio specialistico ambulatoriale che offre ai giovani e ai loro familiari:

- ✓ accoglienza
- ✓ Inquadramento diagnostico e terapie medico-tossicologiche
- ✓ Inquadramento psicodiagnostico e terapie psicologiche individuali, familiari e gruppal
- ✓ Interventi educativi
- ✓ Interventi di servizio sociale
- ✓ interventi di sanità penitenziaria
- ✓ Collaborazione con altri servizi sanitari territoriali e ospedalieri, servizi dei comuni e delle municipalità, privato sociale, prefetture, questure, tribunali di sorveglianza, UEPE, studi legali, procura della repubblica, tribunale per i minorenni, USSM.

L'équipe è attualmente composta diversi da operatori appartenenti a diverse professionalità (psicologi psicoterapeuti, medico tossicologo, educatore e assistente sociale) in modo da offrire all'utente un approccio multidisciplinare e personalizzato.

A fianco della suddetta équipe è attivo un gruppo di infermieri che si occupa di tutti gli utenti afferenti al SerD.

L'accesso è diretto e gratuito sia per il giovane che per i familiari residenti nei distretti 3 e 4 dell'Ulss 12. I minorenni possono rivolgersi al servizio anche senza la presenza dei genitori.

Il **percorso terapeutico** ha una durata variabile a seconda della complessità del caso e con una particolare intensità di interventi nel primo anno. La prima fase della durata di circa due mesi prevede interventi di accoglienza e valutazione al fine di definire il piano terapeutico più idoneo al caso.

Al fine di sostenere l'attività clinica con questa tipologia di utenti, che vede una forte necessità di integrazione e lavoro di rete interservizi, abbiamo svolto nel 2014 le seguenti attività:

- partecipazione al Tavolo di lavoro minori composto dai Ser.d dell'Ulss12, Municipalità del Comune di Venezia, Servizio Riduzione del Danno, Servizio Politiche Cittadine per l'Infanzia e l'Adolescenza;

¹¹ Psicologa e Psicoterapeuta – Responsabile U.O.S. Prevenzione Dipendenze e U.O.S. Area Clinica Giovani

- organizzazione e partecipazione all'evento formativo aziendale "I disturbi correlati all'uso di cannabis: le tecniche di screening, la diagnosi e il trattamento" Venezia, 19 novembre 2014;
- collaborazione al dispositivo aziendale "Sosta in corsa" con presenza settimanale di una psicologa del nostro servizio;
- collaborazione all'applicazione delle procedure ETI (Equipe Territoriale Integrata) con invio casi.

3.3.2. Gli utenti seguiti nell'anno

Nel 2014 sono stati in carico 129 giovani di cui 93 maschi e 36 femmine. E' interessante notare che le ragazze rappresentano circa un terzo dei maschi (78.1% M e 27.1% F), mentre nell'utenza adulta con età superiore ai 26 anni troviamo una più bassa percentuale di donne (87.5% M e 12.4% F). La presenza femminile impone pertanto una particolare attenzione alle problematiche di genere e allo sviluppo di interventi mirati.

I giovani che si sono rivolti al servizio si distribuiscono in tre fasce di età, con una quota di minorenni pari a 19 casi.

Tab. 3.3.2.1 – Giovani aad Mestre per fascia d'età e sesso

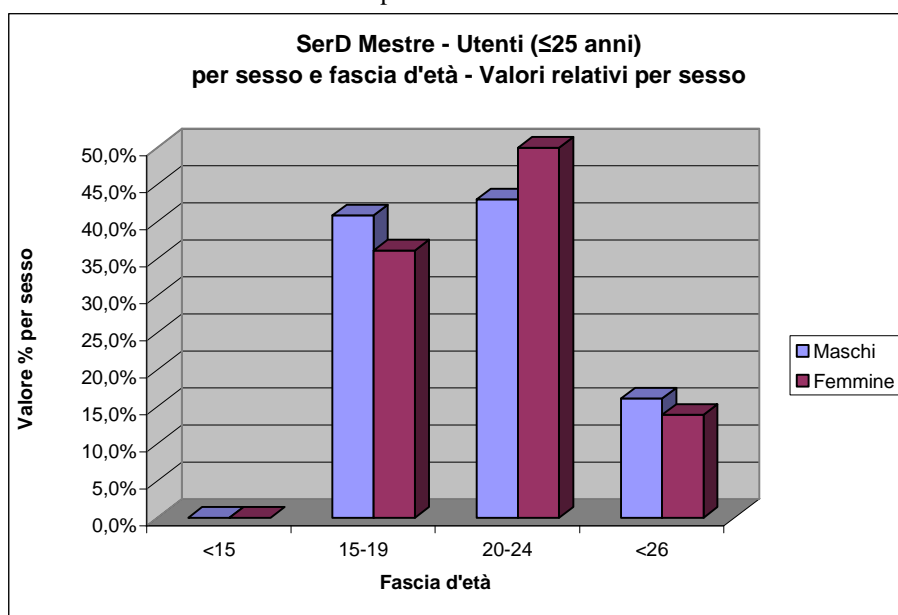
Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
<15	0	0	0
15-19	38	13	51
20-24	40	18	58
<26	15	5	20
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.2 – Giovani aad per fascia d'età e sesso – Nuovi utenti

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
<15	0	0	0
15-19	24	9	33
20-24	12	3	15
<26	6	1	7
TOTALE	42	13	55

L'età media degli utenti in carico nel 2014 è stata di 21.3 anni (range 15.5-25.9), con una deviazione standard di 2.93.

Graf. 3.3.2.1 – Giovani aad Mestre per fascia d'età e sesso



Sono prevalentemente residenti nel territorio dell'Ulss, a parte 25 casi afferenti al nostro servizio perché domiciliati temporaneamente presso comunità educative e soggetti con richiesta di valutazione da parte dell'USSM. La fonte di invio è prevalentemente la famiglia (21 casi) anche grazie al nostro dispositivo di consulenza preventiva per genitori, la magistratura in particolare il Tribunale per i Minorenni (15 casi) e altri SerD (17 casi).

Sono per lo più italiani, con una presenza di 16 stranieri per i quali sottolineiamo la presenza di problematiche complesse anche in relazione al ricongiungimento familiare in genere avvenuto in età adolescenziale.

Tab. 3.3.2.3 – Giovani aad Mestre per macroarea di residenza e sesso

Macroarea di residenza	Sesso		Totale
	M	F	
Comune ULSS 12	76	28	104
Provincia di Venezia	1	3	4
Regione Veneto	10	2	12
Fuori regione	6	3	9
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.4 – Giovani aad Mestre per provenienza e sesso

Provenienza (Ulss del Veneto)	Sesso		Totale	Provenienza (altre Regioni)	Sesso		Totale
	M	F			M	F	
ULSS N. 2 FELTRE (BL)	1	0	1	Valle d'Aosta	1	0	1
ULSS N. 5 OVEST VICENTINO	1	0	1	Lombardia	0	1	1
ULSS N. 8 ASOLO	0	1	1	P.A. Bolzano	1	0	1
ULSS N. 9 TREVISO	3	1	4	P.A. Trento	1	0	1
ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE	0	1	1	Friuli Venezia Giulia	1	1	2
ULSS N. 12 VENEZIANA	76	28	104	Liguria	0	1	1
ULSS N. 13 MIRANO	1	2	3	Non risulta / Non risponde	2	0	2
ULSS N. 16 PADOVA	1	0	1	TOTALE	6	3	9
ULSS N. 17 MONSELICE	1	0	1				
ULSS N. 18 ROVIGO	2	0	2				
ULSS N. 21 LEGNAGO	1	0	1				
TOTALE	87	33	120				

Tab. 3.3.2.5 – Giovani aad Mestre per nazionalità/cittadinanza e sesso

Nazionalità / cittadinanza	Sesso		Totale
	M	F	
Italia	79	34	113
Cittadini Comunitari			
Romania	1	0	1
Cittadini Extra - comunitari			
Albania	3	0	3
Moldavia	4	2	6
Marocco	1	0	1
Tunisia	3	0	3
Ucraina	1	0	1
Serbia e Montenegro	1	0	1
TOTALE	13	2	15

Tab. 3.3.2.6 – Giovani aad Mestre per stato civile e sesso

Stato civile	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno (celibe/nubile)	75	30	105
Convivente	3	0	3
Non riferito	12	4	16
Non noto	3	2	5
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.7 – Giovani aad Mestre per scolarità e sesso

Scolarità	Sesso		Totale
	M	F	
Licenza elementare	3	0	3
Scuola media inferiore	48	24	72
Scuola professionale 2-3 anni	8	2	10
Diploma di maturità	6	4	10
Non risulta / non risponde	28	6	34
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.8 – Giovani aad Mestre per condizione professionale e sesso

Condizione professionale	Sesso		Totale
	M	F	
Studente	20	13	33
Occupato stab. Indipendente	7	2	9
Occupato saltuariamente	5	3	8
Disoccupato/a	34	9	43
In condizione non profession.	0	1	1
Dipendente	4	1	5
Non rilevata	23	7	30
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.9 – Giovani aad Mestre per fonte d'invio e sesso

Fonte d'invio	Sesso		Totale
	M	F	
Altri reparti ospedalieri	2	0	2
Altri servizi della ULSS	5	1	6
Altri servizi pubblici non ULSS 12	1	2	3
Altro	8	3	11
Altro SerT	10	7	17
Familiari	17	4	21
Magistratura	15	0	15
Medico di base	2	1	3
Municipalità Chirignago Zelarino	1	0	1
Municipalità Favaro Veneto	1	0	1
Municipalità Marghera	1	1	2
Non rilevato/sconosciuto	2	0	2
Pronto soccorso	0	1	1
Segnalazione Prefettura art. 75-121	5	1	6
Spontaneo	23	15	38
TOTALE	93	36	129

I giovani e i giovanissimi tendono a consumare più sostanze e quindi si configura uno stile di policonsumo anche con una forte intercambiabilità tra le sostanze compreso l'alcol. I dati indicano che i più giovani prediligono la cannabis mentre i più "vecchi" (20-26 anni) l'eroina. Non affatto trascurabile la presenza come sostanza d'abuso secondaria della cocaina e del crack in 33 casi. La distinzione tra sostanza d'abuso primaria e secondaria alla luce delle abitudini giovanili odierne appare poco utile e rende anche difficile l'interpretazione dei dati. Sicuramente le tipologie di sostanze consumate, lo stile di consumo e la giovane età implicano la necessità di un trattamento altamente specialistico nei vari aspetti medici, psicologici, sociali ed educativi che preveda anche un importante coinvolgimento della famiglia e di altri servizi non solo sanitari.

Tab. 3.3.2.10 – Giovani aad Mestre per sostanza d'iniziazione e sesso

Sostanza d'iniziazione	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	4	1	5
Altro	1	0	1
Cannabinoidi	34	11	45
Ecstasy e analoghi	1	0	1
Eroina	0	5	5
Non risulta/non risponde	53	19	72
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.11 – Giovani aad Mestre per sostanza primaria d'abuso e sesso

Sostanza primaria	Sesso		Totale
	M	F	
Altro	3	1	4
Benzodiazepine	1	0	1
Cannabinoidi	37	7	44
Cocaina	7	1	8
Ecstasy e analoghi	1	0	1
Eroina	43	27	70
LSD	1	0	1
TOTALE	93	36	129

Tab. 3.3.2.12 – Giovani aad Mestre per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Frequenze

Sostanza primaria	Fascia d'età			Totale
	15-19	20-24	<26	
Altro	4	0	0	4
Benzodiazepine	1	0	0	1
Cannabinoidi	33	9	2	44
Cocaina	1	5	2	8
Ecstasy e analoghi	0	1	0	1
Eroina	12	43	15	70
LSD	0	0	1	1
TOTALE	51	58	20	129

Tab. 3.3.2.13 – Giovani aad Mestre per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Valori relativi per fascia d'età

Sostanza primaria	Fascia d'età		
	15-19	20-24	<26
Altro	7,8%	0,0%	0,0%
Benzodiazepine	2,0%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	64,7%	15,5%	10,0%
Cocaina	2,0%	8,6%	10,0%
Ecstasy e analoghi	0,0%	1,7%	0,0%
Eroina	23,5%	74,1%	75,0%
LSD	0,0%	0,0%	5,0%

Tab. 3.3.2.14 – Giovani aad Mestre per sostanza secondaria d'abuso e sesso

Sostanza secondaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	20	6	26
Allucinogeni	2	0	2
Altri allucinogeni	0	6	6
Benzodiazepine	4	0	4
Cannabinoidi	34	9	43
Cocaina	28	6	34
Crack	9	0	9
Ecstasy e analoghi	14	0	14
Eroina	9	3	12
Metadone (da strada)	2	0	2
TOTALE	122	30	152

Tab. 3.3.2.15 – Giovani aad Mestre per sostanza secondaria d'abuso e fascia d'età – Frequenze

Sostanza secondaria	Fascia d'età			Totale
	15-19	20-24	<26	
Alcol	10	13	3	26
Allucinogeni	1	0	1	2
Altri allucinogeni	0	6	0	6
Benzodiazepine	0	4	0	4
Cannabinoidi	12	28	3	43
Cocaina	18	16	0	34
Crack	0	9	0	9
Ecstasy e analoghi	5	8	1	14
Eroina	8	4	0	12
Metadone (da strada)	0	2	0	2
TOTALE	54	90	8	152

Tab. 3.3.2.16 – Giovani aad Mestre per sostanza secondaria d'abuso e fascia d'età – Valori relativi per fascia d'età

Sostanza secondaria	Fascia d'età		
	15-19	20-24	<26
Alcol	18,5%	14,4%	37,5%
Allucinogeni	1,9%	0,0%	12,5%
Altri allucinogeni	0,0%	6,7%	0,0%
Benzodiazepine	0,0%	4,4%	0,0%
Cannabinoidi	22,2%	31,1%	37,5%
Cocaina	33,3%	17,8%	0,0%
Crack	0,0%	10,0%	0,0%
Ecstasy e analoghi	9,3%	8,9%	12,5%
Eroina	14,8%	4,4%	0,0%
Metadone (da strada)	0,0%	2,2%	0,0%

3.4. I giovani assuntori, abusatori, dipendenti (aad) a Venezia

(A cura di Francesca Paruzzolo)

3.4.1. L'attività svolta nel 2014

La Sezione Giovani (S.G.) di Venezia è un'équipe di operatori formati per il lavoro con gli adolescenti ed è composta da:

- una Psicologa Psicoterapeuta che si occupa di valutazione e trattamenti individuali
- una Psicologa Psicoterapeuta che si occupa di consulenze e trattamenti familiari
- un Medico/Psichiatra
- una Assistente Sociale
- una Assistente Sanitaria

e si avvale della collaborazione di una Educatrice Professionale per gli interventi di prevenzione nelle scuole.

L'équipe S.G. si occupa dei pazienti con età compresa tra i 14 e i 25 anni.

Riceve i giovani in un orario dedicato durante il quale non sono ammessi i pazienti con età superiore ai 25 anni.

Opera dal 1999 con finalità preventive rispetto all'uso di sostanze stupefacenti e alcol e ai comportamenti che inducono dipendenze non chimiche, attuando altresì trattamenti nell'ottica dell'intervento precoce.

Nel contesto della S.G. nell'anno 2014, sono da evidenziare le seguenti osservazioni:

- il trattamento più efficace rimane quello multidisciplinare e multimodale, che interviene cioè su più aspetti della personalità e del comportamento quotidiano;
- si conferma l'imprescindibilità di un coinvolgimento dei genitori, sia per la raccolta dei dati anamnestici e per le osservazioni che essi riportano sui figli, sia per operare una modifica delle

dinamiche familiari e dell'approccio ideologico da parte di quest'ultimi al contatto con le cosiddette *droghe leggere* da parte dei loro figli;

- la presa in carico ha una durata media di circa 18 mesi, durante i quali si osservano importanti e fondamentali cambiamenti nel percorso di crescita, specie nei casi di abuso di *cannabinoidi*. Si può affermare che la presa di coscienza – progressiva e guidata dagli esperti – dell'effettiva problematicità dell'abuso di cannabinoidi e delle conseguenze negative sulla formazione della personalità, costituisce un elemento portante di tutto il percorso riabilitativo;
- è continuata l'attività di collaborazione con le Municipalità e si è delineata la necessità di una maggiore comunicazione con gli Assessorati preposti al benessere del giovane cittadino, nella convinzione, condivisa tra gli operatori dell'ASL e del Comune, che sia sempre più necessario un intervento di tipo ambientale, volto a introdurre un diverso approccio alla gestione del divertimento da parte dei ragazzi. A tal scopo è stato redatto un documento/segnalazione che il Dipartimento delle Dipendenze in associazione alle Municipalità presenterà alla giunta Comunale, affinché orienti e impronti le proprie Politiche Giovanili in un'ottica di concreto ed effettivo contrasto dei comportamenti a rischio da parte dei giovani cittadini;
- tutti i pazienti in carico hanno ricevuto informazioni precise circa la prevenzione delle malattie infettive e per quelli considerati più a rischio è stato fatto uno screening specifico grazie alla collaborazione con l'U.C. Malattie Infettive dell'Ospedale Civile S.S. Giovanni e Paolo;
- è continuata la collaborazione con l'Ufficio di Servizio Sociale della Procura per i Minorenni (USSM) che invia alla S.G. i casi di minori che hanno compiuto un reato di spaccio per i quali viene richiesta una valutazione multidisciplinare e un eventuale trattamento da inserire nel progetto di *messa alla prova* (procedimento previsto dal processo penale minorile).

L'attività di **prevenzione**, pur avendo subito una ulteriore contrazione dovuta alla carenza di personale, ha mantenuto la modalità interservizi in collaborazione con il Consultorio Giovani, spostando il proprio livello di intervento dall'*universale* all'*indicata*.

Il punto di ascolto "la BITTA" aperto presso alcune scuole secondarie di secondo grado del territorio veneziano, ha visto affluire ragazzi e ragazze di età compresa tra i 14 e i 18 anni con problematiche relative al percorso evolutivo.

In alcuni casi si è reso necessario l'invio ai Servizi per gli Adolescenti o alla S.G. stessa.

Il buon numero di soggetti raggiunti (56) e la pertinenza delle problematiche portate nei colloqui individuali (da 2 a 4 per ogni soggetto) dimostrano l'esigenza diffusa tra gli adolescenti di poter entrare in contatto con un adulto affidabile che li affianchi nel loro personale tentativo di contenere psichicamente la "turbolenza" mentale di cui soffrono.

Il limite del *time-limit setting* di un punto d'ascolto all'interno di un Istituto Scolastico acquista tuttavia una sua legittimità e una sua validità nella misura in cui, senza pretendere di risolvere la globalità dei conflitti intrapsichici dell'adolescente, consente una ripresa del movimento evolutivo.

Nella scuola media inferiore "Dante Alighieri" si è lavorato con un gruppo di insegnanti sul tema specifico dell'esperienza emotiva nel processo di insegnamento e di apprendimento.

Tutto ciò nella convinzione che lavorare con i ragazzi o con gli adulti di riferimento, sulla qualità del processo evolutivo e delle relazioni che lo accompagnano, possa rappresentare un efficace antidoto contro l'abuso di sostanze a scopo autoconsolatorio e inebriante per sfuggire al disagio della, ancorché fisiologica, confusione adolescenziale.

grado (1)	SCUOLE (2)	INTERVENTI GRUPPALI <i>presentaz punto ascolto</i>								CONSULTAZIONE <i>ASCOLTO (3)</i>					
		n. classi	n. incontri	n. alunni	n. incontri	n. insegnanti	n. incontri	n. genitori	n. incontri	n. alunni	n. incontri	n. insegnanti	n. incontri	n. genitori	n. incontri
superiori	FOSCARINI	28	4	56	4	55	3			10	14	4	4		
superiori	ALGAROTTI	65	61	1200	61	2	3			10	22	1	2		
superiori	SARPI	10	1	20		2	2			8	14	1	1		
superiori	CIF	9	9	160	9	10	3			28	61	2	2		
medie	DANTE ALIGHIERI					20	2								
T O T A L E		112	75	1436	74	89	13			56	111	8	9		
INVIO AD ALTRI SERVIZI (CON ACCOMPAGNAMENTO) = 8															

3.4.2. Gli utenti seguiti nell'anno

Nel contesto della S.G, nell'anno 2014, sono da evidenziare le seguenti osservazioni relativamente all'utenza in carico:

- confermata e aumentata la tendenza, già evidenziata negli anni precedenti, alla diminuzione dell'età media (anni 21,3) degli utenti e all'aumento del numero delle prese in carico (89 utenti < 26 a.). La fascia d'età 15/19 rappresenta più di 1/3 degli utenti giovani, i quali rappresentano il 58% dei nuovi utenti dell'anno;

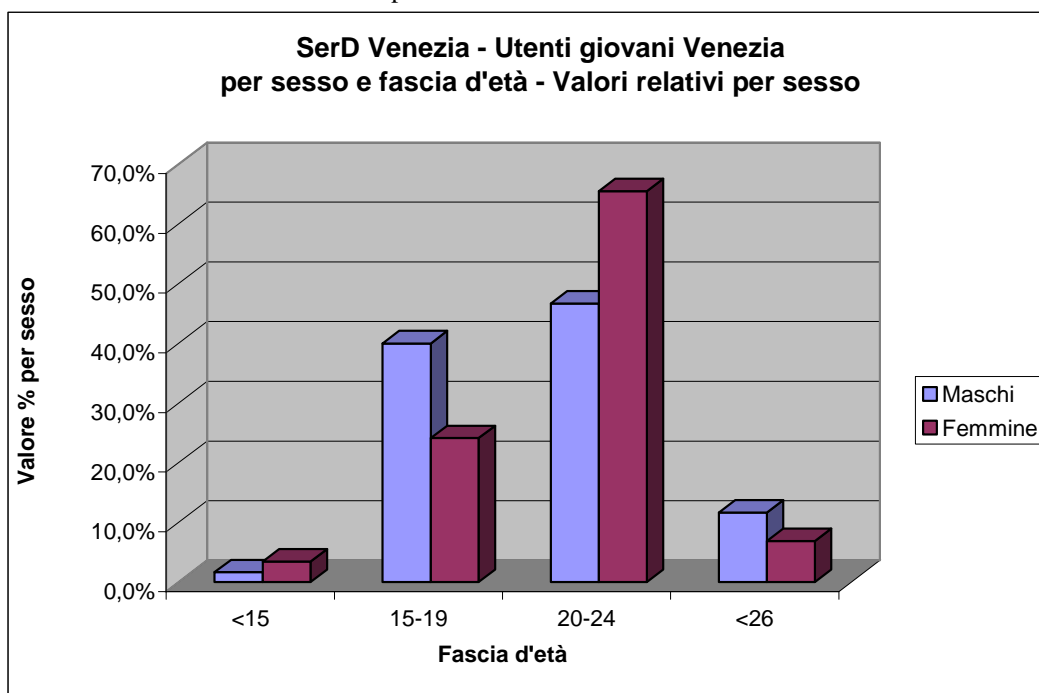
Tab. 3.4.2.1 – Giovani aad Venezia per fascia d'età e sesso

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
<15	1	1	2
15-19	24	7	31
20-24	28	19	47
<26	7	2	9
TOTALE	60	29	89
Età: Minimo 15,6; Massimo 25,9; Media 21,3; Deviazione standard 2,8			

Tab. 3.4.2.2 – Giovani aad Venezia per fascia d'età e sesso – Nuovi utenti

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
<15	1	0	1
15-19	14	5	19
20-24	13	12	25
25-29	3	2	5
TOTALE	31	19	50

Graf. 3.4.2.1 – Giovani aad Venezia per fascia d'età e sesso



- gli utenti < 26 anni (50) rappresentano il 58% dei nuovi utenti del Ser.d del Centro Storico e Isole e sono in maggior misura maschi (31);

Tab. 3.4.2.3 – Giovani aad Venezia per macroarea di residenza e sesso

Residenza	Sesso		Totale
	M	F	
Comune ULSS 12	43	8	51
Provincia di Venezia	2	4	6
Regione Veneto	9	12	21
Fuori regione	6	5	11
TOTALE	60	29	89

Tab. 3.4.2.4 – Giovani aad Venezia per provenienza e sesso

Provenienza (Ulss del Veneto)	Sesso		Totale	Provenienza (altre Regioni)	Sesso		Totale
	M	F			M	F	
ULSS N. 1 BELLUNO	2	1	3	Lombardia	0	1	1
ULSS N. 2 FELTRE (BL)	0	1	1	P.A. Bolzano	1	2	3
ULSS N. 5 OVEST VICENTINO	1	0	1	Friuli Venezia Giulia	2	2	4
ULSS N. 6 VICENZA	1	1	2	Emilia-Romagna	2	0	2
ULSS N. 7 PIEVE DI SOLIGO	1	0	1	Toscana	1	0	1
ULSS N. 9 TREVISO	2	3	5	TOTALE	6	5	11
ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE	0	1	1				
ULSS N. 12 VENEZIANA	43	8	51				
ULSS N. 13 MIRANO	2	3	5				
ULSS N. 16 PADOVA	0	1	1				
ULSS N. 18 ROVIGO	1	0	1				
ULSS N. 20 VERONA	1	5	6				
TOTALE	54	24	78				

Tab. 3.4.2.5 – Giovani aad Venezia per nazionalità/cittadinanza e sesso

Nazionalità / cittadinanza	Sesso		Totale
	M	F	
Italia	56	29	85
Cittadini Comunitari			
Regno Unito	1	0	1
Cittadini Extra - comunitari			
Albania	1	0	1
Ucraina	2	0	2
TOTALE	60	29	89

Tab. 3.4.2.6 – Giovani aad Venezia per stato civile e sesso

Stato civile	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno (celibe/nubile)	37	21	58
Convivente	1	1	2
Non riferito	16	7	23
Non noto	6	0	6
TOTALE	60	29	89

Tab. 3.4.2.7 – Giovani aad Venezia per scolarità e sesso

Scolarità	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno	0	0	0
Licenza elementare	2	1	3
Scuola media inferiore	32	19	51
Scuola professionale 2-3 anni	5	2	7
Diploma di maturità	7	1	8
Diploma universitario	1	0	1
Laurea	0	1	1
Non risulta / non risponde	13	5	18
TOTALE	60	29	89

Tab. 3.4.2.8 – Giovani aad Venezia per condizione professionale e sesso

Condizione professionale	Sesso		Totale
	M	F	
Studente	22	5	27
Occupato stab. Indipendente	0	1	1
Occupato saltuariamente	5	0	5
Disoccupato/a	13	15	28
In condizione non professionale	0	1	1
Dipendente	3	2	5
Non rilevata	10	4	14
Altro	7	1	8
Casalino/a	0	0	0
TOTALE	60	29	89

Tab. 3.4.2.9 – Giovani aad Venezia per fonte d'invio e sesso

Fonte d'invio	Sesso		Totale
	M	F	
Altri reparti ospedalieri	1	0	1
Altri servizi della ULSS	4	0	4
Altri servizi pubblici non della ULSS	5	1	6
Altro	16	3	19
Altro SerT	8	18	26
Centro di prima accoglienza	1	1	2
Familiari	13	3	16
Magistratura	2	0	2
Non rilevato/sconosciuto	0	1	1
Segnalazione Prefettura art. 75-121	3	2	5
Spontaneo	7	0	7
TOTALE	60	29	89

- l'alcol (in 18 casi su 89) e i cannabinoidi (45 casi su 89), spesso associati, sono le due sostanze di iniziazione più rappresentate;

Tab. 3.4.2.10 – Giovani aad Venezia per sostanza d'iniziazione e sesso

Sostanza d'iniziazione	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	11	7	18
Altro	1	0	1
Cannabinoidi	32	13	45
Cocaina	2	2	4
Eroina	2	2	4
Non risulta/non risponde	12	5	17
TOTALE	60	29	89

Tab. 3.4.2.11 – Giovani aad Venezia per sostanza primaria d'abuso e sesso

Sostanza primaria	Sesso		Totale
	M	F	
Altro	1	1	2
Cannabinoidi	28	7	35
Cocaina	7	4	11
Ecstasy e analoghi	1	0	1
Eroina	22	15	37
Metadone (da strada)	0	1	1
Non risulta/non risponde	1	1	2
TOTALE	60	29	89

- tra gli 89 pazienti in carico la **sostanza primaria** – cioè quella per la quale è stato richiesto l'intervento di cura – vede una quasi parità numerica tra i *cannabinoidi* (35) e l'eroina (37), in molti casi fumata. I pazienti che ne fanno uso endovenoso sono quelli il cui primo contatto con il Servizio risale ad un tempo più lontano;
- in linea con le osservazioni dei Servizi “di strada” sembra che l'uso endovenoso sia meno diffuso di un tempo;
- l'anamnesi clinica tossicologica rileva una forte presenza della *poliassunzione*;
- l'uso di *cocaina* sembra essere vissuto sempre più in maniera problematica: si è passati dai 7 casi seguiti nell'anno 2013 agli 11 del 2014 dei quali 8 nella fascia d'età 20-24;

Tab. 3.4.2.12 – Giovani aad Venezia per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Frequenze

Sostanza primaria	Fascia_età				Totale
	<15	15-19	20-24	<26	
Altro	0	0	2	0	2
Cannabinoidi	2	23	9	1	35
Cocaina	0	1	8	2	11
Ecstasy e analoghi	0	0	1	0	1
Eroina	0	7	24	6	37
Metadone (da strada)	0	0	1	0	1
Non risulta/non risp.	0	0	2	0	2
TOTALE	2	31	47	9	89

Tab. 3.4.2.13 – Giovani aad Venezia per sostanza primaria d'abuso e fascia d'età – Valori relativi per fascia d'età

Sostanza primaria	Fascia_età			
	<15	15-19	20-24	<26
Altro	0%	0%	4%	0%
Cannabinoidi	100%	74%	19%	11%
Cocaina	0%	3%	17%	22%
Ecstasy e analoghi	0%	0%	2%	0%
Eroina	0%	23%	51%	67%
Metadone (da strada)	0%	0%	2%	0%
Non risulta/non risp.	0%	0%	4%	0%

Tab. 3.4.2.14 – Giovani aad Venezia per sostanza secondaria d'abuso e sesso

Sostanza secondaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	5	1	6
Allucinogeni	1	0	1
Altri allucinogeni	0	1	1
Altri oppiacei	0	1	1
Amfetamine	1	1	2
Cannabinoidi	7	4	11
Cocaina	3	4	7
Crack	1	1	2
Ecstasy e analoghi	1	1	2
Eroina	0	3	3
LSD	1	1	2
Metadone (da strada)	1	2	3
TOTALE	21	20	41

Tab. 3.4.2.15 – Giovani aad Venezia per sostanza secondaria d'abuso e fascia d'età – Frequenze

Sostanza secondaria	Fascia_età			Totale
	15-19	20-24	<26	
Alcol	4	2	0	6
Allucinogeni	0	1	0	1
Altri allucinogeni	0	1	0	1
Altri oppiacei	0	1	0	1
Amfetamine	0	2	0	2
Cannabinoidi	1	8	2	11
Cocaina	1	6	0	7
Crack	0	2	0	2
Ecstasy e analoghi	1	1	0	2
Eroina	2	1	0	3
LSD	1	1	0	2
Metadone (da strada)	1	2	0	3
TOTALE	11	28	2	41

Tab. 3.4.2.16 – Giovani aad Venezia per sostanza secondaria d'abuso e fascia d'età – Valori relativi per fascia d'età

Sostanza secondaria	Fascia_età		
	15-19	20-24	<26
Alcol	36,4%	7,1%	0,0%
Allucinogeni	0,0%	3,6%	0,0%
Altri allucinogeni	0,0%	3,6%	0,0%
Altri oppiacei	0,0%	3,6%	0,0%
Amfetamine	0,0%	7,1%	0,0%
Cannabinoidi	9,1%	28,6%	100,0%
Cocaina	9,1%	21,4%	0,0%
Crack	0,0%	7,1%	0,0%
Ecstasy e analoghi	9,1%	3,6%	0,0%
Eroina	18,2%	3,6%	0,0%
LSD	9,1%	3,6%	0,0%
Metadone (da strada)	9,1%	7,1%	0,0%

NB: i due utenti <15 non avevano sostanze secondarie d'abuso

3.5. Gli alcolisti a Mestre

3.5.1. L'attività svolta nel 2014

L'equipe alcol da tempo, e in particolare nell'ultimo anno (2014), sta vivendo notevoli vicissitudini interne di tipo organizzativo (carenza / assenza di personale medico; assenza di un coordinatore; assenza di assistente sociale).

Le difficoltà organizzative hanno consentito un parziale accoglimento delle numerose richieste di presa in carico, nonostante l'oggettiva necessità di dare una credibile risposta ai bisogni dell'utenza e ai gravi danni derivati dall'uso di alcol, anche in relazione ai sempre più frequenti episodi che generano serio allarme nell'opinione pubblica (incidenti stradali, incidenti sul lavoro, violenza domestica, abuso alcolico da parte di minori ecc.).

Gli attuali pazienti in carico ricevono tuttavia un adeguato, appropriato ed efficace intervento clinico.

3.5.2. Gli utenti seguiti nell'anno

Tab. 3.5.2.1 Alcolisti Mestre – Utenti totali per sesso e fasce d'età

Fasce d'età	Nuovi utenti		Già in carico o rientrati		TOTALE
	maschi	femmine	maschi	femmine	
< 19	0	0	0	1	1
20 - 29	4	3	3	2	2
30 - 39	12	3	10	7	32
40 - 49	11	5	26	16	58
50 - 59	7	3	27	11	48
> 59	2	3	10	1	16
Totale	36	17	76	38	167
Età: Minimo 17,1; Massimo 74,9; Media 46,7; Deviazione standard 11,2					

Tab. 3.5.2.2 Alcolisti Mestre – Utenti totali per bevanda d'abuso

BEVANDA	maschi	femmine
1. Superalcolici	7	7
2. Aperitivi, amari, digestivi	8	5
3. Vini	71	30
4. Birra	26	13
Totale	112	55
Utenti che fanno uso anche di sostanze stupefacenti o psicotrope		8
Utenti che abusano o fanno uso improprio di farmaci:		6

Tab. 3.5.2.3 Alcolisti Mestre – Trattamenti attuati nell'anno

Trattamenti attuati presso il Servizio	n. soggetti	n. trattamenti
Trattamento medico-farmacologico ambulatoriale	110	110
Trattamento psicoterapeutico: individuale	110	110
Trattamento psicoterapeutico: di gruppo o familiare	0	0
Counseling all'utente o alla famiglia	84	84
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	84	84
Trattamento socio-riabilitativo	110	110
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	17	17
Ricovero ospedaliero o day-hospital per sindrome di dipendenza da alcool	17	17
Ricovero ospedaliero o day-hospital altre patologie alcoolcorrelate	17	17
Ricovero casa di cura privata convenzionata per sindrome di dipendenza da alcool	2	2
Ricovero casa di cura privata convenzionata altre patologie alcoolcorrelate	0	0

Tab. 3.5.2.4 Alcolisti Mestre – Provenienza per Ulss e sesso

Provenienza per Ulss e sesso	Sesso		Totale
	M	F	
ULSS N. 1 BELLUNO	1	0	1
ULSS N. 2 FELTRE (BL)	0	1	1
ULSS N. 7 PIEVE DI SOLIGO	1	0	1
ULSS N. 9 TREVISO	2	1	3
ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE	1	0	1
ULSS N. 12 VENEZIANA	82	44	126
ULSS N. 13 MIRANO	5	2	7
ULSS N. 16 PADOVA	1	0	1
ULSS N. 17 MONSELICE	1	0	1
ULSS N. 18 ROVIGO	1	0	1
Fuori regione	17	7	24
Totale	112	55	167

Tab. 3.5.2.5 Alcolisti Mestre – Cittadinanza per sesso

Cittadinanza per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Afghanistan	1	0	1
Francia	0	1	1
Ungheria	0	1	1
Italia	104	49	153
Moldavia	0	1	1
Nigeria	1	0	1
Perù	0	1	1
Polonia	1	0	1
Romania	2	1	3
Tunisia	1	0	1
Ucraina	1	1	2
Serbia e Montenegro	1	0	1
Totale	112	55	167

Tab. 3.5.2.6 Alcolisti Mestre – Stato civile per sesso

Stato civile per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Separato/a	6	4	10
Coniugato/a	28	16	44
Non coniugato/a	31	14	45
Convivente	6	6	12
Divorziato/a	11	6	17
Vedovo/a	0	2	2
Non riferito	22	5	27
Non noto	8	2	10
Totale	112	55	167

Tab. 3.5.2.7 Alcolisti Mestre – Scolarità per sesso

Scolarità per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Non risulta/non risponde	39	16	55
Elementari	5	3	8
Medie inferiori	41	20	61
Scuola professionale biennale/triennale	5	4	9
Medie superiori	20	10	30
Diploma universitario	1	0	1
Laurea	1	2	3
Totale	112	55	167

Tab. 3.5.2.8 Alcolisti Mestre – Condizione professionale per sesso

Condizione professionale per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Studente	0	1	1
Occupato stab. indipendente	14	14	28
Occupato saltuariamente	12	6	18
Disoccupato/a	33	14	47
In condizione non profession	6	1	7
Dipendente	14	6	20
Non rilevata	27	7	34
Altro	6	2	8
Casalingo/a	0	4	4
Totale	112	55	167

Tab. 3.5.2.9 Alcolisti Mestre – Fonte d'invio per sesso

Fonte d'invio per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Altri reparti ospedalieri	6	7	13
Altri servizi della ULSS	4	3	7
Altri servizi pubbl. non della ULSS	9	2	11
Altro	5	2	7
Altro SerT	30	13	43
Carcere	1	0	1
Familiari	2	0	2
Forze dell'Ordine	1	0	1
Magistratura	6	1	7
Medico di base	2	1	3
Municipalità Mestre Carpenedo	0	1	1
Pronto soccorso	0	1	1
Segnalazione Prefettura art. 75-121	1	1	2
Servizi privato sociale/volontariato	1	1	2
Spontaneo	44	22	66
Totale	112	55	167

3.6. Gli alcolisti a Venezia

(a cura di Ignazio Di Giorgio Giannitto¹²)

3.6.1. L'attività svolta nel 2014

All'interno del SERD di Venezia, da oltre 10 anni, opera un gruppo pluriprofessionale (Medico, Psicologo, Assistente Sociale, Infermiere) specializzato nel trattamento di problemi alcolcorrelati. Tale operatività si concretizza nello spazio orario del martedì pomeriggio in cui il Ser.D. di Venezia riceve e tratta esclusivamente pazienti e familiari appartenenti a detta tipologia. L'intervento ambulatoriale prevede l'accoglienza, la valutazione pluriprofessionale e l'avvio di trattamenti farmacologici, psicoterapici, riabilitativi, che tendono a sfociare in collaborazioni con altri presidi attivi in campo alcologico (gruppi di auto-aiuto, Comunità, Ospedale Fatebenefratelli, Servizio Psichiatrico).

Anche per il 2014 si è registrata una bassa affluenza di nuovi utenti rispetto a quanto atteso in riferimento alla popolazione residente. Inoltre si evidenzia come la tipologia dell'utente afferente al SerD sia spesso multiproblematica, gravata da patologia psichiatrica e/o problematiche giudiziarie.

Altro dato che risalta è la scarsa presenza tra i nuovi utenti di soggetti di età inferiore a 30 anni, nonostante la notoria ingravescenza dell'abuso di alcool in tale fascia di età.

Per meglio analizzare il fenomeno sarà opportuno confrontare i dati del SerD con quelli di altre realtà territoriali che da molti anni si occupano di alcolisti, in particolare l'Ospedale Fatebenefratelli e gli ACAT.

Andrà valutato se la bassa affluenza verso il SerD è conseguenza di un maggior flusso diretto Medico di Medicina Generale - Ospedale e/o ACAT ovvero di fattori organizzativi e di offerta del territorio al fine di apportare le necessarie correzioni in una logica di Rete Alcologica.

3.6.2. Gli utenti seguiti nell'anno

¹² Medico chirurgo, Psichiatra e Psicologo, Responsabile Alcologia, Ser.D. Venezia

Tab. 3.6.2.1 Alcolisti Venezia – Utenti totali per sesso e fasce d'età

Fasce d'età	NUOVI UTENTI		GIÀ' IN CARICO O RIENTRATI		TOTALE
	maschi	femmine	maschi	femmine	
< 19	0	0	0	0	0
20 - 29	1	2	0	0	3
30 - 39	1	0	8	3	12
40 - 49	3	0	8	5	16
50 - 59	3	0	9	3	15
> 59	4	2	5	1	12
Totale	12	4	30	12	58

Età: minima 26.5 anni, massima 75.1, media 49.0; deviazione standard 11,6

Tab. 3.6.2.2 Alcolisti Venezia – Utenti totali per bevanda d'abuso

BEVANDA	MASCHI	FEMMIN
1. Superalcolici	4	1
2. Aperitivi, amari, digestivi	4	1
3. Vini	26	11
4. Birra	8	3
Totale	42	16
Utenti che fanno uso anche di sostanze stupefacenti o psicotrope		9
Utenti che abusano o fanno uso improprio di farmaci:		4

Tab. 3.6.2.3 Alcolisti Venezia – Trattamenti attuati nell'anno

Trattamenti attuati presso il Servizio	n. soggetti	n. trattamenti
Trattamento medico-farmacologico ambulatoriale	43	43
Trattamento psicoterapeutico: individuale	2	2
Trattamento psicoterapeutico: di gruppo o familiare	0	0
Counseling all'utente o alla famiglia	31	31
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	1	1
Trattamento socio-riabilitativo	13	13
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	4	4
Ricovero ospedaliero o day-hospital per sindrome di dipendenza da alcool	5	5
Ricovero ospedaliero o day-hospital altre patologie alcoolcorrelate	5	5
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per sindrome di dipendenza da alcool	2	2
Ricovero in casa di cura privata convenzionata altre patologie alcoolcorrelate	0	0

Tab. 3.6.2.4 Alcolisti Venezia – Provenienza per Ulss e sesso

Provenienza per Ulss e sesso	Sesso		Totale
	M	F	
ULSS N. 12 VENEZIANA	42	14	56
ULSS N. 13 MIRANO	0	1	1
Fuori regione	0	1	1
Totale	42	16	58

Tab. 3.6.2.5 Alcolisti Venezia – Cittadinanza per sesso

Tab. 3.6.2.6 Alcolisti Venezia – Stato civile per sesso

Cittadinanza per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Algeria	1	0	1
Brasile	0	1	1
Italia	39	13	52
Giordania	1	0	1
Moldavia	0	1	1
Spagna	1	0	1
Serbia e Montenegro	0	1	1
Totale	42	16	58

Stato civile per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Separato/a	3	1	4
Coniugato/a	9	6	15
Non coniugato/a	11	3	14
Convivente	1	0	1
Divorziato/a	2	1	3
Vedovo/a	1	0	1
Non riferito	0	1	1
Non noto	15	4	19
Totale	42	16	58

Tab. 3.6.2.7 Alcolisti Venezia – Scolarità per sesso

Scolarità per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Non risulta/non risponde	17	5	22
Elementari	2	1	3
Medie inferiori	15	5	20
Scuola professionale bi/triennale	1	1	2
Medie superiori	4	3	7
Diploma universitario	0	1	1
Laurea	3	0	3
Totale	42	16	58

Tab. 3.6.2.8 Alcolisti Venezia – Condizione professionale per sesso

Condizione professionale per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Studente	0	1	1
Occupato stab. Indipendente	8	1	9
Occupato saltuariamente	2	0	2
Disoccupato/a	11	1	12
In condizione non profession.	3	4	7
Dipendente	1	0	1
Non rilevata	7	5	12
Altro	10	2	12
Casalingo/a	0	2	2
Totale	42	16	58

Tab. 3.6.2.9 Alcolisti Venezia – Fonte d'invio per sesso

Fonte d'invio per sesso	Sesso		Totale
	M	F	
Altri reparti ospedalieri	6	1	7
Altri servizi della ULSS	3	6	9
Altri servizi pubblici non della ULSS	1	3	4
Altro	15	6	21
Altro SerT	1	0	1
Carcere	1	0	1
Familiari	1	0	1
Municipalità Venezia Murano Burano	1	0	1
Spontaneo	13	0	13
Totale	42	16	58

3.7. Il gioco d'azzardo patologico (GAP)

(a cura di Leonardo Duminuco¹³ e Silvano Felisati¹⁴)

3.7.1. L'attività svolta nel 2014

Il Ser.D. di Venezia Terraferma, con sede a Mestre, offre con “Informa Gioco” un punto di consulenza orientamento e trattamento delle dipendenze da giochi d'azzardo (slot, bingo, lotto, Casinò, scommesse, VLT¹⁵, etc.).

¹³ Educatore Professionale, Dipartimento Dipendenze, Ser.D. Venezia Terraferma, servizio Informa Gioco

¹⁴ Sociologo, Dipartimento Dipendenze, Ser.D. Venezia Terraferma, servizio Informa Gioco

¹⁵ VLT: Video Lottery Terminal, sono apparecchi da intrattenimento simili alle slot machine dalle quali si differenziano per le modalità di gioco più evolute. Le VLT non presentano all'interno una scheda con il gioco residente, ma sono collegate, in tempo reale, alla rete sia l'una con l'altra che ad un server centrale, presente nella sala dove sono installate, che fornisce i giochi. Il server inoltre comunica costantemente con un server nazionale centralizzato. Altra caratteristica peculiare delle VLT è quella di offrire sullo stesso apparecchio più giochi. L'importo della puntata può variare da un minimo di €0,50 ad un massimo di €10,00.

Il trattamento prevede:

- Colloqui individuali e familiari;
- Gruppi per giocatori d'azzardo in difficoltà e per i loro famigliari;
- Iniziative socio-territoriali di sensibilizzazione rivolta alla popolazione, agli operatori dei Servizi, ai gestori del "Business" del Gioco d'Azzardo (Casinò, Bingo, Esercenti);
- Consulenza legale attivata dal privato sociale con finanziamento ULSS 12.

Il trattamento della dipendenza dal gioco patologico consiste sia in colloqui individuali, che in colloqui familiari, oltre alla possibilità di accedere al gruppo con cadenza settimanale e quindicinale con i familiari. La durata minima del trattamento è di circa un anno.

L'utenza arriva al servizio tramite appuntamento che può fissare anche con il numero che trova affisso in ogni luogo ove vi siano giochi a pagamento.

Nel corso del 2014 il servizio "Informagioco" del SerD, innanzitutto, ha svolto la regolare attività di presa in carico dei pazienti e familiari con problemi di dipendenza da gioco d'azzardo patologico, cercando di ampliare e diversificare l'opportunità di cura. Tra le attività proposte, ad esempio, vi è la creazione e consolidamento del gruppo familiari che affianca l'ormai tradizionale attività gruppale con i pazienti. Il gruppo con i familiari è condotto da due operatori del Ceis di Mestre che, con cadenza mensile, si incontrano con il personale del SerD per un raccordo e per la supervisione dell'attività. Questo gruppo, a differenza di quello con i pazienti che si riunisce settimanalmente, ha una frequenza quindicinale.

Il gruppo con pazienti, condotto da due operatori del SerD, ha visto nel corso del 2014 un sensibile incremento di accessi, tanto che, attualmente, è in ipotesi lo sdoppiamento dei partecipanti, per consentire una più efficace risposta al bisogno terapeutico. In questo momento, nel gruppo confluiscono circa 25 persone, con una presenza di 18 pazienti.

Dall'esperienza relativa alla presa in carico dei pazienti con dipendenza da gioco si conferma la complessità della casistica, con situazioni che richiedono l'integrazione e la co-progettualità con altri servizi dell'azienda Ulss (prevalentemente, CSM e SIL) e con i servizi sociali del territori, con l'attivazione, in alcune situazioni, dell'Amministratore di Sostegno.

Nell'ambito delle attività di servizio, ai nostri pazienti viene somministrato il test SOGS (SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN) in fase di valutazione diagnostica e lo stesso test è riproposto, dopo circa otto mesi dall'accoglienza, come strumento associato alla valutazione dell'esito del programma individuale. Attraverso questo strumento il nostro servizio ha tentato di effettuare una ricerca volta a monitorare la complessiva valutazione di risultato dei trattamenti sui pazienti in carico nel periodo settembre 2013 - aprile 2014.

E' stato così predisposto uno studio semisperimentale prospettico, seguendo nel tempo due coorti distinte di soggetti (pazienti in trattamento – gruppo sperimentale e giocatori problematici non in trattamento – gruppo di controllo) per cogliere le eventuali differenze in merito agli esiti riconducibili all'esposizione al programma terapeutico. Nel gruppo sperimentale sono stati inclusi tutti i pazienti in trattamento continuativo con primo contatto con il servizio ad iniziare dal mese di giugno 2013; mentre i rispondenti del gruppo di controllo sono stati individuati dai gestori che, pur raccogliendo il questionario attraverso un sistema che garantisse l'anonimato, hanno curato la distribuzione dello strumento di indagine nelle due fasi di somministrazione, cercando di raggiungere i giocatori che, in quanto frequentatori abituali del punto di gioco, fossero gli stessi rispondenti di entrambi le tornate di somministrazione.

Durante il mese di settembre del 2013 lo strumento testistico SOGS è stato somministrato a complessivi 101 soggetti, 47 dei quali appartenenti al gruppo di controllo e 54 al gruppo sperimentale. Dopo circa otto mesi (aprile 2014), il questionario è stato risomministrato agli stessi intervistati, con una perdita al follow up del 16% dei rispondenti (5 rispondenti del gruppo di controllo e 11 del gruppo sperimentale), ritenuta sufficientemente compatibile con gli standard ordinari.

Tab. 3.7.1 – GAP – Valutazione di outcome

	Condizione rispetto al problema di gioco	Totale
--	--	--------

		Peggioramento condizione e/o condizione stazionaria	Miglioramento condizione	
In trattamento	Si (g. sperimentale)	6	43	49
	No (g. controllo)	16	20	36
Totale		22	63	85

Relativamente ai risultati del test SOGS in merito alla rilevazione al T0 e al T1 si giunge alle seguenti conclusioni.

Misure relative di efficacia

1. La percentuale dei pazienti in trattamento che mantengono una condizione stazionaria o peggiorano il comportamento patologico del gioco è pari al 12%; di contro, nel campione di controllo, ossia nei soggetti non in trattamento presso il Servizio, questa percentuale è del 44%: $EER = 6/49 = 0.12$ vs $CER = 16/36 = 0.44$ (Experimental Event Rate Vs. Control Event Rate);
2. Dal rapporto tra EER e CER si calcola il Rischio Relativo (RR), che rileva qual è il rischio che l'evento di peggioramento/stazionarietà delle condizioni di salute si manifesta nel gruppo sperimentale (in trattamento), rispetto a quello non sperimentale (non in trattamento). Il risultato è dato dal seguente rapporto $RR = EER/CER$ ossia $0,12/0.44 = 0.28$. Tenendo presente che nel RR l'Ipotesi Nulla di associazione tra EER/CER è pari ad 1, si evince che l'associazione tra determinante e parametro d'occorrenza è negativo ($RR = 0,28$ $RR < 1$) è pertanto il trattamento è protettivo. Inoltre, se si calcola l'Intervallo di Confidenza del RR, i valori riscontrati sono i seguenti: $IC = 0.12 < RR < 0,63$. Il fatto che il limite superiore dell'I.C. (l.s. = 0.63) sia inferiore ad 1 (Ipotesi Nulla) dimostra la significatività statistica del dato.
3. Specularmente è possibile, a questo punto, calcolare la Riduzione del Rischio Relativo ($RRR = 1 - RR$), che esprime la riduzione proporzionale dell'evento nel gruppo dei trattati rispetto al gruppo di controllo. Nel nostro caso, la riduzione del rischio di peggioramento/stazionarietà del problema di gioco nel gruppo sperimentale (in trattamento) è pari al 72% rispetto al gruppo di controllo (non in trattamento).

Misure assolute di efficacia

1. Nel periodo di osservazione della ricerca, la differenza tra la percentuale dei soggetti del gruppo di controllo (non in trattamento) la cui condizione patologica di gioco è stazionaria o aggravata e la percentuale dei soggetti con analoga condizione nel gruppo sperimentale (in trattamento) consente di calcolare la Riduzione Assoluta del Rischio dell'evento nel gruppo dei trattati rispetto ai controlli (Absolute Risk Reduction $ARR = CER - EER$). Nel nostro questo valore è $0.44 - 0.12 = 0.32$.
2. "L'ARR è una misura assoluta, ma essendo un numero decimale non è facile da ricordare. Per questo motivo la misura che rende al meglio l'importanza clinica dell'associazione tra trattamento e risultato è il Number Needed to Treat o NNT" (P. Chiari, D. Mosci, E. Naldi "Evidence-Based Clinical Practice" McGraw Hill, Milano 2011). NNT è indicatore di efficacia che fornisce informazioni rispetto al numero di pazienti da trattare per evitare l'evento avverso (nel nostro caso peggioramento o stazionarietà della condizione di gioco d'azzardo patologico). Questo indicatore è dato dal seguente rapporto: $NNT = 1/ARR$ che, dai dati emersi dal trial, è pari a $1/0.32 = 3$. Interpretando tale indicatore, possiamo dire che gli effetti positivi del trattamento si riscontrano con sicurezza statistica in un caso su tre. In questa proporzione, quindi, l'esito del miglioramento della condizione patologica è direttamente riconducibile al programma di cura.

Il disegno della ricerca e gli esiti della stessa sono stati esposti durante il convegno regionale "Valutazione dell'esito dei trattamenti del disturbo da gioco d'azzardo" tenutosi a Montebelluna il 9 maggio 2014. Un approfondimento del tema può essere rinvenuto nella rivista "Bulletin" di ALEA (Associazione per lo studio del gioco d'azzardo patologico e dei comportamenti a rischio <http://www.gambling.it/images/pdf/Bulletin%202014-2.pdf>).

Il servizio "informa gioco", nel corso del 2014, ha realizzato diversi interventi in ambito territoriale volti a sensibilizzare la popolazione e gli operatori dei servizi sui rischi riconducibili ai comportamenti di gioco. Alcuni interventi hanno interessato anche il mondo della scuola.

Gli interventi sul territorio si sono concretizzati in conferenze e dibattiti pubblici su invito e organizzazione di diversi soggetti: enti locali, associazioni, partiti politici.

Tra le attività più significati si ricorda l’iniziativa “Slotmob”, tenutasi il 5 aprile 2014 a Mestre. Trattasi di un evento finalizzato a portare all’attenzione pubblica le problematiche sociali, economiche e sanitarie legate al gioco d’azzardo. L’intervento, durato un’intera giornata, è consistito in un incontro pubblico con esperti sulle problematiche relative al gioco d’azzardo e un intervento di strada in cui sono stati proposti una serie di giochi di gruppo alternativi a quelli d’azzardo. Durante l’iniziativa sono stati premiati i gestori di locali pubblici i quali non avevano installato apparecchi di gioco come Slot e VLT.

Nel mese di marzo il servizio “Informagioco” ha partecipato all’incontro pubblico “Quando il gioco non è più in gioco” a Venezia e nel mese di giugno 2014 ad una serata a tema rivolta alla popolazione del Comune di Marcon.

Il servizio “Informagioco” ha inoltre realizzato interventi di formazione per il personale socio sanitario dell’azienda Ulss 2 di Feltre ed in particolare ai servizi del SerD e della Psichiatria.

3.7.2. Gli utenti seguiti nell’anno

Nel corso del 2014 il servizio “Informagioco” ha seguito 143 situazioni di pazienti rivoltisi per problemi di gioco d’azzardo patologico. Di questi il 34% sono soggetti entrati in trattamento per la prima volta nel corso dell’anno di rilevazione.

Tra gli utenti dell’”Informagioco” prevale la componente di sesso maschile. Le donne sono solo il 14% del campione.

Un numero significativo di pazienti proviene da aree geografiche differenti rispetto a quella di competenza. In proposito 34 sono gli utenti residenti in altra Ulss, alcuni dei quali sono in trattamento da alcuni anni. I cittadini stranieri sono 10, quasi tutti dell’Est Europa.

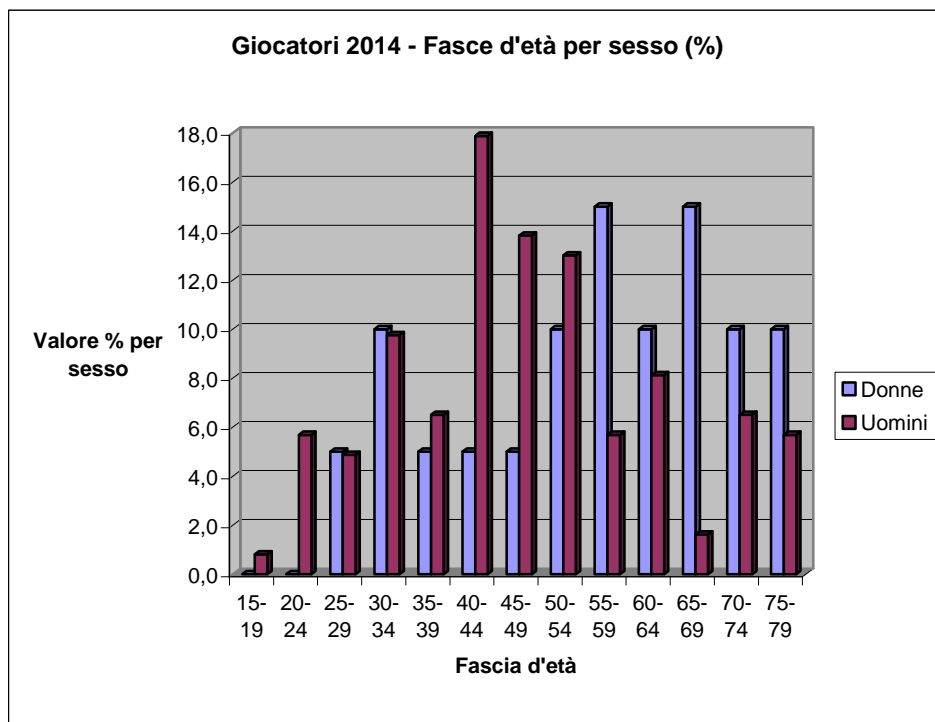
I pazienti coniugati sono 54 e 71 sono gli occupati. Il 9% risulta essere disoccupato ed il 14% pensionato.

Per ciò che attiene alla tipologia di gioco sulla quale soprattutto si è strutturata la dipendenza da gioco, tra tutte, prevale l’utilizzo di Slot Machine e VLT che interessa l’83% dei pazienti in trattamento.

Tab. 3.7.1 – GAP: utenti nuovi e già seguiti

Sesso	Posizione per Ser.D. (v.a.)		
	Nuovi	Già noti	Totale
Donne	5	15	20
Uomini	45	78	123
Totale	50	93	143

Graf. 3.7.1 – GAP – Suddivisione per genere e fasce d’età



Tab. 3.7.2 – GAP – Utenti per fascia d'età e sesso

Sesso	Fascia d'età - Valori assoluti													Totale
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	
Donne	0	0	1	2	1	1	1	2	3	2	3	2	2	20
Uomini	1	7	6	12	8	22	17	16	7	10	2	8	7	123
Totale	1	7	7	14	9	23	18	18	10	12	5	10	9	143

Età: minima 19.1, massima 79.8, media 49.5; deviazione standard 15,2

Tab.3.7.3 – GAP – Utenti per provenienza per territorio e Azienda Ulss

Sesso	Provenienza (valori assoluti per sesso)									Totale
	ASL 10 Veneto orientale	ASL 12 Veneziana	ASL 13 Dolo Mirano	ASL 14 Chioggia	ASL 16 Padova	Regione Emilia Romagna	Regione Lazio	Regione Marche		
Donne	0	18	2	0	0	0	0	0	20	
Uomini	1	91	22	5	1	1	1	1	123	
Totale	1	109	24	5	1	1	1	1	143	

Tab.3.7.4 – GAP – Utenti per cittadinanza e sesso

Sesso	Cittadinanza (valori assoluti per sesso)								Totale
	Croazia	Italia	Moldavia	Marocco	Romania	Turchia	Ucraina		
Donne	1	17	0	0	1	0	1	20	
Uomini	0	116	4	2	0	1	0	123	
Totale	1	133	4	2	1	1	1	143	

Tab.3.7.5 – GAP – Utenti per stato civile e sesso

Sesso	Stato civile (valori assoluti per sesso)									Totale
	Separato/a	Coniugato/a	Non coniugato/a	Convivente	Divorziato/a	Vedovo/a	Non riferito	Non noto		
Donne	0	6	4	0	1	3	2	4	20	
Uomini	11	48	36	3	5	2	13	5	123	
Totale	11	54	40	3	6	5	15	9	143	

Tab.3.7.6 – GAP – Utenti per scolarità e sesso

Sesso	Scolarità (valori assoluti per sesso)							
	Non risulta /non risponde	Nessuna	Elementari	Medie inferiori	Scuola professionale bi/triennale	Medie superiori	Laurea	Totale
Donne	6	0	3	10	0	0	1	20
Uomini	17	2	15	47	14	22	6	123
Totale	23	2	18	57	14	22	7	143

Tab.3.7.7 – GAP – Utenti per condizione professionale e sesso

Sesso	Condizione professionale (valori assoluti per sesso)									
	Studente	Disoccupato/a	In condizione non profess.	Casalingo/a	Occupato saltuariamente	Occupato stabile	Dipendente	Altro	Non rilevata	Totale
Donne	0	2	4	2	1	1	3	2	5	20
Uomini	1	10	16	0	5	31	36	11	13	123
Totale	1	12	20	2	6	32	39	13	18	143

Tab.3.7.8 – GAP – Utenti per tipologia di gioco e fascia d'età

Fascia d'età	Tipologia di gioco per fascia d'età (valori assoluti)														
	Blackjack	Gratta e vinci on line	Lotterie istantanee, gratta e vinci, win for life	Poker	Poker on line	Roulette	Scommesse sportive	Slot machines	Slot machines on line	Lotto / Superenalotto	Shopping (compulsivo)	Videopoker	Altro	Non noto/non risulta	Totale
15-19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
20-24	0	0	0	1	0	0	0	5	0	1	0	0	0	0	7
25-29	0	0	0	0	1	1	0	5	0	0	0	0	0	0	7
30-34	0	1	0	1	0	0	0	11	1	0	0	0	0	0	14
35-39	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	1	1	0	0	9
40-44	0	0	0	1	0	1	0	20	0	0	1	0	0	0	23
45-49	0	0	2	0	0	0	0	14	1	0	0	0	0	1	18
50-54	0	0	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	0	18
55-59	0	0	1	0	0	0	0	7	0	0	0	1	0	1	10
60-64	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	0	0	0	12
65-69	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	5
70-74	0	0	0	0	0	0	1	9	0	0	0	0	0	0	10
75-79	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	1	0	0	9
Totale	1	1	3	3	1	2	2	119	2	1	2	3	1	2	143

3.8. Tabagisti

(a cura di Daniela Orlandini¹⁶)

3.8.1. L'attività svolta nel 2014

Il Centro Trattamento Tabagismo (di seguito CTT) dell'Ulss 12 Veneziana si costituisce nell'estate del 2012 con lo scopo di sperimentare e ideare un modello di intervento clinico ambulatoriale per il **trattamento dei fumatori**.

Si tratta di un Servizio specialistico che offre informazioni, consulenze e interventi medici, psicologici ed educativi per i fumatori che vi accedono. Si occupa anche di:

- formazione del personale sanitario aziendale;
- gestione dei rapporti fra servizi sanitari ed ospedalieri e distrettuali e associazioni del territorio;
- coordinamento regionale dell'area trattamento del tabagismo;
- collaborazione a progetti aziendali e regionali.

L'équipe è composta da operatori opportunamente formati e appartenenti a diverse professionalità (psicologi psicoterapeuti, medico tossicologo, infermiere, assistente sanitaria e assistente sociale) in modo da offrire all'utente un approccio multidisciplinare. Alcuni colleghi si occupano di trattamento individuale, altri di trattamento di gruppo e altri di lavoro di rete.

L'accesso all'ambulatorio del CTT dell'Ulss 12 Veneziana è diretto e gratuito: non serve né impegnativa né prenotazione attraverso il CUP. I fumatori possono prendere appuntamento, contattando la segreteria telefonica al numero 041.260.8220 oppure inviando una e-mail all'indirizzo CTT@ulss12.ve.it indicando nome, cognome e recapito telefonico. Non appena possibile vengono richiamati da un operatore che fissa la prima visita. L'ambulatorio è aperto il lunedì pomeriggio. Le prime visite durano all'incirca un'ora e mezzo.

Il **percorso terapeutico** ha una durata variabile a seconda della complessità del caso e la presa in carico ha una durata non inferiore all'anno. I fumatori vengono accompagnati nel percorso con follow up a 3, 6 e 12 mesi dall'astensione dal fumo.

Il percorso si struttura in una **prima fase di valutazione** che prevede quattro colloqui a distanza di una settimana uno dall'altro in base alle disponibilità di agenda e del paziente prima di stilare il piano terapeutico. La fase di valutazione e presa in carico si articola in un periodo di 4 o 6 settimane. Il fumatore viene accompagnato per un anno o più dalla presa in carico attraverso un percorso personalizzato.

L'accoglienza è la porta di accesso alla presa in carico e viene effettuata ad ogni incontro dall'infermiere o dall'assistente sanitaria. La scelta di queste figure professionali è motivata dal fatto che hanno le competenze sia rispetto alla valutazione dei parametri vitali sia rispetto alla raccolta di dati anagrafici, anamnestici sanitari, stili di vita che verranno poi approfonditi dal medico e dallo psicologo. Il paziente poi compila un set di strumenti psicometrici (FTND, VMC2-T, VRS5-T, SDS, SAS) utilizzati per orientare nella valutazione del livello di dipendenza, della motivazione al cambiamento, della presenza di sintomatologia relativa ad ansia e depressione. Lo psicologo, esaminati i tests, attraverso il colloquio indaga il benessere psicologico, approfondisce la storia tabaccologica e gli aspetti motivazionali. In base al tipo di motivazione il fumatore seguirà un percorso specifico: i pazienti motivati verranno visti dal medico per un approfondimento dello stato clinico attuale e pregresso e della storia tabaccologica e quindi proseguiranno con una presa in carico. I fumatori poco motivati invece sono inseriti in un ciclo di tre incontri a cadenza mensile (**ciclo di colloqui motivazionali**) al fine di incrementare la motivazione al cambiamento, base indispensabile per il trattamento del tabagismo. Sempre per questi pazienti il CTT offre dei colloqui individuali di educazione sanitaria a supporto dei colloqui motivazionali, qualora gli operatori li ritengano opportuni.

La **seconda fase del trattamento** prevede la definizione concordata di un piano terapeutico individualizzato che tiene conto sia del livello di motivazione che di dipendenza del singolo fumatore. Pertanto in base a queste due variabili al paziente può essere proposta un sostegno psicologico individuale o di gruppo, accompagnata o meno da una terapia farmacologica. Il numero e la frequenza degli incontri sono personalizzati in base alle caratteristiche del singolo fumatore.

¹⁶ Psicologa e Psicoterapeuta – Responsabile U.O.S. Prevenzione Dipendenze e Responsabile del C.T.T.

Tra le opzioni terapeutiche il percorso di gruppo denominato TGFumo (costituito da 9 incontri guidati da un conduttore e co-conduttore opportunamente formati) ha visto nel 2014 la realizzazione di due 2 cicli a cui hanno partecipato n°29 utenti.

Una volta raggiunta l'astensione il trattamento prosegue con incontri di sostegno, di monitoraggio e/o di counselling telefonico.

Colloqui individuali di educazione sanitaria vengono proposti a quei fumatori a rischio di ricaduta per motivi legati a difficoltà di adattamento al nuovo stile di vita (aumento di peso dovuto a scarsa attività motoria e/o abitudini alimentari scorrette). Tali colloqui hanno lo scopo sia di stimolare il paziente a mettere in atto strategie più efficaci di adattamento, sia di fornire informazioni mirate come ad esempio i riferimenti di associazioni nel territorio che operano a vario titolo e che possono essere di interesse per il paziente.

Al fine di promuovere il CTT a livello aziendale e al contempo favorire l'accesso al nostro ambulatorio, abbiamo svolto nel 2014 le seguenti attività:

- partecipazione al gruppo aziendale "Aziende sanitarie libere dal fumo" coordinato dal Dipartimento di Prevenzione
- partecipazione alla Giornata del Cuore – 26 settembre 2014 all'Ospedale dell'Angelo organizzata dalla UOC Cardiologia. In tale sede sono stati effettuati 53 contatti con visitatori di cui 23 di counselling brevissimo per fumatori.
- Mantenimento dei contatti con le associazioni del territorio interessati al tabagismo (LILT, Amici del Cuore di Venezia e di Mestre)
- organizzazione e gestione della formazione al counselling breve per fumatori diretto ad operatori sanitari dell'az. ULSS12 veneziana (11 novembre 2014, 40 partecipanti).

3.8.2. Gli utenti seguiti nell'anno

Nel 2014 si sono rivolti per la prima volta al CTT 67 fumatori di cui 32 uomini e 35 donne, mentre gli utenti totali in carico sono 107 di cui 49 maschi e 58 femmine. E' interessante notare che sono state più le donne a chiedere un intervento rispetto ai maschi e questo dato non rispecchia l'andamento reale dei dati regionali: infatti la Sorveglianza Passi Veneto 2010-2014 riporta una prevalenza maggiore fra gli uomini (26%) rispetto alle donne (18%).

L'età media degli utenti seguiti nel 2014 era di 53.1 anni, con range 29.6-80.6 (deviazione standard 10.4).

Tab. 3.8.2.1 – Tabagisti – Utenti nuovi e già seguiti

Posizione per SerD	M	F	Totale
Nuovo	32	35	67
Già in carico / rientato	17	23	40
TOTALE	49	58	107

Tab. 3.8.2.2 – Tabagisti – Utenti per sesso e fasce d'età

Fascia Età	M	F	Totale
25-29	0	1	1
30-34	2	2	4
35-39	2	2	4
40-44	6	9	15
45-49	12	10	22
50-54	6	9	15
55-59	7	13	20
60-64	5	8	13
>64	9	4	13
TOTALE	49	58	107

Tab. 3.8.2.3 – Tabagisti – Utenti per stato civile

Stato civile	M	F	Totale
Separato/a	2	6	8
Coniugato/a	29	18	47
Non coniugato/a	9	8	17
Convivente	4	5	9
Divorziato/a	1	7	8
Vedovo/a	0	6	6
Non riferito	3	8	11
Non noto	1	0	1
TOTALE	49	58	107

Tab. 3.8.2.4 – Tabagisti – Utenti per scolarità

Scolarità	M	F	Totale
Non risulta/non risponde	13	13	26
Nessuna	0	0	0
Elementari	1	3	4
Medie inferiori	13	9	22
Scuola professionale biennale/triennale	2	2	4
Medie superiori	16	11	27
Diploma universitario	0	6	6
Laurea	4	14	18
TOTALE	49	58	107

I fumatori che si rivolgono al CTT sono per lo più italiani, prevalentemente residenti nel territorio dell'Ulss 12, appartenenti alla fascia di età tra i 45 e i 59 anni.

Tab. 3.8.2.5 – Tabagisti – Utenti per condizione professionale

Professione	M	F	Totale
Studente	0	0	0
Occupato stab. Indipendente	6	11	17
Occupato saltuariamente	0	0	0
Disoccupato/a	2	0	2
Condizione non professionale	2	2	4
Dipendente	13	22	35
Non rilevata	11	14	25
Altro	15	5	20
Casalingo/a	0	4	4
TOTALE	49	58	107

Tab. 3.8.2.6 – Tabagisti – Utenti per provenienza

Provenienza	M	F	Totale
Comune ULSS 12	39	50	89
Provincia di Venezia	7	6	13
Regione Veneto	2	2	4
Fuori regione	1	0	1
TOTALE	49	58	107

Tab. 3.8.2.7 – Tabagisti – Utenti per nazionalità

Cittadinanza	M	F	Totale
Italiana	49	54	103
Greca	0	1	1
Rumena	0	2	2
Ucraina	0	1	1
TOTALE	49	58	107

3.9. Detenuti

(a cura di Francesca Zane¹⁷)

3.9.1. L'attività svolta nel 2014

Nel gennaio 2000, recependo le indicazioni del D.L. 230/1999, l'ULSS Veneziana (come tutte quelle della Regione Veneto), ha avviato un processo di riorganizzazione delle attività del Serd per migliorare la qualità degli interventi di attività specialistica per le persone alcol/tossicodipendenti detenute.

Le persone detenute con problematiche di alcol/tossicodipendenza già all'ingresso sono portatrici di specifiche patologie e necessitano di un intervento complesso e tempestivo che garantisca la continuità terapeutica sia sul piano farmacologico che di accompagnamento alla prosecuzione di programmi già in corso nei servizi del territorio di appartenenza. In questo senso il sistema di cura deve articolarsi in modo da seguire, senza discontinuità, il paziente prima, durante e dopo la carcerazione.

L'organizzazione dell'attività specialistica garantisce, attraverso progetti integrati, prestazioni di accoglienza/valutazione diagnostica, continuità assistenziale, formulazione di programmi terapeutici anche in Misura Alternativa, accompagnamento alla dimissione, in stretta connessione e coordinamento con gli operatori della Sanità Penitenziaria e con i Servizi territoriali di riferimento. In questo senso, il lavoro di rete rappresenta un punto di forza nella gestione della persona alcol/tossicodipendente detenuta.

Una particolare attenzione viene dedicata al processo diagnostico e alla successiva certificazione, condizione necessaria per richiedere programmi terapeutici in Misura Alternativa alla detenzione previsti dall'Art 94 del DPR 309/90; la certificazione di tossicodipendenza, atto di natura legale dal quale discendono questi benefici di legge, è specificamente affidato dalla norma al medico del SerD.

Nella ricerca di modelli organizzativi che prevedano unitarietà e coordinazione nelle prestazioni sanitarie in carcere, è importante e necessario, vista la complessità dell'intervento nel contesto detentivo, differenziare attraverso protocolli operativi che regolino funzionalmente l'attività dei due servizi: l'assistenza primaria, garantita dalla Sanità Penitenziaria, e l'intervento specialistico per le dipendenze, attuato dai servizi del Dipartimento per le Dipendenze.

L'équipe multidisciplinare dell'“Area Penitenziaria” del Ser.D. di Venezia

L'attività viene svolta con presenza settimanale all'interno degli Istituti Penali di Venezia (Casa Reclusione Donne e Carcere Circondariale Maschile) da personale di ruolo e convenzionato.

L'équipe è composta da un Medico, un'Assistente Sociale, un Coordinatore Infermieristico, uno Psicologo con contratto di convenzione di “Attività psicologica specialistica ambulatoriale”.

Il medico, lo psicologo e l'assistente sociale, oltre all'attività diretta con l'utente, partecipano all'incontro mensile di équipe in carcere (GOT) finalizzato alla discussione di casi clinici, alla formulazione di progetti trattamentali intra ed extra murari ed alla formulazione di relazioni sui pazienti in carico, eventualmente richieste in questa sede.

Inoltre, oltre al raccordo con le Direzioni degli II.PP., gli Operatori collaborano con:

- ✓ UOS Sanità Penitenziaria – Distretto 2;
- ✓ Ser.D. competente per residenza dell'utente;
- ✓ Equipe trattamentale;
- ✓ Ufficio Esecuzione Penale Esterna;
- ✓ Tribunale di Sorveglianza;
- ✓ Comunità Terapeutiche;
- ✓ UOC Area Penitenziaria del Comune di Venezia;
- ✓ Medico incaricato e medici della “continuità assistenziale”;
- ✓ Specialista dell'U.O.C. Malattie Infettive;
- ✓ Specialista del Dipartimento Salute Mentale operante nell'Istituto;
- ✓ Laboratorio Analisi Ospedaliero;

¹⁷ Assistente sociale, Ser.D. Venezia, Area Penitenziaria

✓ U.O.C. Farmacia Ospedaliera.

3.9.2. Gli utenti seguiti nell'anno

Tab. 3.9.2.1 – Detenuti per fascia d'età e sesso

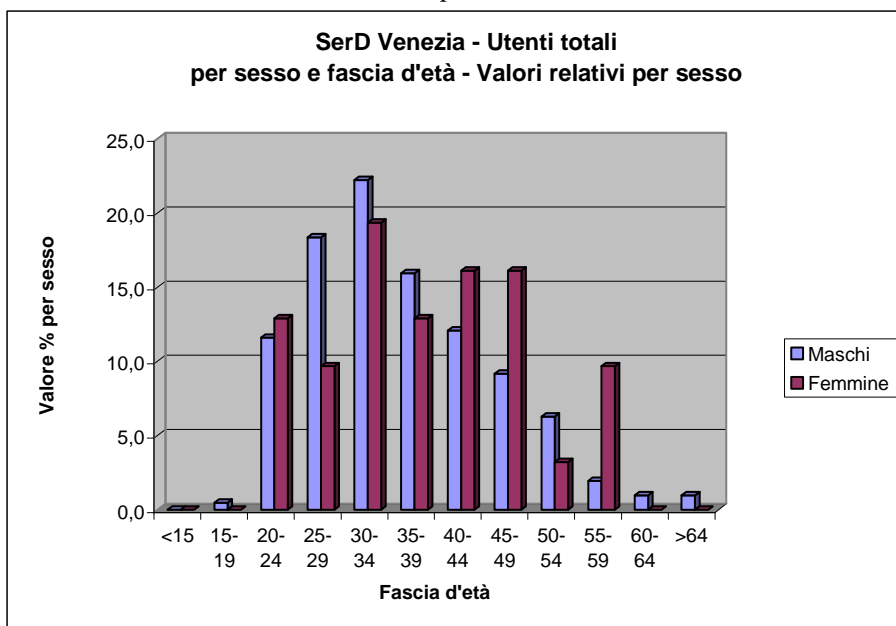
Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
<15	0	0	0
15-19	1	0	1
20-24	24	4	28
25-29	38	3	41
30-34	46	6	52
35-39	33	4	37
40-44	25	5	30
45-49	19	5	24
50-54	13	1	14
55-59	4	3	7
60-64	2	0	2
>64	2	0	2
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.2 – Detenuti per fascia d'età e sesso – Nuovi assoluti

Fascia età	Sesso		Totale
	M	F	
<15	0	0	0
15-19	1	0	1
20-24	17	1	18
25-29	17	0	17
30-34	21	2	23
35-39	20	2	22
40-44	4	2	6
45-49	6	1	7
50-54	4	0	4
55-59	1	2	3
60-64	2	0	2
>64	1	0	1
TOTALE	94	10	104

Età: minimo 19,3 anni; massimo 66,4; media 36,3; deviazione standard 9,9.

Graf. 3.9.2.1 - Detenuti Istituti veneziani per fascia d'età e sesso



Tab. 3.9.2.3 – Detenuti per residenza e sesso

Residenza	Sesso		Totale
	M	F	
Comune ULSS 12	61	6	67
Provincia di Venezia	42	4	46
Regione Veneto	11	14	25
Fuori regione	93	7	100
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.4 – Detenuti per Ulss del Veneto o Regione di residenza e sesso

Provenienza (Ulss del Veneto)	Sesso		Totale	Provenienza (altre Regioni)	Sesso		Totale
	M	F			M	F	
ULSS N. 2 FELTRE (BL)	2	1	3	Lombardia	1	2	3
ULSS N. 4 ALTO VICENTINO	0	1	1	Friuli Venezia Giulia	3	2	5
ULSS N. 6 VICENZA	2	0	2	Liguria	1	0	1
ULSS N. 7 PIEVE DI SOLIGO	1	2	3	Emilia-Romagna	1	0	1
ULSS N. 9 TREVISO	3	3	6	Toscana	1	0	1
ULSS N. 10 VENETO ORIENTALE	9	1	10	Lazio	1	0	1
ULSS N. 12 VENEZIANA	61	6	67	Campania	1	0	1
ULSS N. 13 MIRANO	25	2	27	Puglia	1	0	1
ULSS N. 14 CHIOGGIA	8	1	9	Sardegna	1	1	2
ULSS N. 15 ALTA PADOVANA	0	2	2	Nessuna delle precedenti	82	2	84
ULSS N. 16 PADOVA	2	2	4	TOTALE	93	7	100
ULSS N. 18 ROVIGO	1	1	2				
ULSS N. 20 VERONA	0	1	1				
ULSS N. 22 BUSSOLENGO	0	1	1				
TOTALE	114	24	138				

Tab. 3.9.2.5 – Detenuti per stato civile e sesso

Stato civile	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno (celibe/nubile)	97	9	106
Coniugato	28	9	37
Convivente	18	2	20
Separato-a	10	0	10
Divorziato-a	5	0	5
Vedovo-a	0	0	0
Non riferito	29	2	31
Non noto	20	9	29
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.6 – Detenuti per scolarità e sesso

Scolarità	Sesso		Totale
	M	F	
Nessuno	2	0	2
Licenza elementare	25	3	28
Scuola media inferiore	87	10	97
Scuola professionale 2-3 anni	20	0	20
Diploma di maturità	12	5	17
Diploma universitario	1	0	1
Laurea	2	1	3
Non risulta / non risponde	58	12	70
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.7 – Detenuti Istituti veneziani per condizione professionale e sesso

Condizione professionale	Sesso		Totale
	M	F	
Studente	2	0	2
Occupato stab. Indipendente	17	1	18
Occupato saltuariamente	37	7	44
Disoccupato/a	77	8	85
In condizione non professionale	0	0	0
Dipendente	14	2	16
Non rilevata	43	5	48
Altro	17	7	24
Casalingo/a	0	1	1
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.8 – Detenuti Istituti veneziani per sostanza d'iniziazione e sesso

Sostanza d'iniziazione	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	24	4	28
Altro	2	1	3
Cannabinoidi	88	8	96
Cocaina	12	3	15
Ecstasy e analoghi	0	1	1
Eroina	6	3	9
Metadone (da strada)	1	0	1
Non risulta/non risponde	74	11	85
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.9 – Detenuti Istituti veneziani per sostanza d'abuso primaria e sesso

Sostanza primaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	28	2	30
Altri ipnotici e sedativi	1	1	2
Altri oppiacei	1	1	2
Altro	6	0	6
Cannabinoidi	28	0	28
Cocaina	48	5	53
Crack	2	0	2
Ecstasy e analoghi	0	1	1
Eroina	90	21	111
Metadone (da strada)	3	0	3
TOTALE	207	31	238

Tab. 3.9.2.10 – Detenuti Istituti veneziani per sostanza d'abuso primaria e fascia d'età - Frequenze

Sostanza primaria	Fascia_età										
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64
Alcol	0	2	3	4	5	4	4	3	2	1	2
Altri ipnotici e sedativi	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Altri oppiacei	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Altro	1	0	0	2	0	2	1	0	0	0	0
Cannabinoidi	0	4	8	9	3	2	0	2	0	0	0
Cocaina	0	7	6	16	10	6	6	1	0	1	0
Crack	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Ecstasy e analoghi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Eroina	0	13	24	18	16	16	12	7	5	0	0
Metadone (da strada)	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	1	28	41	52	37	30	24	14	7	2	2

Tab. 3.9.2.11 – Detenuti Istituti veneziani per sostanza d'abuso primaria e fascia d'età – Valori relativi per fascia

Sostanza primaria	Fascia_età										
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64
Alcol	0,0%	7,1%	7,3%	7,7%	13,5%	13,3%	16,7%	21,4%	28,6%	50,0%	100,0%
Altri ipnotici e sedativi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altri oppiacei	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Altro	100,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	6,7%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	0,0%	14,3%	19,5%	17,3%	8,1%	6,7%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Cocaina	0,0%	25,0%	14,6%	30,8%	27,0%	20,0%	25,0%	7,1%	0,0%	50,0%	0,0%
Crack	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ecstasy e analoghi	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Eroina	0,0%	46,4%	58,5%	34,6%	43,2%	53,3%	50,0%	50,0%	71,4%	0,0%	0,0%
Metadone (da strada)	0,0%	7,1%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 3.9.2.12 – Detenuti Istituti veneziani per sostanza d'abuso secondaria e sesso

Sostanza secondaria	Sesso		Totale
	M	F	
Alcol	57	3	60
Allucinogeni	0	5	5
Altri allucinogeni	3	0	3
Amfetamine	7	4	11
Benzodiazepine	6	0	6
Cannabinoidi	79	8	87
Cocaina	117	23	140
Crack	16	3	19
Ecstasy e analoghi	11	10	21
Eroina	32	2	34
Metadone (da strada)	12	0	12
Morfina	2	0	2
TOTALE	342	58	400

Tab. 3.9.2.13 – Detenuti Istituti veneziani per sostanze d'abuso secondarie e fascia d'età - Frequenze

Sostanza secondaria	Fascia_età									Totale
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
Alcol	0	4	16	17	11	3	4	5	0	60
Allucinogeni	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5
Altri allucinogeni	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Amfetamine	0	0	8	0	0	0	0	3	0	11
Benzodiazepine	0	2	2	0	2	0	0	0	0	6
Cannabinoidi	2	15	15	25	5	10	12	0	3	87
Cocaina	2	12	50	22	19	16	12	7	0	140
Crack	0	5	7	2	3	2	0	0	0	19
Ecstasy e analoghi	0	4	3	14	0	0	0	0	0	21
Eroina	0	4	18	6	5	0	1	0	0	34
Metadone (da strada)	0	0	6	2	4	0	0	0	0	12
Morfina	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
TOTALE	4	46	125	96	51	31	29	15	3	400

Tab. 3.9.2.14 – Detenuti Istituti veneziani per sostanze d'abuso secondarie e fascia d'età – Valori relativi per fascia

Sostanza secondaria	Fascia_età								
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
Alcol	0,0%	8,7%	12,8%	17,7%	21,6%	9,7%	13,8%	33,3%	0,0%
Allucinogeni	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altri allucinogeni	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Amfetamine	0,0%	0,0%	6,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%
Benzodiazepine	0,0%	4,3%	1,6%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cannabinoidi	50,0%	32,6%	12,0%	26,0%	9,8%	32,3%	41,4%	0,0%	100,0%
Cocaina	50,0%	26,1%	40,0%	22,9%	37,3%	51,6%	41,4%	46,7%	0,0%
Crack	0,0%	10,9%	5,6%	2,1%	5,9%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Ecstasy e analoghi	0,0%	8,7%	2,4%	14,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Eroina	0,0%	8,7%	14,4%	6,3%	9,8%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%
Metadone (da strada)	0,0%	0,0%	4,8%	2,1%	7,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Morfina	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 3.9.2.15 – Detenuti per nazionalità/cittadinanza e sesso

Nazionalità / cittadinanza	Sesso		Totale
	M	F	
Italia	98	29	127
Cittadini Comunitari			
Lituania	1	0	1
Polonia	3	0	3
Romania	10	0	10
Slovacchia	0	1	1
Totale cittadini Comunitari	14	1	15
Cittadini Extra - comunitari			
Albania	11	0	11
Algeria	2	0	2
Bangladesh	2	0	2
Bosnia Erzegovina	0	1	1
Sri Lanka	1	0	1
Georgia	2	0	2
Ungheria	2	0	2
Moldavia	2	0	2
Marocco	18	0	18
Niger	2	0	2
Nigeria	3	0	3
Pakistan	2	0	2
Federazione Russa	1	0	1
Senegal	2	0	2
Tunisia	39	0	39
Ucraina	2	0	2
Macedonia	1	0	1
Serbia e Montenegro	3	0	3
Totale cittadini extra - comunitari	95	1	96
TOTALE Detenuti	207	31	238

Tab. 3.9.2.16 – Prestazioni erogate

Descrizione	N° prest.
1 - Attività telefonica	370
2 - Relazioni sul caso e prescrizioni	1349
4.1 - visita medica specialistica (prima visita)	61
4.4 - visita medica (controllo)	240
4.6 - visita psichiatrica (completa di esame obiettivo)	734
5.2 - colloquio psicologico-clinico (counseling, pre-test, post-test,...)	657
5.3 - colloquio per management clinico del paziente	2
5.5 - colloquio psichiatrico (controllo senza esame obiettivo)	3
5.6 - colloquio informativo	1
5.7 - colloqui di assistenza sociale (valutazione, counseling, sostegno, riabilitazione)	315
5.13 - Colloquio psicologico/clinico (1° visita)	29
13.2 - riunione per caso clinico	273
13.3 - riunione per caso clinico con enti esterni	358
Altre prestazioni	327
TOTALE	4719

3.10. Le attività della U.O.S. Prevenzione Dipendenze – Iniziative di prevenzione indicata a favore di adolescenti ad alto rischio di uso di sostanze

(a cura di Daniela Orlandini¹⁸ e Fabio Frascione¹⁹)

¹⁸ Psicologa, psicoterapeuta, Responsabile U.O.S. Prevenzione Dipendenze, Ser.D. Mestre

¹⁹ Assistente sociale, U.O.S. Prevenzione Dipendenze, Ser.D. Mestre

Le attività dell'UOS Prevenzione Dipendenze, come da indicazioni Aziendali, riguardano in particolar modo la prevenzione indicata, e sono rivolte alla popolazione adulta del territorio di competenza di Mestre, Marcon e Quarto d'Altino.

La *prevenzione indicata* si riferisce a strategie rivolte ad individui ad alto rischio di sviluppare problemi legati all'uso/abuso di sostanze psicoattive. Abbiamo fatto la scelta strategica di lavorare con gli adulti significativi, scelta 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 alcuni dispositivi finalizzati a lavorare con *gli adulti significativi* a contatto con adolescenti a rischio come genitori e docenti in primis e secondariamente operatori di molteplici servizi territoriali, sia istituzionali sia del privato sociale sia del volontariato.

Si sottolinea che la proposta di tali dispositivi in ambito scolastico, nel recepimento della dgr. 2416/08, segue la programmazione ed organizzazione del Tavolo di Programma deputato allo 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, Ufficio Scolastico Territoriale.

Le iniziative dirette agli adulti significativi riguardano nello specifico sia un'area di carattere *informativo/formativo* sia una di carattere prettamente *consulenziale*.

3.10.1. “I genitori si interrogano su adolescenti e droghe”.

L'incontro, è preceduto da contatti propedeutici a carattere organizzativo con la Direzione Scolastica e i docenti referenti. Si tratta di un incontro assembleare, della durata di due ore, condotto da due operatori attraverso modalità partecipative che prevedono momenti di relazione frontale e momenti di dibattito e confronto tra i partecipanti. Viene svolto nella sede scolastica e pubblicizzato nelle modalità ritenute più opportune dalla scuola stessa. L'incontro è effettuato al raggiungimento di un numero minimo di 20 pre-iscrizioni.

La proposta, avviata sin dal 1996, è rivolta agli istituti scolastici secondari di primo e secondo grado ed ha come finalità l'informazione/formazione sul tema adolescenti e droghe e la diffusione della conoscenza del dispositivo di consulenza preventiva per genitori “Droga che fare?” effettuata presso il SerD della terraferma veneziana. L'effettuazione di questi interventi ha comportato un significativo lavoro propedeutico con le scuole attraverso incontri di carattere organizzativo per poi realizzare gli incontri assembleari presso la scuola richiedente con il coinvolgimento di numerosi genitori ed alcuni docenti. In tali contesti si è provveduto inoltre alla distribuzione di materiale informativo destinato agli adulti (il folder “Info genitori – Adolescenza e comportamenti a rischio” auto-prodotto) in concomitanza all'inserimento dello stesso nel sito web della scuola.

L'attività di sensibilizzazione rivolta ai *genitori* ha permesso in questi anni di:

- ♣ favorire la conoscenza del nostro dispositivo di consultazione per genitori e in alcuni casi il contatto diretto con gli operatori
- ♣ facilitare l'accesso dei genitori alla consultazione preventiva presso il Servizio
- ♣ sollecitare l'attenzione e il monitoraggio dei genitori sull'argomento droga

L'intervento preventivo si propone infatti di :

- ♣ sensibilizzare i genitori sui comportamenti a rischio e sul consumo di sostanze psicoattive legali e illegali contestualizzati alla fase evolutiva adolescenziale
- ♣ stimolare la riflessione sugli stili di consumo e sulle motivazioni ad esso connesse
- ♣ offrire uno spazio di confronto educativo con riferimento ai fattori di protezione e di rischio specifici, evidenziando i punti di forza della famiglia
- ♣ far conoscere il dispositivo di consultazione.

Nell'anno scolastico 2013/2014 si sono effettuati i seguenti incontri di sensibilizzazione:

anno scolastico	n. incontri istituto comprensivo	n. incontri scuola secondaria di primo grado	n. incontri scuola secondaria di secondo grado	totale genitori presenti nell'anno
2013/14	3	/	7	245

3.10.2. "I docenti di fronte agli studenti a rischio di consumo di droghe".

L'attività formativa/informativa rivolta ai *docenti* ha visto l'applicazione di moduli predisposti dal Servizio di diversa durata e articolazione, in funzione delle disponibilità offerte in questi anni dagli istituti scolastici.

La proposta di un incontro di aggiornamento rivolta ai docenti e ai dirigenti risponde alle istanze di formazione provenienti dalle scuole più volte raccolte dal Servizio nel corso degli anni.

L'adolescenza è un momento della vita particolarmente importante anche per l'acquisizione di stili di vita e comportamenti dannosi per la salute come il consumo di droghe, legali ed illegali. È dunque importante che i docenti siano a conoscenza di tali problematiche e dispongano degli strumenti necessari per agire in maniera preventiva. Gli insegnanti, inoltre, si trovano sempre più spesso in difficoltà di fronte a situazioni che coinvolgono gli studenti in comportamenti precoci di consumo di sostanze psicoattive agiti sia al di fuori sia all'interno degli istituti scolastici.

Di fronte a queste situazioni si pongono diversi interrogativi, che sono oggetto di uno spazio di aggiornamento specifico rivolto ai docenti e ai dirigenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado.

Il modulo vuole offrire da un lato un'occasione di aggiornamento sulla prevenzione delle dipendenze nelle sue diverse articolazioni, nei suoi contenuti e nelle sue esplicitazioni operative e, dall'altro, una possibilità di conoscenza e confronto sugli strumenti educativi a disposizione nella relazione studenti-docenti.

Oggetto dell'incontro sono le modalità e gli stili di consumo di sostanze psicoattive, i significati connessi al consumo adolescenziale, i comportamenti a rischio correlati, i fattori di rischio e di protezione in particolare nell'ambito scolastico, cenni sugli aspetti legali relativi alla detenzione, consumo e spaccio di stupefacenti.

Il modulo si struttura in un incontro assembleare, della durata di tre ore condotto da due operatori attraverso modalità partecipative che prevedono momenti di relazione frontale e momenti di dibattito e confronto guidato tra i partecipanti. L'incontro viene svolto nella sede scolastica e pubblicizzato con congruo anticipo dalla scuola stessa.

Tale attività offerta alle Scuole secondarie di primo e secondo grado ha consentito di:

- ♣ Offrire 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.

Nell'anno scolastico 2013/2014 si sono effettuati i seguenti incontri di formazione:

anno scolastico	n. incontri istituto comprensivo	n. incontri scuola secondaria di primo grado	n. incontri scuola secondaria di secondo grado	totale docenti presenti nell'anno
2013/14	1		2	34

3.10.3. “Droga che fare? Spazio per genitori preoccupati”

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, 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.

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 i legami familiari forti e positivi, il monitoraggio da parte dei genitori sui comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari, le regole di condotta chiare da rispettare in famiglia, il coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli (monitoraggio), il ricorso a norme convenzionali sull'uso di sostanze (nel rispetto della legalità ed evitando di cadere nella cultura della normalizzazione), contrastando i fattori di rischio specifici che possono avere carattere individuale, familiare, sociale e ambientale. Altrettanta attenzione viene posta nel sostenere il supporto che gli adulti possono dare nell'incrementare i fattori protettivi specifici scolastici ed ostacolare quelli di rischio come un comportamento in classe inappropriato in quanto eccessivamente timido o aggressivo e un complessivo fallimento scolastico (sia sul piano del rendimento che sul quello comportamentale).

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

L'accesso alla consultazione avviene con molteplici modalità: più frequentemente è di tipo spontaneo, in seguito al reperimento dei recapiti tramite il sito Aziendale o l'elenco telefonico, oppure è il naturale seguito del contatto che i genitori hanno con altri genitori i quali hanno partecipato agli incontri di sensibilizzazione effettuati nelle scuole del territorio o che sono già utenti del Servizio. Tra gli accessi spontanei particolare risalto ha l'invito alla consulenza che proviene dagli insegnanti, grazie anche al lavoro di formazione/aggiornamento che negli anni si è cercato di effettuare il più possibile con i docenti di ogni ordine e grado delle scuole che si sono rese disponibili. Frequenti gli accessi su invito fatto ai genitori da parte degli operatori dei Servizi Educativi e di Tutela Minori che afferiscono alle Municipalità e che intercettano i minorenni all'interno delle attività di Servizio. Con minore ma crescente frequenza l'accesso può avvenire in concomitanza all'avvio di procedimenti penali a carico di minori seguiti dall'Ufficio di Servizio Sociale presso il Tribunale per i Minorenni di Venezia, sottoposti o meno a misura cautelare. Altri accessi al Servizio sono il risultato del lavoro di collaborazione che in questi anni il Servizio ha promosso con l'Ufficio Territoriale del Governo di Venezia – Prefettura, nei casi in cui, al di là delle procedure formali di segnalazione al SerD, le colleghe assistenti sociali dell'Ufficio Tossicodipendenze della Prefettura (NOT) ravvedono la necessità di invitare i genitori ad utilizzare lo spazio di consultazione da noi offerto.

Il lavoro di consultazione si articola sostanzialmente in una prima fase valutativa di circa 3 colloqui che può essere seguita da una presa in carico a cura dell'UOS Prevenzione Dipendenze. Se si ravvedono elementi di particolare gravità che facciano risalire al consumo dipendente, si attiva il raccordo con i colleghi dell'UOS Clinica Giovani (predisposta per la fascia di età fino ai 25 anni) per una valutazione clinica in vista di una presa in carico terapeutica. Parallelamente, nel periodo di

valutazione del giovane presso il SerD, i genitori continuano ad essere accompagnati nello spazio di consultazione preventiva a loro dedicato.

L'esperienza maturata ha permesso di definire un modello di intervento e un insieme di indicatori. L'attività di consulenza offerta ai genitori in questi anni ha consentito di mettere a fuoco che:

- 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, parziale o totale abbandono scolastico. Si sono riscontrati anche altri comportamenti che hanno messo in allarme i genitori accompagnati dal sospetto o dalla certezza di uso in genere di cannabinoidi (furti, attività di ricettazione, partecipazione a situazioni di violenza e vandalismo, sessualità precoce e a rischio, utilizzo inappropriato di veicoli sotto effetto di sostanze, coinvolgimento in attività di spaccio, ecc.).
- 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.

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

Le consulenze preventive riguardano prevalentemente genitori ma all'occorrenza anche i familiari.

Dai dati raccolti si evidenzia che nell'anno 2014 sono in carico 133 familiari (59 maschi e 74 femmine), di cui 123 provenienti dal territorio di competenza. Il numero di nuovi accessi ammonta a 59 (28 maschi e 31 femmine) mentre 74 familiari risultano già in carico o rientrati. La fascia di età dei genitori a maggiore prevalenza è quella tra i 50 e i 54 anni di età (49 familiari), seguita dalla fascia 45-49 anni (41 familiari). Prevale nettamente la nazionalità italiana (122 familiari su 133). Residuale la presenza di familiari moldavi, rumeni, albanesi o marocchini che complessivamente ammonta a 11 familiari.

83 sono gli accessi spontanei, 7 gli invii delle scuole e della Magistratura, 5 della Prefettura.

L'attività promozionale nelle scuole e il lavoro di supporto specialistico offerto ai docenti sia nella consulenza sia nella formazione hanno favorito in questi anni l'accesso dei genitori degli studenti del territorio.

Tab. 3.10.3.1 Familiari per inizio accesso

Posizione per SerD	M	F	Totale
Nuovo	28	31	59
Già in carico / rientrato	31	43	74
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.2 Familiari per fasce d'età

Fascia età	M	F	Totale
35-39	0	5	5
40-44	2	13	15
45-49	17	24	41
50-54	24	25	49
55-59	12	5	17
60-64	3	1	4
>64	1	1	2
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.3 Familiari per stato civile

Stato civile	M	F	Totale
Separato/a	6	12	18
Coniugato/a	43	47	90
Convivente	1	1	2
Divorziato/a	7	10	17
Vedovo/a	1	0	1
Non riferito	1	4	5
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.4 Familiari per scolarità

Scolarità	M	F	Totale
Non risulta/non risponde	40	46	86
Medie inferiori	5	5	10
Scuola professionale biennale/triennale	1	4	5
Medie superiori	7	15	22
Diploma universitario	1	0	1
Laurea	5	4	9
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.5 Familiari per condizione professionale

Condizione professionale	M	F	Totale
Occupato stab. Indipendente	11	5	16
Occupato saltuariamente	0	3	3
Disoccupato/a	1	0	1
In condizione non professionale	1	0	1
Dipendente	23	29	52
Non rilevata	22	29	51
Altro	1	0	1
Casalingo/a	0	8	8
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.6 Familiari per provenienza

Provenienza	M	F	Totale
Comune ULSS 12	55	68	123
Provincia di Venezia	3	5	8
Regione Veneto	1	1	2
Fuori regione	0	0	0
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.7 Familiari per cittadinanza

Cittadinanza	M	F	Totale
Italia	56	66	122
Moldavia	0	3	3
Romania	0	2	2
Albania	1	1	2
Marocco	2	2	4
TOTALE	59	74	133

Tab. 3.10.3.8 Familiari per fonte d'invio

Fonte d'invo	M	F	Totale
Altri reparti ospedalieri	1	0	1
Altri servizi della ULSS	0	2	2
Altri servizi pubblici non della ULSS	2	2	4
Altro	5	5	10
Familiari	0	1	1
Magistratura	3	4	7
Medico di base	2	2	4
Municipalità Chirignago Zelarino	1	1	2
Municipalità Favaro Veneto	1	1	2
Municipalità Mestre Carpenedo	1	0	1
Pronto soccorso	1	2	3
Scuola	3	4	7
Segnalazione Prefettura art. 75-121	3	2	5
Servizi privato sociale/volontariato	1	0	1
Spontaneo	35	48	83
TOTALE	59	74	133

3.10.4. "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.

I numerosi contatti che in questi anni il Servizio ha avuto con le scuole hanno evidenziato, da parte delle stesse, l'esigenza di avere un supporto di fronte alle molteplici situazioni correlate all'uso di droghe per le quali i docenti chiedono una consulenza specialistica.

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 di studenti consumatori
- gestione della classe rispetto a situazioni specifiche di contiguità con le sostanze.

La consulenza può essere effettuata sia presso la sede del Servizio sia presso l'istituto scolastico. E' auspicabile che i docenti di un istituto si organizzino in piccoli gruppi per richiedere la consulenza sui casi specifici: in tal modo l'oggetto della consultazione può essere maggiormente condiviso e può entrare a far parte del know-how scolastico.

Nell'anno scolastico 2013/2014 si sono effettuati i seguenti incontri di consulenza:

anno scolastico	n. incontri istituto comprensivo	n. incontri scuola secondaria di primo grado	n. incontri scuola secondaria di secondo grado	totale consulenze/docenti presenti nell'anno
2013/14	3		2	5 consulenze 18 docenti

3.10.5. “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 moduli informativi/formativi dedicati agli operatori e/o consulenza su specifiche situazioni segnalate.

Negli anni 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, in particolare con:

- ⤴ Operatori NOT – Prefettura di Venezia
- ⤴ Referenti delle Forze dell'Ordine
- ⤴ Operatori USSM del TM di Venezia
- ⤴ Operatori dei Servizi Educativi e di Tutela Minori delle Municipalità
- ⤴ Servizi Sociali di Marcon e di Quarto d'Altino
- ⤴ Servizio immigrazione e promozione dei diritti di cittadinanza e dell'asilo del Comune di Venezia
- ⤴ Servizio del Comune di Venezia che opera in attività di riduzione del danno con la popolazione giovanile

L'attività di rete territoriale ha permesso nello specifico 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

Il lavoro di rete ha consentito di definire una significativa costellazione di relazioni e di contatti con il territorio che opportunamente vengono messi a disposizione sia del lavoro di formazione/aggiornamento degli adulti sia nell'attività di consulenza e di consultazione.

Infine, significativo si è dimostrato il lavoro di rete svolto a partire dal 2010 con l'Unità Operativa “Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche” dell'Ospedale all'Angelo dell'Az. Ulss 12 Veneziana. Tale collaborazione ha portato alla realizzazione di un protocollo operativo in grado di favorire il monitoraggio del consumo da parte dei minori intercettati nella consultazione con i genitori. 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: essa 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”.

Molteplici sono gli elementi a sostegno di questa opportunità:

- ⤴ 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 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.

3.11. Interventi di integrazione e collaborazione in rete dedicati ai minori

Nel luglio del 2012 è iniziato, tra Servizio delle Dipendenze dell'Aulss 12 Veneziana, Servizi Sociali delle Municipalità, Servizio Promozione Inclusione Sociale e Servizio Politiche Cittadine per l'Infanzia e l'Adolescenza della Direzione Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza, è iniziato un lavoro di confronto dedicato agli interventi in area minorile.

L'elaborato finale, già presentato all'interno del Dipartimento delle Dipendenze ed inviato a Direzione Sociale Ulss, Direzione Politiche Sociali del Comune di Venezia e Direzione Municipalità, viene qui di seguito riportato integralmente.

PROPOSTA PER UN MODELLO DI INTEGRAZIONE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE DEGLI ADOLESCENTI: TRA PREVENZIONE UNIVERSALE, SELETTIVA E INDICATA

Il TAVOLO MINORI è stato istituito nel luglio 2012 con l'obiettivo di "*individuare orientamenti, criteri di valutazione e, di conseguenza prassi operative nel contesto delle cornici istituzionali già delineate nelle linee guida per il funzionamento dei GdL*" nelle situazioni di minori con problemi di dipendenze. Vi hanno partecipato operatori dei Ser.D. dell'Azienda ULSS 12 Veneziana, delle Municipalità del Comune di Venezia, del Servizio Riduzione del Danno e del Servizio Politiche Cittadine per l'Infanzia e l'Adolescenza. L'obiettivo citato è stato perseguito lungo un percorso di conoscenza e scambio reciproco attraverso livelli di analisi progressivi:

1. ricomposizione dei percorsi di intervento dei Servizi dalla prima segnalazione/accoglienza della situazione;
2. formulazione di una progettualità condivisa;
3. 3. individuazione di eventuali nodi critici o elementi di difficoltà nella realizzazione del processo.

La conseguente costituzione di buone prassi operative ha certamente favorito la presa in carico congiunta e complementare delle situazioni di minori a rischio di dipendenza e/o di dipendenza conclamata, e ha visto altresì la progettazione e attuazione di interventi interdisciplinari di prevenzione.

L'obiettivo del TAVOLO MINORI si è poi evoluto in uno spazio di scambio di conoscenze e osservazioni sui comportamenti a rischio dei giovani nei diversi contesti di competenza. Sono stati così avviati due diversi gruppi, uno per la Terraferma e l'altro per il Centro Storico e le Isole. Il compito era quello di cercare un confronto sul lavoro coi giovani che usano sostanze e individuare anche progettualità condivise per i diversi servizi. Entrambi i gruppi son arrivati alle medesime osservazioni sul fenomeno, concludendo che le risposte che possono esser messe in campo con le risorse di cui i Servizi dispongono attualmente devono essere meglio organizzate, e che altri interventi dovrebbero attivarsi per completare l'offerta e costruire un sistema di prevenzione e cura efficace. Così dopo pochi mesi gli operatori sono tornati a riunirsi in un unico contenitore, motivo per cui questo documento è il frutto del lavoro dei due tavoli.

Si è evidenziato come l'intervento stilla singola situazione che arriva ad uno dei punti di accesso della rete territoriale dei Servizi risulti essere sufficientemente ben congegnato e, in molti casi, attento ed efficace. Tuttavia la progressiva contrazione del numero di operatori e di risorse dedicati all'intervento con giovani e minori sta minando anche quella presa in carico precoce degli adolescenti che sembrava potersi delineare come una eccellenza del nostro territorio, mentre pare inasprirsi la cosiddetta "*emergenza giovani*".

La Relazione annuale al Parlamento del 2014 del Dipartimento Politiche Antidroga apre con la seguente affermazione: "*il consumo di sostanze stupefacenti tra gli studenti, rilevato annualmente dal 2003, evidenzia una progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis fino al 2011, sebbene caratterizzata da una certa variabilità; nel triennio successivo 2011-2013 si osserva una ripresa dei consumatori con prevalenze che raggiungono nel 2014 i valori del 2008*". Il Sistema di Sorveglianza PASSI riguardo al consumo di alcol in Veneto evidenzia come il maggior rischio sia associato in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni), e ancora la relazione al Parlamento segnala un importante consumo di alcol tra i minori nonostante

l'avvenuto innalzamento dell'età minima legale per la vendita la somministrazione di bevande alcoliche ai 18 anni.

Dai dati dell'indagine HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, emerge che del campione veneto di 15enni intervistati nel 2010, il 16% sono fumatori di tabacco: il fumo di tabacco è riconosciuto come fattore di rischio per il consumo di sostanze stupefacenti.

Ciononostante, sempre la citata relazione DPA al Parlamento, segnala che: "*Nell'anno 2113, si è rilevato un crollo degli investimenti regionali nell'area della prevenzione, in particolare di quella universale (-44,2%), ma anche in quella selettiva (-38,9%)*". La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge indistintamente a tutti i membri di una comunità, senza prendere in considerazione specifici gruppi o individui a rischio (gruppi o individui vulnerabili) ai quali fanno invece riferimento rispettivamente la prevenzione selettiva e indicata.

Altrettanto allarmante nel descrivere la condizione giovanile è il dato dell'abbandono scolastico. Secondo il Focus sulla Dispersione Scolastica del MIUR, in Veneto il dato si attesta al 14% degli studenti. Ma ancora più preoccupazione per la condizione giovanile è il dato dei NEET (Non in Education, Employment or Training) ovvero i giovani tra i 15 e i 29 anni che non studiano e non lavorano: sono attualmente il 21,1% in Italia, in Veneto sono il 26%, ovvero il 66% in più del 2008.

A queste considerazioni bisogna affiancare le osservazioni che il lavoro nel territorio ci offre. Al di là dei dati quantitativi sul consumo di sostanze, alcuni dati qualitativi destano particolare preoccupazione. Per prima cosa si abbassa l'età di primo consumo delle sostanze e aumentano i casi di adolescenti coinvolti a vario grado nel traffico di sostanze illegali, nei quali spesso si riscontra una sottovalutazione delle conseguenze di questi comportamenti. La stessa superficialità si osserva in generale nell'uso di sostanze, che sembra svuotato di un significato culturale preciso, per essere vissuto senza alcuna considerazione del rischio (non solo di dipendenza). Il policonsumo sembra essere il risultato di una domanda di sostanze indefinita, per cui i ragazzi assumono quello che la situazione offre. Nel frattempo gli operatori in strada registrano un preoccupante ritorno del consumo di eroina fumata e un altrettanto preoccupante ricorso al mix di sostanze (poli-assunzione) nei contesti del divertimento. A tutto questo fa da stando un contesto socio culturale che offre pochissime opportunità ai giovani e un futuro che ha cambiato di segno (se un tempo le giovani generazioni avevano motivo di credere che le proprie condizioni di vita sarebbero migliorate a confronto con quelle dei propri genitori, oggi invece hanno motivo di temere il contrario).

Il TAVOLO MINORI ha esaminato la situazione cittadina nelle sue specificità locali, mettendo in rilievo la necessità di affiancare al lavoro sul singolo minore quello coi gruppi informali. Questi gruppi a cui si fa riferimento non si incontrano in ambito scolastico o in contesti di aggregazione organizzata (per esempio le Società Sportive, Associazioni Culturali e Sportive, Parrocchie). Quindi emerge la necessità di raggiungere quei ragazzi e ragazze a rischio di disadattamento o devianza, in situazione di grave emarginazione e di mancanza di tutela, nei loro contesti naturali di aggregazione (le strade, i parchi, i locali del divertimento).

Deve essere recuperato e aggiornato un sistema di diversificazione degli interventi, calibrati sui diversi livelli di rischio. In questi ultimi anni si è lavorato con giovani che usano sostanze, a rischio di abbandono scolastico, che mettono in atto comportamenti sessuali trasgressivi, rendendoci conto che abbiamo a che fare con soggetti con un'identità e una personalità ancora non completamente compiuta. Spesso gli adolescenti faticano ad individuare i propri bisogni e le proprie difficoltà: le domande che pongono a volte non sono centrate solo sul consumo di sostanze, e per ognuna di queste sarebbe necessario articolare risposte diverse, complesse e integrate tra servizi. Il lavoro di prossimità consente di aumentare la possibilità di accesso alla rete dei Servizi, potenziando i fattori di protezione, stando anche nei contesti di vita e nella quotidianità e incontrando gli adolescenti nei gruppi in cui crescono e si formano in tutte le sue molteplici sfaccettature.

È la promozione del benessere e l'intercettazione precoce delle diverse situazioni di rischio vissute dai giovani l'approccio da tenere per intercettare nei diversi contesti del territorio le persone e attraverso la relazione leggere i bisogni ed eventualmente indirizzare ai servizi specialistici di riferimento.

Quello di cui il lavoro con questo target ha bisogno è di un dispositivo proattivo di bassa soglia, capace di lavorare su più bisogni e di orientare in una rete di servizi specializzati. Nel nostro

territorio manca un dispositivo che possa contenere una sfera di offerte variegata e capace di intercettare i gruppi, che restituisca alla rete dei servizi una puntuale conoscenza del fenomeno, e che allo stesso tempo funzioni da leva per l'accompagnamento e la presa in carico delle singole situazioni prima che siano compromesse.

I contenuti del dispositivo evocato possono esplicitarsi in una serie di azioni:

1. progetti e attività di tipo espressivo/formativo/ricreativo;
2. interventi di strada che intercettino i giovani nei diversi contesti di aggregazione in città;
3. uno spazio di consulenza al quale possano lavorare in sinergia operatori dei Servizi di Municipalità, della U.O.C. Riduzione del Danno, del Ser.D., del dispositivo Sosta in Corsa e operatori della Psichiatria/NPI; una sinergia di questo tipo permetterebbe di affrontare nel lavoro tutta la sfera del rischio che riguarda gli adolescenti;
4. uno spazio nel quale sia possibile continuare l'opera di informazione e prevenzione svolta in strada;
5. dispositivi in cui i giovani intercettati nel percorso penale minorile possano impegnare il tempo in modo strutturato e accompagnati da operatori capaci di attivare le risorse migliori.

Se manca il lavoro di prossimità nelle scuole e nei luoghi informali di aggregazione per agganciare il sommerso e accompagnarlo nelle scelte, per aiutare i ragazzi a non tuffarsi nei rischi, viene meno anche l'incontro costante con adulti affidabili che abbiano principalmente in mente l'interessamento solerte, premuroso e competente nei riguardi dei ragazzi, lungi dall'occuparsi prioritariamente di azioni repressive. Diversamente la Comunità rischia di perdere di vista l'obiettivo prioritario nei confronti dei suoi giovani che è la loro crescita e il loro futuro.

Gli operatori partecipanti al TAVOLO MINORI sono a disposizione delle agenzie cittadine interessate e competenti nella cura dei giovani per lo studio della necessaria e urgente progettazione degli interventi rivolti alla crescita.

Hanno partecipato ai tavoli e al lavoro di stesura di questo documento i seguenti Servizi: Ser.D. di Venezia Centro Storico; Ser.D di Mestre Terraferma; Servizio Sociale della Municipalità di Venezia Murano Burano; Servizio Sociale della Municipalità di Lido-Pellestrina; Servizio Sociale della Municipalità di Mestre-Carpenedo; Servizio Sociale della Municipalità di Chirignago-Zelarino; U.O.C. Riduzione del Danno – Direzione Politiche Sociali, Partecipative e dell'Accoglienza.

4. Gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche

4.1. Ce.I.S. di Mestre

(a cura di Alberto Bottaro)

4.1.1 – Introduzione

Le tre strutture del Ce.I.S. di Mestre anche per l'anno 2014 hanno consolidato la loro attività all'interno del territorio veneziano.

Tutte le strutture hanno sede presso Forte Rossarol, antico forte di guerra, ristrutturato e riadattato all'accoglienza, circondato da un'ampia area verde, vicino all'aeroporto. L'ampio spazio del Forte permette alle strutture di lavorare in sinergia e al contempo di mantenere la propria autonomia operativa in setting ideali alle peculiarità dei differenti progetti terapeutici. Tutte le strutture accolgono pazienti ambosessi.

La Pronta Accoglienza "Confine" risponde alla necessità di ricovero dei pazienti in tempi veloci, entro qualche giorno dalla segnalazione. Sono accolti in questa struttura pazienti in crisi tossicomane che necessitano in tempi brevissimi, di un contesto contenitivo e professionale dove superare il momento di crisi.

Il Centro Soranzo, si rivolge a pazienti dipendenti da alcol e cocaina, e ormai negli anni si è affermato come eccellenza italiana nel panorama delle residenzialità brevi. Quest'anno ha preso forma uno specifico e innovativo progetto di intervento residenziale per giocatori d'azzardo che avrà il suo completo sviluppo nel 2015.

Per finire, la Comunità Contatto risponde in modo specifico e professionale a pazienti che necessitano di sostegno personalizzato e costante nel complesso processo di reinserimento sociale stimolando lo sviluppo e l'elaborazione di strategie personali per affrontare i cambiamenti che al reinserimento sono connessi.

Nel 2015 il Ce.I.S. ha dato avvio al modulo B-side, intervento residenziale breve, indirizzato a pazienti con struttura di personalità borderline associato a dipendenza da sostanze. Il modulo prevede interventi specifici e multifocali che integrano il modello dialettico-comportamentale mutuato da Marsha Linehan, con l'approccio motivazionale e il modello teorico operativo della prevenzione alla ricaduta.

4.1.2. Ce.I.S. di Mestre – Pronta Accoglienza Confine

Tab. 4.1.2.1 – Pronta Accoglienza “Confine” – Utenti per fascia d'età

Fasce d'età	Utenti	
	V.A.	V.%
<15	0	0,00
15-19	0	0,00
20-24	7	11,48
25-29	16	26,23
30-34	8	13,11
35-39	5	8,20
40-44	12	19,67
45-49	8	13,11
50-54	3	4,92
55-59	1	1,64
60-64	1	1,64
>64	0	0,00
Totale	61	100,0

Tab. 4.1.2.2 – Pronta Accoglienza “Confine” – Utenti per provenienza

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	14	22,95
Provincia di Venezia	21	34,43
Ser.D. Regione Veneto	11	18,03
Ser.D. Fuori Regione	13	21,31
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,00
D.S.M. Regione Veneto	0	0,00
Autoinserimento	2	3,28
Totale	61	100,00

I 61 utenti hanno effettuato 88 ingressi

E' interessante notare come più della metà degli utenti presi in carico (50,82%) abbiano meno di 35 anni. Il fatto che i 61 utenti abbiano effettuato 88 ingressi caratterizza la struttura che in quanto Pronta Accoglienza garantisce la porta girevole e quindi la possibilità di essere reinseriti più volte anche lo stesso anno.

Il 57,38 degli inserimenti per ovvie ragioni arriva dal territorio veneziano. La Pronta Accoglienza Confine risponde alle esigenze del territorio anche in termini di richiesta veloce di inserimento. L'utente e quindi la richiesta da parte del servizio viene sempre soddisfatta in pochi giorni o al max per un periodo che non supera mai i 10gg. Si notano 2 autoinserimenti. La Pronta Accoglienza Confine come tutte le altre strutture del centro permette la presa in carico anche di utenti privati che non arrivano per richiesta del Servizio Pubblico.

Tab. 4.1.2.3 – Pronta Accoglienza “Confine” – Uscite dalla Comunità per motivazione

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	0	0,00
Espulsione/allontanamento	8	10,13
Interruzione Trattamento	29	36,71
Trattamento Concluso	19	24,05
Carcerazione	0	0,00
Invio altre strutture	0	0,00
Trasferimento interno	23	29,11
Totale	79	100,00

Per Trasferimento interno si intende il passaggio del paziente ad un'altra struttura del Centro (Comunità Contatto o Centro Soranzo). Più della metà dei pazienti (53,16) ha quindi concluso con successo la permanenza in struttura.

Tab. 4.1.2.4 – Pronta Accoglienza “Confine” – Uscite dalla Comunità per durata e range permanenza

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	0,17	1,94	0,13	3,52
Interruzione Trattamento	0,07	0,81	0,03	3,13
Trattamento Concluso	0,18	2,11	0,81	4,97
Carcerazione	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Invio altre strutture	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Trasferimento interno	0,15	1,78	0,06	7,00

4.1.3. Ce.I.S. di Mestre – Comunità Contatto

Tab. 4.1.3.1 – Comunità “Contatto” – Utenti per fascia d'età

Fasce d'età	Utenti (V.A.)		Utenti (V.%)	
	M	F	M	F
<15	0	0	0,00	0,00
15-19	0	0	0,00	0,00
20-24	1	2	1,85	33,33
25-29	1	0	1,85	0,00
30-34	5	1	9,26	16,67
35-39	12	1	22,22	16,67
40-44	18	0	33,33	0,00
45-49	13	0	24,07	0,00
50-54	2	2	3,70	33,33
55-59	2	0	3,70	0,00
60-64	0	0	0,00	0,00
>64	0	0	0,00	0,00
Totale	54	6	100,00	100,00

Tab. 4.1.3.2 – Comunità “Contatto” – Utenti per provenienza

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	23	38,33
Provincia di Venezia	18	30,00
Ser.D. Regione Veneto	7	11,67
Ser.D. Fuori Regione	12	20,00
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,00
D.S.M. Regione Veneto	0	0,00
Autoinserimento	0	0,00
Totale	60	100,00

I 60 utenti hanno effettuato 72 ingressi

Anche per la Comunità Contatto l'80% dei pazienti proviene dalla Regione Veneto. Per le caratteristiche della struttura molto radicata sul territorio e funzionale all'inserimento dei pazienti nel territorio sia a livello abitativo che lavorativo, è evidente che sono maggiori le possibilità di successo per i pazienti che hanno una rete in questo territorio.

Tab. 4.1.3.3 – Comunità “Contatto” – Uscite dalla Comunità per motivazione

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	0	0,00
Espulsione/allontanamento	23	31,94
Interruzione Trattamento	17	23,61
Trattamento Concluso	22	30,56
Carcerazione	0	0,00
Invio altre strutture	0	0,00
Trasferimento interno	10	13,89
Totale	72	100,00

Tab. 4.1.3.4 – Comunità “Contatto” – Uscite dalla Comunità per durata e range permanenza

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	0,21	2,58	0,27	7,10
Interruzione Trattamento	0,19	1,73	0,03	5,60
Trattamento Concluso	0,57	6,91	0,53	30,47
Carcerazione	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Invio altre strutture	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Trasferimento interno	0,30	3,69	0,10	13,70

Le interruzioni del trattamento avvengono nel periodo iniziale del trattamento. Probabilmente quando il paziente non si dà il tempo di conoscere l'ambiente e di creare un rapporto con l'equipe curante.

4.1.4. Ce.I.S. di Mestre – Centro Soranzo

Tab. 4.1.4.1 – “Centro Soranzo” – Utenti per fascia d'età

Fasce d'età	Utenti (V.A.)		Utenti (V.%)	
	M	F	M	F
<15	0	0	0,00	0,00
15-19	0	0	0,00	0,00
20-24	8	5	4,76	10,00
25-29	12	2	7,14	4,00
30-34	23	6	13,69	12,00
35-39	42	5	25,00	10,00
40-44	36	12	21,43	24,00
45-49	26	5	15,48	10,00
50-54	10	9	5,95	18,00
55-59	7	3	4,17	6,00
60-64	3	1	1,79	2,00
>64	1	2	0,60	4,00
Totale	168	50	100,00	100,00

Tab. 4.1.4.2 – “Centro Soranzo” – Utenti per provenienza

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	4	6,67
Provincia di Venezia	20	33,33
Ser.D. Regione Veneto	28	46,67
Ser.D. Fuori Regione	120	200,00
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,00
D.S.M. Regione Veneto	0	0,00
Autoinserimento	46	76,67
Totale	218	363,33

Tab. 4.1.4.3 – “Centro Soranzo” – Tipologia di presenze

Tipologia presenze	Inv.AsI	Autoins	Totali
Rimasti dal 2013	39	6	45
Ingressi 2014	244	62	306
Totali	283	68	351

Il Centro Soranzo, un'eccellenza italiana nel panorama della residenzialità breve per la cura delle dipendenze da alcol, cocaina e gioco d'azzardo conferma la sua efficacia con le 351 presenze nel corso dell'anno.

Il Centro Soranzo è un servizio che lavora per tutto il territorio nazionale dimostrato dai 120 pazienti che arrivano da servizi fuori regione. Il Centro Soranzo è il servizio che accoglie il maggior numero di utenti autoinseriti quindi privati che arrivano in struttura autonomamente senza l'inserimento tramite SerD (46)

Tab. 4.1.4.4 – “Centro Soranzo” – Uscite dalla Comunità per motivazione

Motivo d'uscita per sesso	Uscite (V.A.)		Uscite (%)	
	M	F	M	F
Dimissioni concordate	0	0	0,00	0,00
Espulsione/allontanamento	15	7	6,88	8,24
Interruzione Trattamento	20	7	9,17	8,24
Trattamento Concluso	183	70	83,94	82,35
Carcerazione	0	0	0,00	0,00
Invio altre strutture	0	0	0,00	0,00
Trasferimento interno	0	1	0,00	1,18
Totale	218	85	100,00	100,00

Più dell'80% dei pazienti concludono con successo il trattamento.

Tab. 4.1.4.5 – “Centro Soranzo” – Uscite dalla Comunità per durata e range permanenza

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	0,22	2,66	0,10	5,03
Interruzione Trattamento	0,09	1,14	0,07	3,70
Trattamento Concluso	1,16	2,00	0,03	7,27
Carcerazione	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Invio altre strutture	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Trasferimento interno	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

4.2. Comunità di Venezia

(a cura di Sabrina Tripodi)

4.2.1. Introduzione

Comunità di Venezia è una società cooperativa sociale che offre servizi residenziali per la riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti e il re-inserimento socio-lavorativo di giovani adulti e madri con figli.

I dispositivi fondanti della proposta di cura sono le attività psicoterapiche individuali e gruppali a cadenza settimanale, quelle pedagogiche – educative ed una rosa di attività integrative che, nel loro insieme, hanno la finalità di coinvolgere attivamente tutti gli ospiti (giovani adulti e madri con bimbi) in progetti innovativi, versatili e accattivanti, con l'obiettivo di rispondere in modo sempre più personalizzato ed efficace alle esigenze e agli interessi specifici dell'intero gruppo di pazienti.

Alcune di queste attività innovative possono essere intese come un'evoluzione e un perfezionamento di attività comunitarie pre-esistenti, in altri casi le attività integrative e innovative si propongono come un'offerta di servizi aggiuntivi e complementari che rispondono ai bisogni sempre più complessi della persona nella sua globalità (relazione e socializzazione, attività creative e ricreative, orientamento, orientamento scolastico-professionale, formazione ed esperienze lavorative dentro e fuori le comunità).

La filosofia di fondo, in questa organizzazione funzionale delle attività comunitarie, è anche quella di raccogliere i segni di un'evoluzione del modello comunitario (non più generalizzato e standardizzato ma sempre più personalizzato e ritagliato sui bisogni individuali e di gruppo del target degli ospiti), rilanciandoli come sfide alla stessa operatività quotidiana.

4.2.2. Comunità di Venezia – Giovani e Adulti C.T. “Villa Renata” Lido di Venezia

La Comunità Terapeutica Villa Renata eroga servizi residenziali di tipo “C” per persone tossicodipendenti e alcooldipendenti. In particolare, secondo la definizione della Regione Veneto (Legge 22/2002), si tratta di “servizi di accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e

reinserimento socio-lavorativo per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti”, che necessitano di una gestione intensiva e specialistica psicoterapica e/o psicofarmacoterapica.

L’approccio al problema della tossicomania è multifocale e prende spunto da una visione articolata che tiene conto sia degli elementi costitutivi di personalità, sia delle relazioni con l’ambiente familiare e con il contesto sociale allargato.

Il principio fondante della Comunità è quello di accompagnare i pazienti verso una consapevolezza che favorisca la loro emancipazione dallo stato di tossicodipendenza, una soddisfacente integrazione nel mondo del lavoro e l’inclusione sociale. La Comunità Terapeutica “Villa Renata” attua il proprio intervento offrendo un’esperienza residenziale ai tossicodipendenti di ambo i sessi caratterizzata da un intervento clinico-educativo multi-polare che si attua a più livelli e in stretta collaborazione con il servizio inviante.

Nell’ultimo decennio, il target di pazienti presi in carico dalla Comunità si è contraddistinto sia per una progressiva sempre più giovane età degli ospiti, grazie ai progetti innovativi tesi ad catalizzare l’interesse dei più giovani, sia per un aumento della proporzione di pazienti di sesso femminile, grazie probabilmente all’offerta di dispositivi “Gender Oriented” che la Comunità offre da qualche anno.

Direttrice Responsabile: dr.ssa Patrizia Cristofalo p.cristofalo@comuve.it

Nel corso del 2014, la Comunità Terapeutica “Villa Renata” del Lido di Venezia, gestita dall’Ente “**Comunità di Venezia Società Cooperativa Sociale**”, ha avuto in carico 77 pazienti, di cui 47 maschi e 30 femmine (7 in più rispetto all’anno 2013, equivalente ad un +10%)

Il numero di **nuovi ingressi** (cioè pazienti entrati nella nostra comunità per la prima volta) è stato di 33 su 77 (pari al **43 %**), mentre i restanti 44 pazienti erano già in carico dagli anni precedenti (**57%**). Queste proporzioni sono molto simili a quelle del 2013.

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 2014 – il **70%** dei maschi e l’**80%** delle femmine (complessivamente il **75% del totale**, con un decremento dei pazienti appartenenti a queste fasce d’età di circa 6 punti percentuali rispetto al 2013. Gli over 30 (sia uomini che donne) hanno invece rappresentato circa il 25% della popolazione in carico (+6% rispetto al 2013).

Tab. 4.2.2.1 – Villa Renata – Utenti per fasce d’età e sesso

Fasce d'età	Maschi		Femmine	
	V.A.	V.%	V.A.	V.%
<15	0	0,0	0	0,0
15-19	1	2,1	4	13,3
20-24	12	25,5	13	43,3
25-29	20	42,6	7	23,3
30-34	9	19,1	5	16,7
35-39	2	4,3	1	3,3
>39	3	6,4	0	0,0
Totale	47	100,0	30	100,0

Tab. 4.2.2.2 – Villa Renata – Utenti per provenienza

Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	10	13,0
Ser.D. Regione Veneto	50	64,9
Ser.D. Fuori Regione	17	22,1
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,0
D.S.M. Regione Veneto	0	0,0
Totale	77	100,0

Per quanto riguarda la provenienza per territorio, la maggior parte degli utenti (**78%**) proviene dai Serd della Regione Veneto (+10% in più rispetto al 2013), di cui il 13% proviene dall’Ulss 12 Veneziana (Serd centro storico e Serd terraferma). Il 22% dei pazienti proviene invece dai Serd fuori regione (+4% rispetto al 2013).

Per quanto riguarda la **terapia all’ingresso**, la maggior parte dei pazienti (88%) è arrivata con una terapia di sostituzione e/o una terapia farmacologica antidepressiva o per il contenimento dell’ansia, mentre 4 di essi (il 17%, tutti maschi) sono arrivati senza prescrizioni di terapie sostitutive e/o farmacologiche.

Tab. 4.2.2.3 – Villa Renata – Utenti per terapia farmacologica all'ingresso e sesso

Terapia all'ingresso per sesso	Maschi		Femmine		Totale residenti	
	V.A.	V.%	V.A.	V.%	V.A.	V.%
metadone	2	8,7	2	16,7	4	11,4
metadone/psicofarm.	11	47,8	4	33,3	15	42,9
subutex	1	4,3	1	8,3	2	5,7
subutex/psicofarmaci	0	0,0	0	0,0	0	0,0
psicofarmaci	5	21,7	4	33,3	9	25,7
Alcover + Psicofarmaci	0	0,0	1	8,3	1	2,9
NO Terapia	4	17,4	0	0,0	4	11,4
Totale	23	100,0	12	100,0	35	100,0

Per quanto riguarda la **terapia all'uscita**, dei 35 dimessi, la maggioranza (51,43%) esce dal programma con una terapia psicofarmacologica e nel 17% dei casi con terapia metadonica o metadonica/psicofarmacologica. Solo in 6 escono dalla Comunità senza terapia (al netto dei 4 che ne erano entrati senza). Rispetto al 2013, nessuna variazione significativa, giacché quelli che erano entrati senza terapia erano, nel 2013, gli stessi che poi ne erano usciti nella medesima condizione.

Tab. 4.2.2.4 – Villa Renata – Utenti per terapia farmacologica all'uscita e sesso

Terapia all'uscita per sesso	Maschi		Femmine		Totale residenti	
	V.A.	V.%	V.A.	V.%	V.A.	V.%
metadone	1	4,3	2	28,6	3	8,6
metadone/psicofarm.	2	8,7	1	0,0	3	8,6
subutex	1	4,3	0	14,3	1	2,9
subutex/psicofarmaci	0	0,0	0	0,0	0	0,0
psicofarmaci	12	52,2	6	28,6	18	51,4
Alcover + Psicofarmaci	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NO Terapia	7	30,4	3	28,6	10	28,6
Totale	23	100,0	12	100,0	35	100,0

Per quanto riguarda il **success rate**, cioè le percentuali di successo dell'intervento specialistico proposto, la comunità Villa Renata si attesta su percentuali leggermente più basse rispetto all'anno precedente: dei 35 dimessi nell'anno 2014, in 10 casi si è trattato di trattamenti completati con successo o dimissioni concordate (**28%**, cioè 15 punti percentuali in meno rispetto al 2013) mentre le interruzioni di programma hanno rappresentato circa il 63% del totale e le espulsioni e gli allontanamenti l'8% del totale (rispettivamente: 22 su 35 e 3 su 35).

Tab. 4.2.2.5 – Villa Renata – Utenti per durata della permanenza e motivo d'uscita

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	2,0	24,3	24,3	39,7
Espulsione/allontanamento	0,6	7,7	3,0	15,8
Interruzione Trattamento	0,6	7,8	0,1	25,6
Trattamento Concluso	1,8	21,9	2,1	37,1

Tab. 4.2.2.6 – Villa Renata – Utenti per motivo d'uscita (frequenze)

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	7	20,0
Espulsione/allontanamento	3	8,6
Interruzione Trattamento	22	62,9
Trattamento Concluso	3	8,6
Totale	35	100,0

L'aspetto comunque positivo è che l'elevata durata media dei trattamenti è particolarmente alta, nei casi di programmi terminati con dimissioni concordate e trattamento concluso (24,30 mesi in media nel primo caso e quasi 22 mesi, in media, nel secondo caso).

4.2.3. Comunità di Venezia – Mamme con bambini C.T. “Casa Aurora” Mestre Venezia

La comunità terapeutica madre bambino, denominata Casa Aurora, è un dispositivo di presa in carico terapeutico-riabilitativa residenziale, con sedi a Mestre e a Venezia. Le pazienti vengono inviate in terapia dai Servizi per le Dipendenze del territorio regionale e nazionale, mentre i figli sono inviati dai Servizi Sociali di Tutela minori degli Enti Locali (Comuni).

L'unità di offerta rientra nell'area socio-sanitaria, così come normato dalla legge regionale 22/2002, ed è identificabile come Unità di Offerta specialistica di tipo C1, area dipendenze. Nel 2010, è stato inoltre autorizzato dalla Regione Veneto il Progetto Insieme (CTRP), per la presa in carico di madri portatrici di patologia psichiatrica. Il progetto rientra tra i progetti innovativi sperimentali dell'area della Salute Mentale.

La comunità Casa Aurora si contraddistingue per l'insieme di dispositivi innovativi di ricerca/intervento in accordo con le più recenti e accreditate teorie del settore. Il modello di presa in carico di madre e bambino è complesso, altamente specializzato e garantisce la presa in cura di tutti i portatori di interesse: madre, bambino e relazione madre bambino, al fine di assicurare l'efficacia del trattamento.

La presa in carico, che si avvale della collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova, avviene attraverso un approccio multifocale (intervento a più livelli) e l'équipe lavora attraverso il metodo dell'équipe integrata (sviluppo di un pensiero e di un intervento sulla paziente attraverso l'integrazione di più “vertici” di osservazione e partecipazione emotiva rispetto alla stessa).

Direttrice Responsabile: dr.ssa Nicoletta Capra n.capra@comuve.it

Nel 2014, la Comunità Terapeutica “Casa Aurora” (sede di Venezia e Mestre) ha avuto in carico 39 donne, di cui 1 inviata dal Centro di Salute Mentale dell'Ulss 12 Veneziana e 2 da CSM del territorio regionale. I **nuovi ingressi** sono stati 9 su 39, rappresentando il **23%** del totale, mentre le donne già in carico dagli anni precedenti sono state 30 (cioè il **77%** del totale: +14% rispetto all'anno precedente). I minori, in trattamento residenziale assieme alle loro madri, sono stati 36, di cui 9 nuovi ingressi.

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 25 anni delle ospiti di sesso femminile presenti in Villa Renata (e contro la media dei 27 anni degli ospiti totali della Villa). In ogni caso, negli ultimi anni, anche l'età media delle donne di Casa Aurora si è progressivamente abbassata e, nel 2014, le giovani donne della fascia d'età 18-29 anni hanno rappresentato la netta metà del campione, cioè il **53%** del totale (+3% rispetto al 2013).

Tab. 4.2.3.1 – Casa Aurora – Utenti per fasce d'età

Fasce d'età	Donne	
	V.A.	V.%
<15	0	0,0
15-19	0	0,0
20-24	8	20,5
25-29	13	33,3
30-34	7	17,9
35-39	8	20,5
>39	3	7,7
Totale	39	100,0

Tab. 4.2.3.2 – Casa Aurora – Utenti per provenienza

Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	9	23,1
Ser.D. Regione Veneto	20	51,3
Ser.D. Fuori Regione	7	17,9
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	1	2,6
D.S.M. Regione Veneto	2	5,1
Totale	39	100,0

Per quanto riguarda la **terapia sostitutiva e farmacologica all'ingresso** in comunità e al momento delle dimissioni dal programma si vedano i grafici sottostanti.

Tab. 4.2.3.3 – Casa Aurora – Utenti per terapia farmacologica all'ingresso

Terapia all'ingresso	Tutti gli ingressi		Persone in terapia	
	V.A.	V.%	V.A.	V.%
Metadone	19	48,7	5	35,7
Metadone + Psicofarmaci	3	7,7		
Subutex	1	2,6		
Subutex + Psicofarmaci	2	5,1	1	7,1
Psicofarmaci	9	23,1	4	28,6
NO	5	12,8	4	28,6
Totale	39	100,0	14	100,0

In Casa Aurora, al netto delle pazienti entrate in comunità senza terapia, coloro che nel 2014 vengono dimesse senza terapia sostitutiva o psicofarmacologica rappresentano circa un terzo del campione (28 %).

Tab. 4.2.3.4 – Casa Aurora – Utenti per terapia farmacologica all'uscita

Terapia all'uscita	Donne	
	V.A.	V.%
Metadone		
Metadone + Psicofarmaci	1	7,1
Subutex		
Subutex + Psicofarmaci	1	7,1
Psicofarmaci	4	28,6
NO	8	57,1
Totale	14	100,0

Per quanto riguarda le percentuali di successo dell'intervento specialistico proposto da Casa Aurora, ci si attesta su percentuali molto interessanti: delle 14 donne dimesse nell'anno 2014, in 10 casi si è trattato di un **trattamento completato con successo o dimissioni concordate (71%)**, mentre per 3 donne su 14 (21%) si è trattato di interruzione del programma e conseguente affido del/dei minore/i a parenti della famiglia d'origine o a famiglie esterne. 1 donna è stata espulsa dal programma di trattamento. In 2 casi i bimbi sono stati affidati a componenti della famiglia di origine del bambino (papà del bambino e nonna materna).

Tab. 4.2.3.5 – Casa Aurora – Utenti per durata della permanenza e motivo d'uscita

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Dimissioni concordate	2,2	27,3	9,7	37,5
Espulsione/allontanamento	1,6	19,2	19,2	19,2
Interruzione Trattamento	1,6	19,4	6,1	34,4
Trattamento Concluso	3,2	39,3	24,3	52,2

Tab. 4.2.3.6 – Casa Aurora – Utenti per per motivo d'uscita (frequenze)

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Dimissioni concordate	3	21,4
Espulsione/allontanamento	1	7,1
Interruzione Trattamento	3	21,4
Trattamento Concluso	7	50,0
Totale	14	100,0

I minori affidati/adottati nel 2014 sono stati 6 su 14 (43%, +13% rispetto al 2013). I restanti 8 sono stati invece dimessi con successo dalla comunità, insieme alle loro madri (**57%**).

Tab. 4.2.3.7 – Casa Aurora – Figli di utenti per sesso e fasce d'età

Fasce d'età	Ingressi (V.A.)		Ingressi (%)	
	M	F	M	F
<1	1	3	6,3	15,0
1 - 3	11	11	68,8	55,0
4 - 5	2	2	12,5	10,0
6 - 11	2	4	12,5	20,0
Totale	16	20	100,0	100,0

Tab. 4.2.3.8 – Casa Aurora – Figli di utenti per durata della permanenza e motivo d'uscita

Range e durata della permanenza dei minori per motivo d'uscita	Sesso		Durata media (mesi)	Range (mesi)	
	M	F		Min	Max
Affido/Adozione	3	3	19,93	6,87	34,37
Dimesso/a con madre	3	5	37,64	33,7	52,23
Totale	6	8			

4.2.4. Alcune considerazioni

Alcune considerazioni in merito alle percentuali di successo dei trattamenti. Un primo punto da riconoscere è che i nostri “*success rate*” si collocano nella media europea e internazionale, in alcuni casi superandola ampiamente, come nel caso di Casa Aurora che, nel 2014, registra un 71% di trattamenti completati con successo per quanto riguarda le madri e un 57% di bambini dimessi insieme alla loro madre.

Come nel 2013, anche nel 2014 ci piace citare nuovamente il Nida per ricordare che, a proposito di medie internazionali relative al success rate, il National Institute on Drug Abuse americano – nel 2012 (Nida, 2012)²⁰ – sottolinea che la percentuale media di **ricaduta nell'uso di sostanze**, dopo un trattamento di riabilitazione dalle tossicodipendenze, varia dal **40%** al **60%** e dipende dal fatto che la dipendenza patologica si profila come una **malattia cronica**, con decorsi molto simili a quelli di altre malattie croniche come l'asma, il diabete e l'ipertensione, dove le abitudini comportamentali, il contesto di riferimento e gli aspetti motivazionali individuali giocano un ruolo fondamentale nell'eventuale ricaduta. In ogni caso, secondo il Nida, le ricadute nell'uso di sostanze dovrebbero essere considerate non un fallimento della riabilitazione ma un segnale della necessità di integrare o ri-aggiustare la tipologia di trattamento o attivare programmi alternativi per andare incontro alle reali e personali esigenze di ogni paziente.

4.3. Emmaus – Opera Santa Maria della Carità

(a cura di Luigi Siviero)

4.3.1 – Introduzione

STORIA – La Comunità Emmaus è nata con l'obiettivo di rispondere alle problematiche sociali e umane nel settore tossicodipendenza. Dopo un lungo primo periodo presso Santa Maria del Mare a Pellestrina, ora la Comunità si è trasferita presso una nuova struttura in località S. Lucia del Tarù a Zelarino (Venezia-Mestre). È aperta ad ogni individuo senza nessuna distinzione sociale, culturale, politica, religiosa. Lo spirito che anima il progetto è di offrire a chi vive problemi di dipendenza un ambiente nel quale riscoprire innanzitutto la propria dignità umana. Tale obiettivo è perseguito con una particolare attenzione alla vita in comune, al dialogo e al confronto diretto, ma grazie anche al recupero del senso del lavoro, inteso come realizzazione integrale della persona umana che si vede capace di produrre non solo in termini interiori ma anche esterni e reali.

SEDE – La sede della Comunità Emmaus è articolata in due case adiacenti: Casa Molino e Casa Tarù.

²⁰ 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>

TARGET – Il progetto è rivolto ad un'utenza esclusivamente maschile con problemi di dipendenza, con terapie sostitutive a scalare o a mantenimento e in trattamento psicofarmacologico, anche associati a patologie psichiatriche lievi.

MODELLO TEORICO – È basato sull'individuazione e consolidamento della motivazione al cambiamento, elaborazione di vissuti traumatici, analisi dei conflitti emotivi e di aspetti comportamentali disfunzionali, analisi e prevenzione delle ricadute, inserimento lavorativo. Il progetto terapeutico è costruito ad hoc e tiene conto delle esigenze e risorse personali. Gli interventi terapeutici utilizzano l'approccio motivazionale e la psicoterapia di sostegno.

MODALITA DI INSERIMENTO – Il servizio inviante contatta il responsabile della comunità per richiedere l'inserimento e successivamente la psicologa della struttura riceve il paziente per un colloquio di valutazione. Con gli elementi acquisiti attraverso i colloqui, viene valutata in équipe la possibilità di ingresso e definita la presunta data di inserimento. Con il servizio inviante si concorda e costruisce un progetto terapeutico personalizzato.

ATTIVITA' TERAPEUTICHE – La metodologia operativa si svolge su quattro aree: Comportamentale; Relazionale; Affettiva; Lavorativa. Attraverso parametri di riferimento viene valutata la gestione della quotidianità, il livello di capacità relazionale, affettivo cognitivo e la capacità lavorativa.

ATTIVITA' LAVORATIVE – All'interno della Comunità Emmaus sono previste le seguenti attività lavorative: Manutenzione della casa; Giardinaggio; Attività di tipo agricolo (orto); Borse lavoro interne centri O.S.M.C.

PROGRAMMI RESIDENZIALI BREVI – Presso la comunità è possibile l'inserimento di persone per percorsi riabilitativi a breve termine. L'obiettivo principale del progetto è di valutare in tempi prestabiliti a priori con il servizio le capacità elaborative e comportamentali della persona. Il percorso ed il progetto terapeutico vengono condivisi e verificati con i servizi sociali e/o il servizio territoriale inviante.

COLLABORAZIONE CON SERVIZI INVIANI – Periodicamente vengono effettuati report e/o incontri con gli operatori del servizio inviante per verificare l'andamento del progetto terapeutico e ridefinire gli obiettivi. Il paziente si reca con appuntamenti prestabiliti al Servizio inviante per le analisi, le cure mediche, la terapia farmacologica.

IN COMUNITA' – La vita di Comunità è scandita da un programma orario, che permette all'utente di iniziare a vivere nel tempo programmato, nelle regole, nella condivisione, nella responsabilizzazione e perseguimento graduale dell'autonomia personale. Sono assicurate all'utente informazioni sulle caratteristiche dei trattamenti, le modalità di comportamento richiesto, i risultati della valutazione iniziale ed eventualmente esclusione dai trattamenti, i risultati delle valutazioni intermedie i diritti di riservatezza. Le cartelle e i documenti personali di ciascun ospite sono custodite in appositi archivi consultabili solo dal personale addetto. Tutti gli operatori di Comunità sono tenuti a mantenere il segreto professionale come da codice deontologico.

FOLLOW UP – Alla conclusione del percorso comunitario l'ospite viene inserito in un gruppo di auto aiuto e sostegno condotto dalla psicologa e coadiuvato da un Operatore della comunità. La durata media è di circa un anno questo servizio è gratuito.

4.3.2 – Utenti in carico nel 2014

Tab. 4.3.2.1 - Utenti in carico nell'anno per fascia d'età

Fasce d'età	Utenti	
	V.A.	V.%
<15	0	0,0
15-19	0	0,0
20-24	2	4,3
25-29	4	8,7
30-34	5	10,9
35-39	10	21,7
40-44	10	21,7
45-49	6	13,0
50-54	8	17,4
55-59	1	2,2
60-64	0	0,0
>64	0	0,0
Totale	46	100,0

I 46 utenti hanno effettuato complessivamente 54 trattamenti; 6 persone hanno effettuato due ingressi nel corso dell'anno, una persona ne ha effettuati 3.

Tab. 4.3.2.2 - Utenti in carico nell'anno per provenienza territoriale

Provenienza per territorio		
Territorio	V.A.	V.%
Ser.D. Ulss 12 Veneziana	19	41,3
Ser.D. Provincia di Venezia	16	34,8
Ser.D. Regione Veneto	9	19,6
Ser.D. Fuori Regione	2	4,3
D.S.M. Ulss 12 Veneziana	0	0,0
D.S.M. Regione Veneto	0	0,0
Totale	46	100,0

Tab. 4.3.2.3 - Utenti in carico nell'anno per Ser.D. inviante

SerD di provenienza/soggetto inviante	
Chioggia	1
Cagliari	2
Dolo	3
Mestre	14
Mirano	9
Mogliano Veneto	1
Monselice	2
Oderzo	2
Portogruaro	2
San Donà di Piave	1
Taglio di Po	1
Treviso	2
Venezia	5
Zevio	1
Totale	46

Tab. 4.3.2.4 – Terapie all'ingresso in Comunità Terapeutica

Terapia all'ingresso	Utenti	
	V.A.	V.%
metadone	25	46,3
subutex	1	1,9
suboxone	6	11,1
alcover	3	5,6
nessuna / nessuna delle precedenti	19	35,2
Totale	54	100,0

Tab. 4.3.2.5 – Terapie in corso alla dimissione dalla Comunità Terapeutica

Terapia all'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
metadone	13	34,2
subutex	1	2,6
suboxone	2	5,3
alcover	2	5,3
nessuna / nessuna delle precedenti	20	52,6
Totale	38	100,0

Tab. 4.3.2.6 – Uscite dalla Comunità Terapeutica per motivazione

Motivo d'uscita	Utenti	
	V.A.	V.%
Trattamento Concluso	13	34,2
Interruzione Trattamento (*)	23	60,5
Dimissioni concordate	2	5,3
Totale	38	100,0
* comprende: abbandono (17), allontanamento (1), sospensione (4), arresto/detenzione (1)		

Tab. 4.3.2.7 – Range e durata del programma per motivo di dimissione

Range e durata del programma per motivo d'uscita	Durata media		Range (mesi)	
	anni	mesi	Min	Max
Trattamento Concluso	0,6	6,9	0,2	19,5
Interruzione Trattamento	0,3	3,9	0,1	9,6
Dimissioni concordate	0,1	1,7	1,2	2,1

5. Conclusioni

Come noto, tra i compiti specifici dell'Osservatorio locale c'è anche quello di “fornire elementi utili a stimolare e orientare la programmazione degli interventi territoriali sul fenomeno”. Di seguito vengono quindi evidenziati i punti salienti per ciascuna area operativa.

- i. **Il bacino d'utenza (popolazione residente).** Il 2014 conferma il trend pluriennale di un progressivo e costante innalzamento dell'età media della popolazione residente nel Comune di Venezia, che in alcuni quartieri rasenta ormai, per la popolazione generale, i 50 anni (valore già superato dalla popolazione femminile in tutto il centro storico veneziano). Decisamente inferiore l'età media della popolazione degli altri comuni inclusi nel territorio dell'Aulss 12 Veneziana, in particolare il Comune di Marcon. Della diversa distribuzione dell'età media della popolazione risente l'età media dei cittadini residenti nel territorio dei due Ser.D.: relativamente più giovani i cittadini residenti nel territorio di competenza del Ser.D. di Mestre (46.09), più anziani i cittadini residenti nel territorio di competenza del Ser.D. di Venezia (48.68).
- ii. **L'attività di Riduzione del Danno.** La popolazione straniera come numero di contatti della struttura ha sorpassato il 50%. Le persone che vivono in condizioni di marginalità e povertà sono quelle che dal punto di vista dei diritti e tutela sanitaria sono più a rischio e con maggior difficoltà di accesso alle cure e trattamenti. Il rischio di patologie sommerse e non trattate è molto alto, con conseguenze per la salute pubblica, oltre che individuale. Per quanto riguarda la diminuzione della distribuzione del materiale sanitario e relativo ritiro, questa non va interpretata come una diminuzione della domanda, ma come minor disponibilità materiale da parte del servizio a consegnare con regolarità i vari presidi. Nel 2012 la percentuale dei giovani italiani superava quella degli stranieri. Dal 2013 la situazione si è capovolta. A seguito delle riduzioni di spesa per il personale, che ha

comportato l'impossibilità di programmare gli interventi serali e notturni, una parte del lavoro di strada ne ha risentito fortemente. La diminuzione significativa del numero dei primi contatti evidenzia in maniera esaustiva l'importanza di potersi muovere nel territorio con flessibilità al fine di raggiungere quella parte di utenza "sommersa" che non si rivolge spontaneamente ai servizi. Nella percezione degli operatori emerge che il policonsumo per via iniettiva del target straniero, in particolare dell'est europa, è in aumento ed è difficile da agganciare. Gli interventi nei luoghi di festa sono diminuiti ancora rispetto l'anno precedente e sono affidati quasi esclusivamente all'Associazione Tipsina, anche se è evidente come l'attività all'interno dei contesti di festa permetta di entrare in contatto con un target molto giovane e possibilmente a rischio. L'intervento continua ad esprimere un grande potenziale sia dal punto di vista della prevenzione che nella conoscenza del fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti nei giovani evidenziando stili di consumo e varietà di sostanze presenti sul mercato.

- iii. **Tossicodipendenti adulti Mestre.** Le caratteristiche socio-ambientali e cliniche della popolazione tossicodipendente adulta sono simili a quelle degli anni precedenti confermando la tendenza di questi utenti a rimanere in carico per molti anni ai nostri servizi. Rimane quindi l'esigenza di elaborare modelli d'intervento per lungoassistenza, che coinvolgano una rete di servizi sia sanitari (pubblico e privato convenzionato), che del Comune (l'elaborazione di questo modello è oggetto di un apposito gruppo provinciale denominato Co.Ri.). La maggior parte dei nostri utenti è di nazionalità italiana, ma il 3.7 % è straniero: quest'anno sono state redatte delle linee guida con il Distretto Sanitario (con mediazione del Servizio Riduzione del Danno se necessita) per fornire loro in modo più agevole i documenti sanitari (tessere ENI e STP) a tempo determinato, per poter loro garantire le cure primarie di cui necessitano, compreso l'intervento di prevenzione dell'astinenza e disintossicazione dall'uso di sostanze.
- iv. **Tossicodipendenti adulti Venezia.** L'età massima rilevata è stata di 64.9 anni, l'età media di 41.4; il rapporto F/M è di 1/4.9, in aumento rispetto al 2013 (1/3.8). I "nuovi utenti" rappresentano il 10% degli adulti seguiti complessivamente nell'anno; più della metà è costituito da persone di età inferiore ai 35 anni (20 su 36), più rappresentate le donne (20%) rispetto alla popolazione complessiva degli adulti in trattamento nell'anno (16.9%). La sostanza primaria, anche se talvolta difficilmente discriminabile (i casi di poliassunzione sono più numerosi di anno in anno) evidenzia una larga prevalenza di assuntori di eroina, seguita da cocaina e cannabinoidi. Questi valori, se associati alle osservazioni riportate nel capitolo 2 "Le persone seguite fuori dal Ser.D.: l'attività di riduzione del danno", evidenziano quanto la loro lettura avulsa dal contesto possa essere dispercettiva: la sostanza primaria prevalente è l'eroina tra gli utenti del Ser.D. e tra i contatti del Servizio di Riduzione del Danno, mentre la percezione della diffusione nel "sommerso" è che altre possano essere le sostanze più utilizzate (in particolare alcool e cannabis). Si può ipotizzare, a questo proposito, che il Ser.D. si sia nel tempo connotato socialmente come un servizio dedicato ai soli consumatori di eroina, non aperto alla popolazione generale dei consumatori (connotazione che potrebbe pesantemente influire sulla richiesta di intervento). L'alcol come sostanza secondaria d'abuso appare in aumento col progredire dell'età; più irregolare, rispetto alle fasce d'età, l'andamento di cannabinoidi e cocaina.
- v. **Giovani assuntori abusatori dipendenti Mestre.** Nel 2014 sono stati in carico 129 giovani di cui 93 maschi e 36 femmine. E' interessante notare che le ragazze rappresentano circa un terzo dei maschi (78.1% M e 27.1% F), mentre nell'utenza adulta con età superiore ai 26 anni sono meno rappresentate le donne (87.5% M e 12.4% F). La presenza femminile impone una particolare attenzione alle problematiche di genere e allo sviluppo di interventi mirati. Sono per lo più italiani, con una presenza di 16 stranieri per i quali si evidenziano problematiche complesse anche in relazione al ricongiungimento familiare in genere avvenuto in età adolescenziale. I giovani e i giovanissimi tendono a consumare più sostanze e quindi si configura uno stile di policonsumo anche con una forte intercambiabilità tra le sostanze compreso l'alcol. La distinzione tra sostanza d'abuso primaria e secondaria alla luce delle abitudini giovanili odierne appare poco utile e rende anche difficile l'interpretazione dei dati.

- vi. **Giovani assuntori abusatori dipendenti Venezia.** Nonostante la più volte denunciata carenza di personale in tutti i Servizi e la conseguente contrazione dei progetti di prevenzione, sostegno, e cura, la buona connessione tra il “ dentro” e il “ fuori” e la collaborazione tra gli operatori seppur provenienti da Servizi e Enti diversi, ancora riesce ad essere garantito il percorso di assistenza cura e riabilitazione di una persona che assume, abusa o dipendente da stupefacenti. I dati e le osservazioni qualitative mettono in rilievo che il percorso di un soggetto abusatore o tossicodipendente è lungo e complesso e richiede una multidisciplinarietà dell’intervento, poco compatibile con tempi e risorse in progressiva e costante contrazione. Manca inoltre un intervento di tipo ambientale che agisca in segno contrario alla “moda” dello sballo continuo, a tutti i costi, e senza alternativa.
- vii. **Alcolisti Mestre.** L’importante aumento dell’utenza rispetto al 2013 (+59 utenti, pari a +54%) è attribuibile prevalentemente alla diversa modalità di classificazione degli utenti, indotta dal protocollo SIND. L’età media degli utenti (46.7) è in linea con l’età media della popolazione di riferimento. Poco rappresentati gli stranieri; circa 25% degli utenti provengono da fuori Ulss.
- viii. **Alcolisti Venezia.** L’operatività nel nostro territorio dell’Ospedale Fatebenefratelli che, oltre dei posti letto per i ricoveri, si avvale di un ambulatorio alcolologico, ha determinato anche per il 2014 una bassa affluenza di nuovi utenti, rispetto a quanto atteso in riferimento alla popolazione residente, ed ha selezionato la tipologia della nostra utenza, che evidenzia un’elevata prevalenza di comorbidità psichiatrica e/o di problematiche giudiziarie. Permane la scarsa presenza tra i nuovi utenti di soggetti di età inferiore a 30 anni, nonostante la notoria ingravescenza dell’abuso alcolico in tale fascia di età. In aumento l’utenza rispetto al 2013.
- ix. **Gioco d’azzardo patologico.** Il gruppo con pazienti, condotto da due operatori del SerD, ha visto nel corso del 2014 un sensibile incremento di accessi, tanto che, attualmente, è in ipotesi lo sdoppiamento dei partecipanti. Spiccano l’elevata età media e la scarsa presenza di giovani, malgrado la notoria diffusione del fenomeno anche tra i minori. Nel corso del 2014 il servizio “Informagioco” ha seguito 143 pazienti; di questi il 34% sono soggetti entrati in trattamento per la prima volta nel corso dell’anno di rilevazione. Tra gli utenti prevale la componente di sesso maschile; le donne sono solo il 14%. Un numero significativo di pazienti proviene da aree esterne all’Ulss; 34 sono gli utenti residenti in altra Ulss, alcuni dei quali sono in trattamento da alcuni anni. I cittadini stranieri sono 10, quasi tutti dell’Est Europa. Per ciò che attiene alla tipologia di gioco sulla quale si è strutturata prevalentemente la dipendenza da gioco, prevale l’utilizzo di Slot Machine e VLT che interessa l’83% dei pazienti in trattamento.
- x. **Tabagisti.** Nel 2014 si sono rivolti per la prima volta al CTT 67 fumatori di cui 32 uomini e 35 donne, mentre gli utenti totali in carico sono stati 107 di cui 49 maschi e 58 donne. La maggior prevalenza di donne non rispecchia l’andamento dei dati regionali: infatti la Sorveglianza Passi Veneto 2010-2014 riporta una prevalenza maggiore fra gli uomini (26%) rispetto alle donne (18%). L’età media degli utenti seguiti nel 2014 era di 53.1 anni, con *range* 29.6-80.6.
- xi. **Detenuti.** Età dei tossicodipendenti detenuti evidenzia un *range* estremamente ampio (minimo 19,3 anni; massimo 66,4; media 36,3). Solo 67 (28%) provengono dal territorio dell’Ulss 12; 71 (30%) provengono da altre Ulss della Regione Veneto, 100 (42%) invece da fuori regione. Tra i cittadini stranieri, 15 (6% dei detenuti) sono cittadini comunitari e 96 (40% dei detenuti) sono cittadini extracomunitari, provenienti principalmente da Tunisia, Marocco ed Albania. Le principali sostanze d’abuso sono eroina e cocaina.
- xii. **L’Unità Operativa Prevenzione Dipendenze.** Attività “I genitori si interrogano su adolescenti e droghe”: effettuati incontri di sensibilizzazione in 3 istituti superiori per un totale di 245 partecipanti. Attività “I docenti di fronte agli studenti a rischio di consumo di droghe”, coinvolto un istituto e 34 docenti. Attività “Droga che fare spazio genitori”: sono stati in carico 133 familiari (59 maschi e 74 femmine), di cui 123 provenienti dal territorio aziendale. I nuovi accessi sono stati 59 (28 maschi e 31 femmine) mentre 74 familiari risultano già in carico o rientrati. La fascia di età prevalente dei genitori a maggiore prevalenza è quella tra i 50 e i 54 anni di età (49 familiari), seguita dalla fascia 45-49 anni

(41 familiari). Prevale nettamente la nazionalità italiana (122 familiari su 133), residuale la presenza di familiari moldavi, rumeni, albanesi o marocchini.

- xiii. **Il Centro Italiano di Solidarietà (Ce.I.S.).** Le tre strutture del Ce.I.S. di Mestre anche per l'anno 2014 hanno consolidato la loro attività all'interno del territorio veneziano. La Pronta Accoglienza "Confine" risponde alla necessità di ricovero dei pazienti in tempi veloci, entro qualche giorno dalla segnalazione. Sono accolti in questa struttura pazienti in crisi tossicomane che necessitano, in tempi brevissimi, di un contesto contenitivo e professionale dove superare il momento di crisi. Il Centro Soranzo si rivolge a pazienti dipendenti da alcol e cocaina. Quest'anno ha preso forma uno specifico e innovativo progetto di intervento residenziale per giocatori d'azzardo che avrà il suo completo sviluppo nel 2015. La Comunità Contatto risponde in modo specifico a pazienti che necessitano di sostegno personalizzato e costante nel complesso processo di reinserimento sociale stimolando lo sviluppo e l'elaborazione di strategie personali per affrontare i cambiamenti che al reinserimento sono connessi. Nel 2015 il Ce.I.S. ha dato avvio al modulo B-side, intervento residenziale breve, indirizzato a pazienti con struttura di personalità borderline associato a dipendenza da sostanze. Il modulo prevede interventi specifici e multifocali che integrano il modello dialettico-comportamentale mutuato da Marsha Linehan, con l'approccio motivazionale e il modello teorico operativo della prevenzione alla ricaduta.
- xiv. **La Comunità di Venezia s.c.s.** Le due comunità terapeutiche gestite dalla cooperativa Comunità di Venezia s.c.s., "Villa Renata" per adulti e "Casa Aurora" per madre-bambino, accolgono nel primo caso giovani adulti di ambo i sessi e, nel secondo caso, mamme con bambini. La comunità per adulti accoglie soprattutto pazienti di giovane età, gli under 29enni rappresentano infatti, nel 2014, il 70% dei maschi e l'80% delle femmine, in media il 75% del totale) mentre gli over 30 rappresentano il 25% del totale. Nella comunità madre-bambino, le giovani madri sotto i 30 anni di età rappresentano, nel 2014, il 53% del campione. I risultati relativi all'anno 2014, sono: *a*) buona durata media dei programmi terapeutici in relazione alla ritenzione in trattamento (nella comunità per adulti in media: 23 mesi di trattamento per i programmi terminati con successo e 8 mesi per i programmi terminati con interruzioni o allontanamenti, mentre nella comunità m-b abbiamo 33 mesi per i programmi terminati con successo e 19 mesi per i programmi terminati con interruzioni o allontanamenti); *b*) buone percentuali di successo dei trattamenti in particolare nel caso del programma madre-bambino (71%); *c*) discreti risultati in relazione allo svezzamento dalle terapie sostitutive e farmacologiche (nella comunità m-b il 57% delle pazienti viene dimesso senza terapia, nella comunità per adulti il 28%).
- xv. **La Comunità Emmaus.** Nel 2014 si evidenzia un lieve aumento dell'utenza nonché dell'età degli utenti; più accentuata inoltre la territorializzazione degli ingressi.