



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Il Framework operativo per la diagnosi precoce: RACCOLTA DATI

Roma, 11 Aprile 2012

Gruppo di lavoro del Progetto:

**Serpelloni G., Gomma M.,
Rimondo C., Zermiani M.**



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga



Progetto
**EARLY DETECTION
OF DRUG USE -
EARLY INTERVENTION**

Obiettivi presentazione

- Descrivere un modello di flusso dati per le unità operative del progetto
- Definire le caratteristiche del flusso dati (Storico/aggregato, «Casi clinici» individuale, ecc.)
- Illustrare i singoli 'campi' del data base (ad es. invio)
- Declinare la legenda dei singoli campi (ad es. volontario, art. 75, ecc.)
- Indicare la metodologia di raccolta, di invio dati e la tempistica



Scopo del flusso

- Quantificare il problema affrontato e conoscere il fenomeno in osservazione
- Costruire un primo data SET nazionale sul tema EARLY DETECTION e intervento in fase precoci
- Predisporre un primo rapporto di attività e risultati per la Relazione al Parlamento 2012
- Attivare collaborazioni internazionali per la realizzazione di progetti specifici sul tema
- Restituire informazioni sia a livello di singolo servizio, sia a livello regionale sia nazionale



Tipologia di flusso

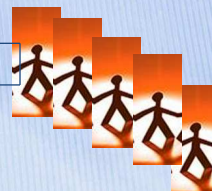
1

Aggregato: «Casistica di servizio»



2

Individuale «Scheda Caso Individuale»





Flusso Aggregato «Monitoraggio Minori»



Flusso dati «Monitoraggio Minori» (1)

Obiettivo: Stabilire la **PREVALENZA** per genere ed età

	Maschi		Femmine		Totale		
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Totale
≤ 12 anni							
12 anni							
13 anni							
14 anni							
15 anni							
16 anni							
17 anni							
18 anni							
18-24 anni							

Fase temporale di osservazione: Anno 2011



Flusso dati «Monitoraggio Minori» (2)

Obiettivo: Stabilire la **POSIZIONE SCOLASTICA** per genere

	Regolare frequentazione	Irregolare frequentazione	Abbandono scolastico	Non noto	Totale
Maschi					
Femmine					
Totale					

Fase temporale di osservazione: Anno 2011

Fasce età: ≤ 14 , 15, 16, 17 anni



Flusso dati «Monitoraggio Minori» (3)

Obiettivo: Stabilire la **FONTE DI INVIO** per genere

	Volontari o	Famiglia/ amici	Servizi sociali/Ma gistratura	Art. 75	Altro
Maschi					
Femmine					
Totale					

Fase temporale di osservazione: Anno 2011

Fasce età: ≤ 14 , 15, 16, 17 anni



Flusso dati «Monitoraggio Minori» (4a)

Obiettivo: Stabilire il **TIPO DI SOSTANZA PRIMARIA**
per genere

	Canna bis	Eroina	Cocaina	Amfeta mine Ecstasy	Alluci nogeni	Droghe sintetiche*	Altre sostanze	Tabacco	Alcol
Maschi									
Femmine									
Totale									

*JWH, Mefedrone, Catinoni, ecc.

Fase temporale di osservazione: Anno 2011

Fasce età: ≤ 14 , 15, 16, 17 anni



Flusso dati «Monitoraggio Minori» (4b)

Obiettivo: Stabilire il **TIPO DI SOSTANZA SECONDARIA**
per genere

	Canna bis	Eroina	Cocaina	Amfeta mine Ecstasy	Alluci nogeni	Droghe sintetiche*	Altre sostanze	Tabacco	Alcol
Maschi									
Femmine									
Totale									

*JWH, Mefedrone, Catinoni, ecc.

Fase temporale di osservazione: Anno 2011

Fasce età: ≤ 14 , 15, 16, 17 anni



Flusso dati «Monitoraggio Minori» (5)

Obiettivo: Stabilire il **TIPO DI TRATTAMENTO** per genere

	Solo psicosociale	Farma- cologico			Psicosociale + Farmacologico	Comunità Terapeutica	
		Met	Bup	Nal		Semiresidenziale	Residenziale
Maschi							
Femmine							
Totale							

*Met= Metadone, Bup= Buprenorfina, Nal= Naltrexone

Fase temporale di osservazione: Anno 2011

Fasce età: ≤ 14 , 15, 16, 17 anni



Flusso Individuale «Caso Individuale»



Scheda Caso Individuale – Dati Generali

- Unità operativa, Operatore, Data 1 colloquio
- Codice soggetto
- Fonte invio (Accesso diretto, Servizi sociali, Pediatri/MG, Istituti scolastici, Uffici di Servizio Sociale Minorenni, altro)



Scheda Caso Individuale– Nucleo Familiare presente

- Presenza di madre (età, professione)
- Presenza di padre (età, professione)
- Numero Figli
- Condizione dei genitori (uniti, separati)
- Motivazione riportata dai genitori per la richiesta di colloquio
- Consenso (con firma)



Scheda Caso Individuale – Adolescente

- Età, sesso
- Consenso al colloquio (con motivazione)
- Consenso al drug test (con motivazione)
- Occupazione (Studente, In cerca di lavoro, Occupato)



Scheda Caso Individuale – Uso Tabacco dichiarato

Tabacco	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Età inizio	_____
Quantità media/die negli ultimi 30 gg			_____	
% di amici che fumano			_____	
Note			_____	



Scheda Caso Individuale – Uso Alcol dichiarato

Alcol			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Età inizio _____	
Tipologia	<input type="checkbox"/> Birra	<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Aperitivi alcolici
	<input type="checkbox"/> Super-alcolici	<input type="checkbox"/> Altro _____	
Frequenza media di assunzione	<input type="checkbox"/> Giornaliera	<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile
Descrivere la quantità MEDIA di una giornata tipo		<input type="checkbox"/> N. Birre _____ <input type="checkbox"/> N. Bicchieri Vino _____ <input type="checkbox"/> N. Aperitivi _____ <input type="checkbox"/> N. _____	
Descrivere la quantità MASSIMA di una giornata dove si sono fatte forti assunzioni		<input type="checkbox"/> N. Birre _____ <input type="checkbox"/> N. Bicchieri Vino _____ <input type="checkbox"/> N. Aperitivi _____ <input type="checkbox"/> N. _____	
Ha mai avuto ubriacature/forti bevute (ultimi 12 mesi)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
N. episodi ultimo mese _____			
Ha mai avuto bisogno di essere soccorso da sanitari per aver bevuto troppo (ultimi 12 mesi)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Quante volte nell'ultimo anno? _____
% di amici che bevono (riferito dal minore) _____			
Note _____			



Scheda Caso Individuale – Uso Sostanze dichiarato

Uso di Sostanze stupefacenti riferito						<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si						
Tipo di sostanza (1)	Uso				Quantità media (valore alla settimana) di frequenza	Via di assunzione				Età primo uso	Episodi di malessere con accesso in pronto soccorso		
	Life Time		Ultimi 30 giorni			EV	IN	Resp	OS				
Amfetamine	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Ecstasy	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Sostanze inalanti	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Cannabis	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
LSD	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Cocaína	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Crack	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Eroina	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Altri oppiacei	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
GHB (ecstasy liquida)	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Steroidi	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Altre sostanze (cannabinoidi sintetici, salvia divinorum)	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Altri allucinogeni (ketamina, mescolina, sintetici)	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	
Mefedrone	No	Si	No	Si	___	___					No	Si	

% di amici che usano sostanze riferiti dal minore _____

Soldi spesi settimanalmente per l'acquisto di sostanze _____/euro

Uso di psicofarmaci non prescritti ☐ No ☐ Si

Nomi: _____

(1) Segnare tutte le sostanze riferite



Scheda Caso Individuale – Gioco d'azzardo dichiarato

Gioco d'azzardo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
Tipo	<input type="checkbox"/> Gratta e vinci <input type="checkbox"/> Lotto <input type="checkbox"/> Superenalotto <input type="checkbox"/> Bingo <input type="checkbox"/> Giochi abilità	<input type="checkbox"/> Slot-machine <input type="checkbox"/> Scommesse sportive/ippiche <input type="checkbox"/> Video poker <input type="checkbox"/> Altro
Soldi spesi settimanalmente per gioco d'azzardo € _____ (ultimi 30 gg)		



Scheda Caso Individuale – Episodi antisociali

Episodi antisociali	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì				
Tipo	Presenza				Frequenza ultimi 30 giorni (N. volte)	Conseguenze
	Life Time		Ultimi 12 mesi			
Risse	No	Sì	No	Sì	_____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Piccoli furti	No	Sì	No	Sì	_____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Spaccio	No	Sì	No	Sì	_____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Atti vandalici	No	Sì	No	Sì	_____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Prostituzione	No	Sì	No	Sì	_____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)
Altro _____	No	Sì	No	Sì	_____	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Sociali <input type="checkbox"/> Amministrative (multe) <input type="checkbox"/> Legali (denunce)



Scheda Caso Individuale – Disturbi comportamentali

Precedenti disturbi comportamentali riferiti dai genitori			
Diagnosticati da operatori sanitari	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Tipo <input type="checkbox"/> Iperattività <input type="checkbox"/> Deficit di attenzione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Difficoltà apprendimento <input type="checkbox"/> Altro: _____
Osservati dai genitori (ultimi 12 mesi)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	Tipo <input type="checkbox"/> Iperattività <input type="checkbox"/> Deficit di attenzione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Difficoltà apprendimento <input type="checkbox"/> Scarso rispetto delle regole <input type="checkbox"/> Crisi di ira <input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Tendenza a mentire <input type="checkbox"/> Piccoli furti <input type="checkbox"/> Assenze scolastiche ingiustificate <input type="checkbox"/> Irregolarità sonno/veglia <input type="checkbox"/> Irregolarità alimentare (frequenza e tipo) <input type="checkbox"/> Iperfagia <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Scarsa alimentazione <input type="checkbox"/> Non regolarità pasti <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Peso _____ Altezza _____ <input type="checkbox"/> Altro _____



Scheda Caso Individuale – Atteggiamento vs regole

	Giudizio di	Non rispettoso	Poco rispettoso	Abbastanza rispettoso	Molto rispettoso
Atteggiamento attuale verso il rispetto delle regole (riferito dai genitori)	Madre				
	Padre				



Scheda Caso Individuale – Comportamenti a rischio

Comportamenti a rischio riferiti dal soggetto minorenni	Sessuali	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì _____	
	Contatto con organizzazioni criminali	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Probabile	<input type="checkbox"/> Sì

Scheda Caso Individuale – Rendimento scolastico

Rendimento scolastico	Pregresse bocciature	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> N. _____	<input type="checkbox"/> Età _____
	Situazione attuale	<input type="checkbox"/> N. materie insufficienti (ultimo anno scolastico)			



Scheda Caso Individuale – Atteggiamento genitori vs uso di sostanze

Atteggiamento dei genitori nei confronti dell'uso di sostanze				
Padre	<input type="checkbox"/> Tollerante	<input type="checkbox"/> Parzialmente tollerante	<input type="checkbox"/> Non tollerante	<input type="checkbox"/> Dubbioso
Madre	<input type="checkbox"/> Tollerante	<input type="checkbox"/> Parzialmente tollerante	<input type="checkbox"/> Non tollerante	<input type="checkbox"/> Dubbioso



Scheda Caso Individuale – Conflittualità familiare

Conflittualità familiare (riferita dall'adolescente e, in separata sede, dai genitori)									
Rapporto	Giudizio soggettivo								
	Adolescente			Madre			Padre		
	Grado di intesa*	Grado di stima**	Violenza ***	Grado di intesa*	Grado di stima**	Violenza ***	Grado di intesa*	Grado di stima**	Violenza ***
Madre - Figlio	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica			
Padre - Figlio	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Fisica

* Grado di armonia e di accordo tra i soggetti

** Grado di apprezzamento/ammirazione tra i soggetti riferito

*** Presenza di episodi di aggressività verbale o fisica tra i soggetti riferito



Scheda Caso Individuale – Uso di sostanze nei genitori riferito

Uso di sostanze nei genitori riferito						
	Uso ATTUALE sostanze stupefacenti			Uso ATTUALE ALCOL		
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Dipendenza	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Ex Dipendenza
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Dipendenza	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Ex Dipendenza
	Uso PREGRESSO sostanze stupefacenti			Uso PREGRESSO ALCOL		
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Dipendenza	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Ex Dipendenza
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Dipendenza	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Ex Dipendenza
	Uso di farmaci Psicoattivi					
Padre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Pregresso	<input type="checkbox"/> Dipendenza	Tipologia _____	
Madre	<input type="checkbox"/> Non uso	<input type="checkbox"/> Saltuario	<input type="checkbox"/> Pregresso	<input type="checkbox"/> Dipendenza	Tipologia _____	



Scheda Caso Individuale – Pregressi ricoveri psichiatria genitori

	Pregressi ricoveri o terapie psichiatriche		
Padre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Specifiche _____
Madre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Specifiche _____



Scheda Caso Individuale– Modelli Educativi

Giudizio sui Modelli educativi di base *(rilevati al primo colloquio) – Giudizio operatore				
	Adeguati	Parzialmente adeguati	Inadeguati	Note
Rapporti inter familiari				
Rientri notturni				
Regolarità dei pasti				
Condivisione compiti gestione familiare				
Gestione del denaro				
Conservazione ritmo sonno/veglia				
Rispetto ruoli famigliari				
Coerenza tra coniugi				

*Giudizio dell'operatore sulla base degli standard di riferimento vedere FETQ – Family Educational Twin Questionnaire for Drugs, Serpelloni G, Bonci A., Rimondo C., *Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze*, 2009



Scheda Caso Individuale– Monitoraggio Intervento

Controlli	Drug test	Esito	Giudizio globale sull'andamento ^{*1} (1-10)			Episodi di conflitto nel periodo		Rispetto delle regole del contratto	
			Figlio	Madre	Padre				
Data I						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _
Data II						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _
Data III						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _
Data IV						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _
Data V						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N _

*1 la domanda tipo: Come pensa stia andando in questo periodo? Dia un punteggio secondo la sua personale opinione da 1 a 10, dove 1 vuol dire malissimo e 10 benissimo



Scheda Caso Individuale– Monitoraggio Follow-up

	FOLLOW UP									
	3 mesi		6 mesi		9 mesi		12 mesi		15 mesi	
In carico	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
N Urine Eseguite	---		---		---		---		---	
N Urine Positive	---	<input type="checkbox"/> Eroina <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Amfetamine <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> Alcol	---	<input type="checkbox"/> Eroina <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Amfetamine <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> Alcol	---	<input type="checkbox"/> Eroina <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Amfetamine <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> Alcol	---	<input type="checkbox"/> Eroina <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Amfetamine <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> Alcol	---	<input type="checkbox"/> Eroina <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> THC <input type="checkbox"/> Amfetamine <input type="checkbox"/> MDMA <input type="checkbox"/> Alcol
Invio al SerT	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Invio in Comunità Terapeutica	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Dimesso	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Motivo dimissioni										
Fine programmata										
Abbandono	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Allontanamento	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Trasferimento altro servizio	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Carcere	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Decesso	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Altro Motivo	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No



Metodologia invio



Area Riservata Diagnosi Precoce

In caso si verificassero problemi di autenticazione eliminare i cookie.

Regione:

Provincia:

Struttura:

Password: Hai dimenticato la password? [Clicca qui.](#)



In attuazione degli accordi internazionali con:

Unità di coordinamento di progetto:

In collaborazione con:

Copyright © 2012 Progetto Early Detection of Drug Use for Early Intervention - All Rights Reserved - Developed by AWB Informatica

Per sfruttare al meglio le funzionalità dell'amministrazione si consiglia l'utilizzo di

Mozilla Firefox

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Questionari Contatti Cambio password Esci

Utente collegato: Ser.D n.1 Verona (Dip. per le dipendenze n.20 - Verona)

Monitoraggio Minori
Monitoraggio Compilato
Monitoraggio Bianco

Questionari

- Monitoraggio Minori 2011
- Sabato di valutazione del minore e della famiglia

Contatti

Segreteria
e-mail: diagnosiprecoce@dronet.org
tel: 045-8076206/78

Aspetti metodologici
e-mail: mzermiani@dronet.org
tel: 045-8076276

Utenti - Modifica Password - Windows Internet Explorer
http://diagnosiprecoce.dronet.org/amministra/user_modpass.php?id=592

Utenti - Modifica Password

nuova password :

ripeti password :

MODIFICA CHIUDI


PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Processo di login in corso...

✓ Ti sei correttamente autenticato

Copyright © 2012 Progetto Early Detection of Drug Use for Early Intervention - All Rights Reserved - Developed by AWB Informatica

Per sfruttare al meglio le funzionalità dell'amministrazione si consiglia l'utilizzo di

Mozilla Firefox 

Questionari

Contatti

Cambio password

Escl

Utente collegato: Ser.D n.1 Verona (Dip. per le dipendenze n.20 - Verona)

Monitoraggio Minori

Monitoraggio Compilato

Monitoraggio Bianco

Monitoraggio minori 2011

Periodo di osservazione annuale (dal **01.01.2011** al **31.12.2011**)

Per minori si intendono i soggetti che nell'anno di osservazione hanno avuto un periodo di presa in carico in età inferiore a 18 anni

Minorenni totali

Numero complessivo per genere

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico
12 anni	0	0	0	0		
13 anni	0	0	0	0		
14 anni	0	0	0	0		
15 anni	1	0	0	0	1	1
16 anni	1	2	2	0	3	2
17 anni	1	3	3	3	4	6
18-24 anni	15	12	10	14	25	26
Totale	18	17	15	17	33	34

Salva e continua più tardi

Avanti >

[illegible]



Ser.D n.1 Verona (Dip. per le dipendenze n.20 - Verona) ULSS 20 VENETO - 10.04.2012

MONITORAGGIO MINORI 2011

Periodo di osservazione annuale (dal 01.01.2011 al 31.12.2011). Per minori si intendono i soggetti che nell'anno di osservazione hanno avuto un periodo di presa in carico in età inferiore a 18 anni

Minorenni totali

Numero complessivo per genere

Età	Maschi		Femmine		Totale		Totale
	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	Nuovi	Già in carico	
12 anni	0	0	0	0	0	0	0
13 anni	0	0	0	0	0	0	0
14 anni	0	0	0	0	0	0	0
15 anni	1	0	0	0	1	0	1
16 anni	1	2	2	0	3	2	5
17 anni	1	3	3	3	4	6	10
18-24 anni	15	12	10	14	25	26	51
Totale	18	17	15	17	33	34	67



Grazie per l'attenzione

Email: mzermiani@dronet.org