

**Gruppo Esperti**

**PIANO CANTONALE DEGLI INTERVENTI  
NEL CAMPO DELLE TOSSICOMANIE  
2010**

**Raccomandazioni 2011–2014**

**luglio 2010**

# Indice

<b>INTRODUZIONE RIASSUNTIVA</b>	<b>1</b>
Evoluzione a livello federale	1
I Pilastro: prevenzione	2
II Pilastro: terapia e reinserimento	3
III Pilastro: riduzione del danno	5
IV Pilastro: repressione	5
Rapporto nazionale 2010 “Sfida alle dipendenze” e possibili evoluzioni future	6
<b>I PILASTRO: PREVENZIONE</b>	<b>8</b>
1.1. Introduzione	8
1.2 La dipendenza	8
1.3 Aspetti qualitativi e quantitativi delle dipendenze	9
1.4 Prevenzione delle dipendenze e promozione della salute	14
1.5 Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico	15
1.6 Promozione della salute e prevenzione in ambito comunale	16
1.7 Promozione della salute e prevenzione nell’ambito del tempo libero	17
1.8 Marginalità giovanile e gruppi a rischio	18
1.9 Dipendenze senza sostanze: i disturbi di controllo del comportamento nel quadro delle addizioni	19
1.10 Informazione	20
1.11 Raccomandazioni sulla prevenzione	21
<b>II PILASTRO: TERAPIA E REINSERIMENTO</b>	<b>22</b>
2.1 La figura del consumatore e nuove tendenze	22
2.2 Nuovo Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con stupefacenti	24
2.3 La cocaina: nuovo progetto per la presa a carico	26
2.4 Prestazioni ambulatoriali	28
2.4.1 <i>Statistica delle prese a carico ambulatoriali</i>	28
2.4.2 <i>Terapie sostitutive e Centri di competenze</i>	33
2.4.3 <i>Il lavoro come terapia</i>	35
2.4.4 <i>Raccomandazioni per le prestazioni ambulatoriali</i>	36

2.5	Terapie residenziali	37
2.5.1	<i>L'offerta stazionaria riconosciuta con un finanziamento cantonale</i>	37
2.5.2	<i>Statistica delle prese a carico stazionarie</i>	39
2.5.3	<i>Valutazione generale sull'offerta stazionaria in Ticino</i>	40
2.5.4	<i>Raccomandazioni per le terapie residenziali</i>	40
2.6	Tematiche emergenti dell'intervento di rete	41
2.6.1	<i>Invecchiamento e cronicizzazione della popolazione tossicomane</i>	41
2.6.2	<i>Problematiche alcol-correlate</i>	46
2.6.3	<i>Raccomandazioni per le tematiche emergenti dell'intervento di rete</i>	49
<b>III PILASTRO: RIDUZIONE DEL DANNO</b>		<b>50</b>
3.1	Accoglienza a bassa soglia	51
3.1.1	<i>Centro diurno di accoglienza (CAD)</i>	51
3.1.2	<i>Lavoro di prossimità</i>	52
3.2.	Raccomandazioni per la riduzione del danno	52
<b>IV PILASTRO: REPRESSIONE</b>		<b>54</b>
4.1	Introduzione e visione generale	54
4.2	Situazione nazionale	55
4.3	Situazione cantonale	57
4.4	Valutazione dell'attività svolta	58
4.4.1	<i>Azione penale – Procedura amministrativa</i>	59
4.4.2	<i>Rafforzamento della collaborazione tra autorità</i>	59
4.4.3	<i>Raccolta, analisi e valutazione dei dati statistici cantonali</i>	60
4.5	Raccomandazioni per la repressione	61

## **ALLEGATI**

A) Schede riassuntive per il settore della prevenzione

B) Sintesi del Rapporto nazionale 2010 "Sfida alle dipendenze" [www.sfidadipendenze.ch](http://www.sfidadipendenze.ch)

## INTRODUZIONE RIASSUNTIVA

Rispetto al precedente Piano cantonale degli interventi, per una maggior chiarezza temporale, si è preferito mutare le indicazioni cronologiche. Si farà pertanto riferimento a questo Piano cantonale indicando l'anno in cui si è conclusa la sua elaborazione (PCI 2010) e rammentando nel sottotitolo che esso contiene raccomandazioni per il quadriennio che va iniziando (Raccomandazioni 2011-2014).

Per quanto attiene alla fenomenologia delle dipendenze si rinvia ai contenuti del presente Piano cantonale; ci preme tuttavia sottolineare la necessità di mantenere una vigile e costante attenzione ai cambiamenti in atto, in quanto nella società rimangono fortemente presenti comportamenti tossicofilici, parte dei quali evolvono in manifestazioni patologiche e di dipendenza. Questo tenuto conto che i media presentano un'attenzione fluttuante nel tempo in relazione a questo fenomeno. Già nei precedenti Piani cantonali, così come nelle schede di applicazione, la Commissione esperti si è sempre espressa nel senso di riallocare le risorse finanziarie destinate al settore. Ancora oggi si ritiene importante non disinvestire rispetto a questo ambito, tenendo conto delle conseguenze in materia di costi socio-sanitari e di ordine pubblico.

Il presente documento si concentra sugli aspetti qualitativi e strategici della politica delle tossicomanie. Per quanto attiene alla dimensione finanziaria e operativa, si rinvia ai consuntivi del Cantone rispettivamente ai Rendiconti annuali del Consiglio di Stato.

### Evoluzione a livello federale

Come per le edizioni precedenti, anche il Piano cantonale degli interventi 2010 analizza la situazione nel Cantone e presenta delle raccomandazioni, seguendo la sistematica della politica dei quattro pilastri, instauratasi progressivamente in Svizzera durante gli anni '90 e formalmente ancorata nella rinnovata Legge federale sugli stupefacenti adottata in votazione popolare a fine 2008.

La nuova Legge federale sugli stupefacenti, che entrerà in vigore ad inizio 2011, di per sé non dovrebbe comportare particolari novità per il Ticino, che ha sviluppato nel tempo una politica cantonale basata sui quattro pilastri e si è dotato, già con la revisione 1999 della Legge cantonale d'applicazione, delle procedure di autorizzazione ora previste dalla legislazione federale. Una compiuta valutazione di eventuali adattamenti ancora necessari sarà però possibile solo in presenza della relativa Ordinanza federale, non ancora promulgata.

Si possono comunque segnalare sin d'ora due innovazioni che di certo comporteranno una riflessione a livello cantonale:

- il nuovo art. 3c sulla facoltà di segnalazione di "situazioni a rischio" a istituzioni che i Cantoni saranno tenuti designare; questo strumento è inteso quale misura preventiva e dovrà essere calibrato in tal senso;
- il nuovo art. 3h sulla segnalazione all'autorità competente di persone che potrebbero mettere a rischio la circolazione stradale a causa di turbe legate alla dipendenza.

Inoltre, entreranno in vigore il nuovo art. 19 cpv. 2 lett. d) che protegge maggiormente i minori e il nuovo art. 19bis che permetterà di punire più severamente chi metterà stupefacenti a loro disposizione, soprattutto nei luoghi di formazione o nelle immediate vicinanze.

La presente introduzione riassume, pilastro per pilastro, gli aspetti salienti dell'analisi effettuata dal Gruppo Esperti, nonché le raccomandazioni contenute nel presente Piano cantonale. Essa si conclude con un rinvio alla visione strategica "Sfida dipendenze", recentemente presentata a livello nazionale dalle tre Commissioni federali deputate a seguire il settore delle dipendenze: la

Commissione federale per i problemi di droga, la Commissione federale per i problemi di alcol e la Commissione federale per la prevenzione del tabagismo.

## **I Pilastro: prevenzione**

Sono dapprima ripresentate, seppure in forma aggiornata per quanto concerne i dati statistici, le riflessioni sulla prevenzione contenute nel precedente Piano cantonale (approvato dal Consiglio di Stato il 6 marzo 2006 e discusso in Gran Consiglio nella seduta del 14 aprile 2008), in quanto non si sono prodotti cambiamenti di visione tali da giustificare un mutamento di rotta nell'impostazione data nel recente passato. Le diverse modalità di consumo, l'abuso e la dipendenza, richiedono forme di prevenzione differenziate; se è vero che l'uso occasionale di alcune sostanze psicotrope può non rappresentare necessariamente un consumo a rischio, è pure vero che può essere molto pericoloso usare alcuni tipi di droghe anche una sola volta. La parte dedicata alla prevenzione riassume sia gli aspetti qualitativi, sia le indicazioni quantitative, aggiornate ad oggi, con riferimento al consumo di alcol, tabacco e droghe illegali. Evidentemente la nuova visione "Sfida alle dipendenze" proposta a livello federale potrebbe comportare nei prossimi anni un'estensione tematica e concettuale, in particolare in ambito di prevenzione.

Per quanto riguarda il consumo di sostanze psicoattive, nell'Indagine sulla salute in Svizzera 2007 (La salute nel Cantone Ticino - Risultati dell'Indagine sulla salute in Svizzera 2007, Osservatorio svizzero della salute, Obsan Bulletin 4/2009) il Ticino fa registrare una situazione sostanzialmente migliore rispetto al resto del Paese. Dalla medesima indagine, però, sembrerebbe che i ticinesi abbiano più difficoltà a controllare la propria vita: un terzo dei ticinesi (contro un quinto nel resto della Svizzera) denota, infatti, una scarsa padronanza sulla propria vita, fattore strettamente correlato alla salute e con un forte valore predittivo a lungo termine. Nei giovani dai 15 ai 35 anni questa percentuale sfiora addirittura il 40%; vi sono quindi indizi dell'esistenza di un disagio in incubazione in una parte importante dei giovani ticinesi. Tali risultati sono corroborati da quelli ottenuti nell'ambito dell'inchiesta SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health), che indicano un aumento di tale disagio. Si tratta dunque di migliorare l'attenzione alle condizioni di vita, di studio e di lavoro dei giovani, sviluppando maggiormente le loro risorse.

Negli ultimi anni hanno assunto dimensioni di allarme sociale anche le cosiddette "dipendenze senza sostanza", ossia più propriamente disturbi caratterizzati da una insufficienza di controllo sui comportamenti. Si tratta di comportamenti cosiddetti additivi; nell'esperienza clinica appaiono collegati a volte al consumo di sostanze, a volte a comportamenti compulsivi, caratterizzati da grandi somiglianze sul piano eziologico, biologico, clinico, sociale, diagnostico e terapeutico.

Nella realtà ticinese sono parecchi e variegati gli attori presenti ai vari livelli della prevenzione. Le premesse operative sono di certo buone, tuttavia le diverse iniziative andrebbero orientate e coordinate fra loro, grazie ad una visione d'assieme che definisca gli obiettivi prioritari. Ciò permetterebbe di imprimere maggior forza ai messaggi ed alle azioni che s'intendono sostenere. Con riferimento al mondo della scuola, si ritiene importante sia attribuito un mandato al Forum per la promozione della salute nella scuola affinché un apposito Gruppo di lavoro possa valutare e accompagnare i progetti di prevenzione che si svolgono nelle scuole.

Si raccomanda di mantenere viva l'attenzione nei campi dell'educazione, prevenzione, protezione e promozione della salute, in quanto sono gli unici strumenti a disposizione per fare in modo che i membri più giovani della società possano disporre delle risorse personali necessarie per far fronte a situazioni critiche.

V'è inoltre la convinzione che un maggiore impegno a livello finanziario consentirebbe un ampliamento delle prestazioni preventive, per le quali sussiste ancora un importante spazio di azione.

## Il Pilastro: terapia e reinserimento

La realtà del consumo di sostanze è una realtà in trasformazione, che muta e si sviluppa nel tempo, riflettendo, amplificando e portando alla luce gli elementi di tensione all'interno di un tessuto sociale, di una cultura o, più generalmente, di un periodo storico. L'approccio alle dipendenze si è sviluppato nella consapevolezza delle mutazioni di questo scenario, svincolandosi sempre più da una politica delle droghe illegali tout court, per concentrarsi sulla visione d'insieme delle sostanze psico-attive, all'interno della quale riconoscere e affrontare con più puntualità le differenti forme di consumo (a basso rischio, consumo problematico e dipendenza).

Non la sostanza in sé, dunque, rappresenta l'elemento di principale cambiamento e novità, quanto più specificatamente le modalità d'uso, la prevalenza dell'utilizzo a livello di popolazione, come pure la tipologia articolata dei consumatori con le problematiche complesse dal punto di vista bio-psico-sociale, che subentrano o precedono l'uso delle sostanze psicoattive.

Il profilo della persona tossicodipendente che afferisce ai servizi ambulatoriali e alle strutture residenziali presenta alcune caratteristiche stabili nel tempo ed altre nuove e complesse. In sintesi si tratta per lo più di un individuo maschio di età superiore ai 30 anni, con una dipendenza da oppiacei (di cui circa la metà in trattamento sostitutivo) e con un policonsumo. I dati recenti ci indicano anche un profilo mutato verso l'uso e abuso di psicofarmaci (benzodiazepine) e cocaina in modo rilevante. Purtroppo l'eroina sta ritornando in auge, a seguito della dipendenza da cocaina, come sostanza contrapposta a quest'ultima o usata in modo misto (per lo più inalata). Emerge inoltre l'invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento, di cui una buona parte non più reinseribile autonomamente a livello lavorativo e abitativo, abbisognante quindi di programmi speciali di presa a carico di lunga durata (vedi appartamenti protetti).

Più precisamente per quanto concerne l'eroina rimarchiamo che la politica cantonale e federale ha dato dei buoni risultati. Basti pensare che a metà degli anni '90 si stimavano in Svizzera circa 36'000 eroinomani, con circa 400 decessi all'anno; negli ultimi anni la cifra si è abbassata a circa 25'000 ed i decessi a meno della metà.

Come detto purtroppo gli organismi internazionali e gli operatori sul terreno concordano nel dire che l'eroina sta tornando in voga. Il consumo di cocaina è tuttora in forte espansione, anche a causa del calo dei prezzi, ed è andato a coinvolgere trasversalmente ampie fasce di popolazione. Detto consumo trova una spiegazione non solo per l'ampia offerta sul mercato, ma propriamente anche per le caratteristiche insite nella sostanza che la rendono non più una droga elitaria, bensì una risposta alle pressanti esigenze sociali e professionali (doping adattativo) affiancate da aspetti meramente edonistici.

Tra le sostanze illegali a maggiore diffusione e presenti trasversalmente nella popolazione non può essere trascurata la canapa; l'uso di questa sostanza dovrebbe sollevare particolari interrogativi per quando concerne le fasce di popolazione nell'età dello sviluppo (adolescenti e giovani adulti). Tuttavia risulta abbastanza difficile tratteggiare un profilo del consumatore tipico: in effetti la canapa è usata in modo trasversale, da persone di età molto differenti e con frequenza variabile.

Per la dipendenza da oppiacei, un'importante novità a livello terapeutico è rappresentata dal nuovo Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con stupefacenti. Dal primo regolamento cantonale del 1992 ad oggi, infatti, la medicina delle dipendenze ha compiuto importanti passi e l'approccio al paziente tossicodipendente ha perso la connotazione ideologica, allora ancora fortemente presente. Nei prossimi anni la nuova normativa dovrà trovare adeguata applicazione.

Nell'ultimo decennio il numero di casi (utenti e famiglie) seguiti dai servizi ambulatoriali è rimasto costante, ma negli ultimi anni sono stati sviluppati nuovi metodi d'intervento. In particolare l'apertura di due Centri di competenza (suggeriti nel precedente Piano cantonale) ha permesso di meglio seguire le persone tossicodipendenti con un consumo cronico e con importanti deficit

d'integrazione sociale. Questo ha comportato almeno parzialmente un contenimento dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti nelle strutture residenziali, oltre la diminuzione di reati di varia natura. Questi nuovi centri hanno saputo guadagnarsi la fiducia dei medici, che hanno iniziato ad inviare pazienti per una presa a carico psichiatrica e/o psicoterapica. Parimenti sono aumentate le richieste di disintossicazione ambulatoriale da metadone; l'introduzione della buprenorfina (Subutex), usata in ambito ambulatoriale praticamente solo dai Centri di competenza, ha reso possibile una più rapida disintossicazione da oppiacei.

A tre anni dall'apertura dei Centri di competenza per la prescrizione di trattamenti sostitutivi e psicofarmaci, l'esperienza andrà ora valutata e consolidata, in particolare con riferimento ad un'adeguata copertura dei bisogni sul territorio.

Per la cocaina è stata mutuata l'esperienza fatta altrove in Svizzera ed adattata per il Ticino una proposta (detta "Progetto cocaina", Ingrado-Sostanze illegali), che struttura una presa a carico ambulatoriale e modulare per consumatori che mantengono un inserimento sociale e professionale. In particolare, l'obiettivo è fornire un aiuto a chi ritiene di avere un problema con la sostanza cocaina, ma non si identifica nella figura del tossicodipendente classico. Ad inizio 2010 è stata autorizzata una fase sperimentale di due anni, iniziata nel giugno 2010; il progetto prevede sia un aspetto terapeutico esplicitamente volto alla cessazione del consumo, sia un aspetto di riduzione del danno. Per alcuni casi è pure possibile si faccia ricorso a un collocamento residenziale, puntuale e a breve termine presso il Centro terapeutico di Villa Argentina e la Clinica Viarnetto.

Per permettere una corretta valutazione dell'operato dei servizi ambulatoriali bisognerà considerare l'attività nel suo insieme. Alle prestazioni da sempre erogate, tra cui la preparazione e l'accompagnamento dei collocamenti terapeutici, saranno da abbinare i Centri di competenza (al momento presenti in due sedi su quattro), il Centro di accoglienza diurno a bassa soglia (CAD), il lavoro di prossimità e il Progetto cocaina (queste ultime tre prestazioni per ora disponibili nel solo Sottoceneri).

Sempre sul versante della presa a carico ambulatoriale, si segnala la possibilità della prosecuzione del progressivo disinvestimento da parte dell'Assicurazione invalidità, dinamica che da un lato avrà quale conseguenza un maggiore onere finanziario per il Cantone, ma d'altro canto corrisponderrebbe all'effettiva evoluzione delle coperture assicurative dell'invalidità, che sempre meno riconoscono questa casistica con provvedimenti individuali AI.

Per le terapie residenziali sul territorio cantonale sono attivi tre centri riconosciuti, presenti già dagli anni '90 (uno di loro dal 1984) e che oggi risultano coprire sufficientemente i bisogni. I collocamenti fuori Cantone, infatti, sono sporadici e riferiti a situazioni molto specifiche. Semmai le tre strutture, per quanto offrano approcci diversi tra loro, non risultano più sufficientemente differenziate per coprire le diverse esigenze di collocamento. Una maggiore differenziazione e la necessaria flessibilità dell'offerta erano d'altronde già state auspiccate nel precedente Piano cantonale.

In crescita è una casistica ormai cronicizzata, recidivante, per la quale l'offerta del percorso, sinora classico, di presa a carico terapeutica di lunga durata, non risulta essere sempre efficace. Si tratta pertanto di trovare nuove forme di presa a carico, che permettano di sostenere queste persone nel lungo periodo: mancano posti protetti sia in ambito abitativo, che di laboratorio, dopo la fine del mandato terapeutico residenziale. Il potenziamento delle prestazioni medico-clinico e infermieristico di una parte delle strutture appare ormai come una necessità: un numero crescente di casi con aspetti psichiatrici necessita di un accompagnamento più specifico, sia in ambito terapeutico, che in ambito lavorativo.

Pure il reinserimento professionale diviene sempre più problematico in una società molto esigente dal punto di vista lavorativo. In tal senso vanno trovate risposte soprattutto per categorie (giovani adulti e cronici) che rischiano di trovarsi senza attività occupazionale: si tratta di sostenerne il reinserimento lavorativo già durante la fase di collocamento residenziale.

L'aumento del lavoro ambulatoriale nei Centri di competenza, le nuove situazioni di politossicodipendenza, la casistica con problematiche alcol-correlate e la presenza di un'utenza cronicizzata e recidivante, sono tutti fattori che indicano la necessità di consolidare l'attuale rete di presa a carico. Ciò potrebbe avvenire tramite un'offerta basata su collocamenti di breve durata (3-4 mesi), impostata in modo tale da poter poi seguire e sostenere l'utenza sul medio-lungo termine. Una parte di questa casistica, una volta stabilizzata, potrebbe essere accolta in appartamenti protetti. Evidentemente andrà ricercata una complementarità tra interventi basati sulla Legge stupefacenti (Lstup) e misure di pertinenza della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI).

Per i centri residenziali riconosciuti finanziariamente, è pure opportuno verificare i contratti di prestazione, introdotti negli ultimi anni, in particolare per evitare effetti controproducenti, quali ad esempio un'eccessiva omogeneizzazione delle prese a carico quale diretta conseguenza di modelli di finanziamento basati su di un tasso d'occupazione a breve-medio termine.

Non è infine da trascurare l'esistenza di un'offerta di presa a carico autorizzata, ma non riconosciuta finanziariamente, per la quale è consigliabile un aggiornamento della situazione ed una sua valutazione.

### **III Pilastro: riduzione del danno**

Nell'approccio alle problematiche legate alla tossicodipendenza si è spesso identificato un livello di intervento particolarmente centrato e strutturato su un approccio definito "a bassa soglia", che mira a raggiungere una popolazione tossicomana che non sempre entra nella rete tradizionale di presa a carico, in quanto non accetta un seguito strutturato o comunque fatica a mantenerlo nel tempo.

A oggi sono fondamentalmente praticati due approcci a bassa soglia: Centri di accoglienza (diurni) ove l'utente si reca, rispettivamente soluzioni (solitamente in contesti urbani) in cui l'accesso all'offerta è garantito dalla presenza e dall'attività di operatori di prossimità, che vanno fisicamente nei luoghi di vita delle persone tossicodipendenti.

Nel precedente Piano cantonale si era auspicata l'apertura di Centri di accoglienza a bassa soglia, auspicio divenuto operativo con l'apertura nel 2006 a Lugano di una tale struttura. Per l'intervento di prossimità, si è andata consolidando la figura attiva a Lugano da fine 2002.

Una priorità in questo ambito è la verifica della possibilità di meglio coprire, ad esempio tramite Centri d'accoglienza diurni e lavoro di prossimità, i bisogni a bassa soglia su tutto il territorio cantonale.

### **IV Pilastro: repressione**

Il mercato svizzero delle cocaina è in continua espansione ed il prezzo continua ad essere basso. Lo spaccio è in mano a persone di diverse nazionalità, ma soprattutto a cittadini africani provenienti dall'Africa occidentale, richiedenti l'asilo o illegali, per i quali la Svizzera è considerata una destinazione ideale per il deposito e lo spaccio di cocaina o quale paese di transito verso i tre mercati di consumo più grandi d'Europa (Italia, Francia e Germania).

Al momento attuale, questa è una delle più grandi minacce non solo per il Cantone Ticino, ma per l'intero Paese.

Per contrastare questi ed altri preoccupanti fenomeni, forse meno visibili, ma sicuramente non meno pericolosi per la salute del cittadino e l'ordine pubblico, non è più sufficiente la sola azione repressiva della Polizia, ma occorre coordinare l'azione penale ed amministrativa, rafforzare la

collaborazione a tutti i livelli tra autorità giudiziarie cantonali e federali, poter disporre di effettivi e di mezzi finanziari sufficienti, come pure di misure e provvedimenti adeguati alla nuova realtà.

Come auspicato nel precedente PCI, negli scorsi anni è stato migliorato il coordinamento tra l'azione penale ed amministrativa: sono state tempestivamente e sistematicamente applicate tutte le misure coercitive previste dalla LF sugli stranieri, con un conseguente aumento delle carcerazioni amministrative, degli allontanamenti o riammissioni negli Stati di provenienza ed i rimpatri nei Paesi d'origine.

È pure stata rafforzata la collaborazione, a tutti i livelli, non solo tra Autorità inquirenti cantonali e federali, tra Polizia cantonale e Polizie comunali, Guardie di confine e Polizia ferroviaria, ma anche con enti, autorità ed altri servizi cantonali (es. Sezione dei permessi, Ufficio del sostegno sociale dell'inserimento, Ente Ospedaliero cantonale, ecc.), attivi nell'ambito delle tossicodipendenze. I risultati sono stati positivi e sono state poste le basi per l'attività futura.

Bisognerà quindi proseguire in questa direzione ed in particolare seguire e monitorare con attenzione l'evolversi della situazione nel traffico e nello spaccio di stupefacenti, in modo tale da non farsi sopraffare dagli eventi ed essere pronti per affrontarne gli sviluppi futuri o il ritorno di precedenti situazioni, con strategie pianificate e condivise; consolidare ed incentivare la collaborazione a tutti i livelli; semplificare, dove possibile, le inchieste e le procedure, per investire più effettivi e mezzi finanziari in attività di disturbo, prevenzione, indagine, controllo del territorio e repressione; applicare rigorosamente e sistematicamente le misure coercitive amministrative; continuare ad agire sui traffici di droga a tutti i livelli e non solo sullo spaccio di strada.

Va inoltre ricordato che, dal 1° gennaio 2011, con l'entrata in vigore della modifica della Legge federale sugli stupefacenti, i minori saranno maggiormente protetti e saranno puniti più severamente coloro i quali offriranno o forniranno loro stupefacenti (nuovo art. 19bis), soprattutto se questa attività avverrà in centri di formazione (es. scuole, ecc.) destinati principalmente ai minori o nelle immediate vicinanze (nuovo art. 19 cpv. 2 lett. d).

## **Il Rapporto nazionale “Sfida alle dipendenze” e possibili evoluzioni future**

Nel giugno 2010, è stato consegnato all'Ufficio federale di sanità pubblica (UFSP) il Rapporto “Sfida alle dipendenze”, elaborato dalle tre commissioni federali in materia di dipendenze:

- la Commissione federale per le questioni di droghe;
- la Commissione federale per i problemi dell'alcol;
- la Commissione federale per la prevenzione del tabagismo.

Tale rapporto (di cui si allega la sintesi) è disponibile su [www.sfidadipendenze.ch](http://www.sfidadipendenze.ch) e rappresenta un'importante innovazione concettuale, in particolare poiché deriva dalla stretta collaborazione di commissioni di esperti che hanno operato in settori sinora ritenuti distinti.

In sintesi, l'approccio proposto abbandona la semplicistica distinzione tra sostanze legali ed illegali, nonché la focalizzazione sulle sole dipendenze (comportamenti problematici), rinviando a complesse questioni sociali ed economiche da affrontare in un'ottica di salute pubblica.

La visione propugnata nel rapporto, infatti, estende l'approccio relativo alle dipendenze non solo a droghe illegali, alcol e tabacco, ma comprende pure i medicinali e le dipendenze non da sostanze psicoattive, nonché i comportamenti che mirano ad un'ottimizzazione delle prestazioni psicofisiche. Tutto ciò inserito nel quadro di una società caratterizzata da ritmi sempre più frenetici, da una disponibilità spazialmente e temporalmente illimitata di ogni genere di beni di consumo, da nuove possibilità ed abitudini di comunicazione.

Questa proposta concettuale inevitabilmente comporterà una lunga e intensa opera di discussione e concertazione prima che possa divenire la base di eventuali atti legislativi o linee direttive per far

fronte alle sfide future in ambito della politica delle dipendenze. Senza dubbio, però, tale visione strategica costituirà il quadro di riferimento per la discussione politica in materia di dipendenze nei prossimi anni.

A questo proposito, nel corso del 2010 un gruppo di operatori attivi nel campo delle dipendenze ha dato avvio ai lavori per la costituzione di un'associazione cantonale dei professionisti del settore. Sollecitato dalle corrispettive associazioni nazionali della Svizzera romanda (GREA) e tedesca (Fachverband Sucht), un gruppo promotore ha tenuto il 16 giugno 2010 l'assemblea costitutiva di "Ticino Addiction – Associazione professionisti delle dipendenze".

I professionisti che si sono iscritti all'associazione sono molti e attivi in tutti i settori di intervento. L'associazione, infatti, intende perseguire obiettivi trasversali e intersettoriali che non sono già coperti dalle istituzioni esistenti e i suoi scopi principali sono:

- la formazione, il perfezionamento e lo studio nel campo delle dipendenze e, più in generale, delle *addictions*<sup>1</sup>;
- l'informazione e la diffusione della conoscenza sulle tematiche della dipendenza e delle *addictions*;
- lo scambio di conoscenze, l'incontro e la condivisione tra i professionisti ticinesi dei diversi campi relativi alle dipendenze e alle *addictions*;
- la collaborazione e partnership con le associazioni simili a livello nazionale (e internazionale);
- la collaborazione con le istanze federali e cantonali interessate.

In occasione della prima assemblea si sono definiti tre gruppi di lavoro. Il gruppo formazione si occuperà di rilevare i bisogni formativi dei professionisti, sia di specialisti che di operatori puntualmente coinvolti nel campo delle dipendenze, e organizzerà attività di formazione continua. Il gruppo integrazione analizzerà tematiche inerenti all'integrazione sociale, professionale e abitativa, compreso il lavoro di prossimità. Il gruppo etica approfondirà le questioni legate agli aspetti etici presenti nel campo d'intervento sulle dipendenze.

---

<sup>1</sup> Il termine anglosassone "*addiction*" riveste un'accezione più vasta rispetto a quello italiano di "dipendenza". Mentre per dipendenza s'intende una forma patologica prevalentemente legata a un consumo compulsivo di sostanze psicoattive con fenomenologie di assuefazione e tolleranza, nelle variegate forme di *addictions* rientrano anche i prodromi del consumo patologico (abuso) e tutte le forme di dipendenza non legate a sostanze (*cyber addiction*, *sex addiction*, *addiction games*, ecc.).

## I PILASTRO: LA PREVENZIONE

### 1.1. Introduzione

Occorre subito dire che le riflessioni di ordine teorico sulla prevenzione contenute nel precedente programma restano valide tuttora, in quanto non si sono prodotti cambiamenti di visione tali da giustificare un mutamento di rotta nell'impostazione data sinora a questo settore che rimane fondamentale.

Resta il fatto che la prevenzione continua ad essere considerata una risorsa trascurabile rispetto ad altre situazioni che richiedono risposte e interventi immediati. In particolare la prevenzione viene invocata in occasione di avvenimenti eclatanti, quali importanti sequestri di droga, o situazioni di singole persone o gruppi che presentano problemi che toccano l'opinione pubblica. Quando queste situazioni rientrano o non emergono, la prevenzione torna ad essere marginale. Questo è il paradosso entro il quale la prevenzione si trova a vivere; dovrebbe poter sensibilizzare e intervenire anticipatamente, ma viene soprattutto sollecitata a dare risposte e a ricercare nuove strategie quando la situazione è già compromessa.

Sulla problematica del consumo delle sostanze vi è stato un calo di attenzione da parte dell'opinione pubblica; si registra invece una maggiore attenzione per i problemi ingenerati dal gioco d'azzardo, per il quale è stata costituita una speciale commissione, che affianca l'addetto alla gestione dei Fondi alimentati con i proventi delle varie lotterie, in particolare per la valutazione, il preavviso su singoli progetti di prevenzione e la conoscenza di altre realtà regionali.

La sfida principale della prevenzione resta quella di riuscire a trasmettere ai giovani - e in generale alla società intera - modelli di vita sani e significativi, creando i presupposti che rendano possibile vivere senza che si debba ricorrere al consumo di sostanze per divertirsi o per far fronte a situazioni personali difficili. Prevenire significa fare in modo che una cosa negativa non si produca o si produca in misura attenuata.

Prevenire il disagio - di cui l'abuso di sostanze o gli episodi di violenza sono un sintomo - significa promuovere situazioni di agio; significa mettere le persone in condizione di stare bene, di trovare o costruire risorse adeguate per il proprio progetto di vita e di trovarle nell'ambiente e nelle persone che stanno loro attorno.

### 1.2 La dipendenza

La dipendenza (*addiction*) non è imputabile ad un'unica causa, ma trae origine dalla complessa interazione di diversi fattori d'influenza, in cui entrano in gioco aspetti personali, relazionali, sociali e contestuali, dove il tipo di sostanza non assume sicuramente la centralità che sembra avere oggi. Vengono evidenziati fattori di rischio e di protezione che influenzano in modo significativo comportamenti e consumi di sostanze. Mentre i fattori di rischio aumentano le possibilità di effetti negativi sui comportamenti, i fattori di protezione li limitano o li compensano.

La dipendenza è un processo nel quale un comportamento può avere la funzione di procurare piacere e di alleviare un malessere interiore (automedicazione), che si caratterizza per il ripetuto fallimento del controllo e per la sua persistenza nonostante le conseguenze negative che esso produce (Goodman R., *Addiction: definition and implication*, British Journal of Addiction, 85:1403-1408, 1980).

Non possiamo fare a meno di considerare fra i disturbi di controllo del comportamento, le dipendenze senza sostanza, come il gioco d'azzardo patologico o l'uso dell'elettronica nella comunicazione, che hanno assunto dimensioni che non possono lasciare indifferenti.

Una prevenzione efficace deve dunque agire sui molteplici fattori che entrano in gioco, sia orientate alla persona, sia orientate al contesto entro il quale vive.

### 1.3 Aspetti qualitativi e quantitativi delle dipendenze

Le diverse modalità di consumo, l'abuso e la dipendenza, richiedono forme di prevenzione differenziate; se è vero che l'uso occasionale di alcune sostanze psicotrope può non rappresentare necessariamente un consumo a rischio, è pure vero che può essere molto pericoloso usare alcuni tipi di droghe anche una sola volta. La maggior parte della popolazione consuma dell'alcol in modo non problematico. I problemi nel campo della prevenzione (ma anche nel campo dello screening, della cura, della repressione e della riduzione del danno) sono diversi, in funzione del soggetto, del contesto, del comportamento e della sostanza consumata. Ogni progetto di prevenzione deve tener conto di questo.

In questo capitolo vengono ripresentate, seppure in forma aggiornata per quanto concerne i dati statistici, le riflessioni sulla prevenzione già contenute nel precedente Piano cantonale (approvato dal Consiglio di Stato il 6 marzo 2006 e discusso in Gran Consiglio nella seduta del 14 aprile 2008), in quanto non si sono prodotti cambiamenti di visione tali da giustificare un mutamento di rotta nell'impostazione data nel recente passato.

#### 1.3.1 Aspetti epidemiologici

È sempre difficile stabilire in modo univoco l'incidenza di un fenomeno come la tossicodipendenza e, soprattutto, la sua prevalenza. Esistono indagini sui comportamenti dei giovani. Si tratta in particolare dello Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)<sup>2</sup>, studio internazionale (36 paesi coinvolti) quadriennale condotto sotto l'egida dell'OMS e realizzato per l'ultima volta nel 2006 e dello SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health), studio nazionale condotto per l'ultima volta nel 2002 sui giovani di età compresa tra i 16 e i 20 anni dall'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna<sup>3</sup>.

Queste indagini non danno però conto della popolazione generale. In parte si può sopperire con i dati raccolti ogni cinque anni nell'ambito dell'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS), l'ultima delle quali condotta nel 2007 (ISS07)<sup>4</sup>.

Qui si seguito si riportano le principali indicazioni emerse da questi studi.

#### **Consumo d'alcol in diminuzione, ma sempre preoccupante**

Per quanto riguarda il consumo di alcol, nel 2007 la situazione in Ticino è per molti versi anomala rispetto all'insieme della Svizzera. Se da un lato in Ticino vi è un tasso elevato di persone astemie (TI 34.4%; CH 17.0%), dall'altro vi è anche un tasso maggiore di forti consumatori (TI 7.7%; CH 5.0%).

Un forte consumatore di alcol è un uomo che consuma regolarmente più di 40 grammi di alcol al giorno<sup>5</sup> o una donna che ne consuma regolarmente 20 grammi o più al giorno. Con un consumo dell' 8.8% per gli uomini e dello 7.2% per le donne, il Ticino è significativamente al di sopra della media svizzera ( 5.0% per i due sessi).

---

<sup>2</sup> Per approfondimenti sullo studio HBSC cfr. il sito HBSC Svizzera <http://www.hbsc.ch/> e, a livello internazionale, il sito <http://www.hbsc.org>

<sup>3</sup> Narring F. et al. Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 21 anni in Svizzera SMASH 2002, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 [http://files.umsa.ch/umsa/umsa\\_smash\\_i\\_4.pdf](http://files.umsa.ch/umsa/umsa_smash_i_4.pdf)

<sup>4</sup> Per approfondimenti sull'indagine ISS cfr. il sito dell'Ufficio di promozione e valutazione sanitaria del DSS: <http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/studi%2Dricerche/SaluteInGenerale/ISS.htm>

<sup>5</sup> 10 grammi rappresentano circa 1 bicchiere standard di vino, birra o superalcolico così come serviti negli esercizi pubblici. Un consumo a rischio è definito da un consumo superiore ai 140g/settimana. Un consumo regolare di più di 40g/giorno per l'uomo e di più di 20 g/giorno per la donna può portare a una epatopatia etilica.

La proporzione di consumatori a rischio (rispettivamente 60 grammi per gli uomini e 40 grammi per le donne al giorno), è del 4,3% per i ticinesi e a 0,2% per le ticinesi.

Nel 2007 per quanto attiene i giovani tra 15 e 24 anni si rileva che il [39.5%]<sup>6</sup> dei giovani ticinesi di sesso maschile e il [23.9%] di sesso femminile dice di consumare alcol settimanalmente; questa percentuale è molto più bassa di quella relativa alla Svizzera (57.1%).

Per quanto riguarda l'evoluzione del consumo fra i giovani tra 11 e 15 anni, nel 2006 in Ticino, la percentuale dei giovani che dichiara di consumare alcol almeno una volta alla settimana è del 13.2% contro il 17.4% del 2002; per quanto riguarda il consumo giornaliero le percentuali sono scese dal 4.8% del 2002 al 3.7% del 2006.

Quindi globalmente in Ticino (ma anche in Svizzera) si assiste ad una riduzione del consumo di alcol tra i giovani dagli 11 ai 15 anni dal 2002 al 2006, anche se, considerata la giovane età, il consumo rimane tuttora preoccupante.

La stessa evoluzione, seppur in modo meno significativo, si riscontra anche per le ubriacature: la percentuale di giovani di 15 anni che dichiarano di essersi ubriacati almeno due volte nella vita in Ticino nel 2006 è del 29.6% per i ragazzi (CH 28.1%) e di 14.7% per le ragazze (CH 19.0%). Nel 2002 in Ticino i ragazzi erano 30.8% e le ragazze 11.5%.

I dati menzionati sopra si fondano sull'autovalutazione del consumo da parte degli stessi intervistati. Una misura del consumo più oggettiva è quella che risulta dalla statistica ospedaliera svizzera che permette ad esempio di analizzare i dati delle ospedalizzazioni legate al consumo di alcol. Da queste statistiche risulta che nel 2007 in Svizzera, ogni giorno circa sei adolescenti o giovani adulti tra i 10 e i 23 anni sono stati ospedalizzati per un'intossicazione alcolica o per alcoldipendenza; nel 2005 erano 5 al giorno. Tra il 2005 e il 2007, il numero di adolescenti o giovani adulti in cura per intossicazione alcolica o per alcoldipendenza è aumentato del 16%. In Ticino nel 2005-2007 il tasso di diagnosi di disintossicazione alcolica o alcoldipendenza è stato di 11 per mille casi<sup>7</sup> (CH 8 per mille); nel 2002-2004 era di 8 per mille casi (CH 13)<sup>8</sup>.

Relativamente a questa fenomenologia si rimanda al capitolo 2.6.2 concernente le problematiche emergenti, in particolare per ciò che concerne il consumo alcolico tra i giovani.

### **Consumo di tabacco in diminuzione**

La proporzione di consumatori è diminuita in Ticino nel corso degli ultimi anni: da 32,6% nel 1997 a 28,9% nel 2002 e a 27,4% nel 2007, sia per gli uomini (da 35,4 nel 1997 a 29,2 nel 2007 sia per le donne (da 30,2 a 25,8%).

I Ticinesi (29,2%) fumano meno degli svizzeri (32,3%) mentre le donne ticinesi (25,8%) fumano di più delle svizzere (23,6%). Meno numerose le donne ticinesi ad avere cessato di fumare: TI: 16,3% contro CH: 23,6%.

Le classi d'età con la percentuale più alta di consumo di tabacco sono quelle tra i 15 e i 34 anni e tra i 35 e i 49 anni con rispettivamente il 39,9% e il 29,7% di fumatori. I grandi fumatori (10 o più sigarette al giorno) si trovano nella classe d'età compresa tra i 50 e i 64 anni (75% dei fumatori). Complessivamente sono il 58,5% degli uomini fumatori e il 56,5% delle donne fumatrici a fumare 10 o più sigarette al giorno.

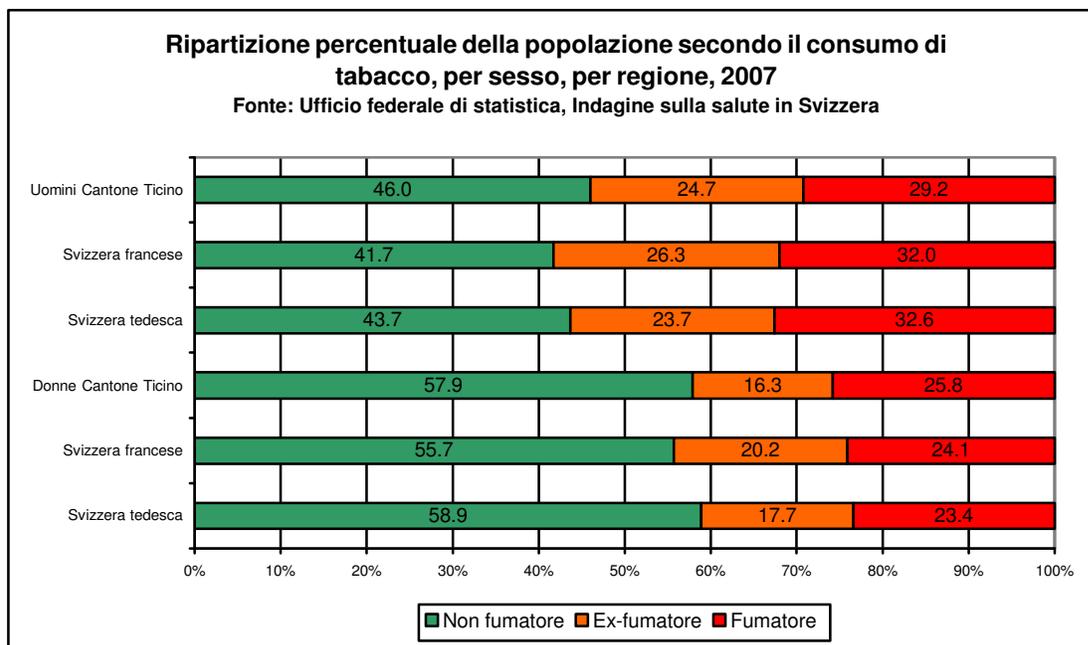
Gli uomini fumano in generale più delle donne in Svizzera, ma in Ticino la differenza tra i sessi è meno importante: TI uomini 29,2%; donne 25,8% (CH uomini 32,3%; donne 23,6%).

Il consumo si abbassa dopo i 65 anni.

<sup>6</sup> Le cifre tra parentesi quadre indicano una rappresentatività statistica limitata (da 10 a 29 risposte).

<sup>7</sup> Per casi si intende il numero totale di tutte le diagnosi, incluse quelle riferite ai al consumo di alcol.

<sup>8</sup> Wicki, M. & Gmel, G Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Hospitäler bis 2007, Lausanne: ISPA, 2009.



### Droghe illegali: il Ticino sotto la linea

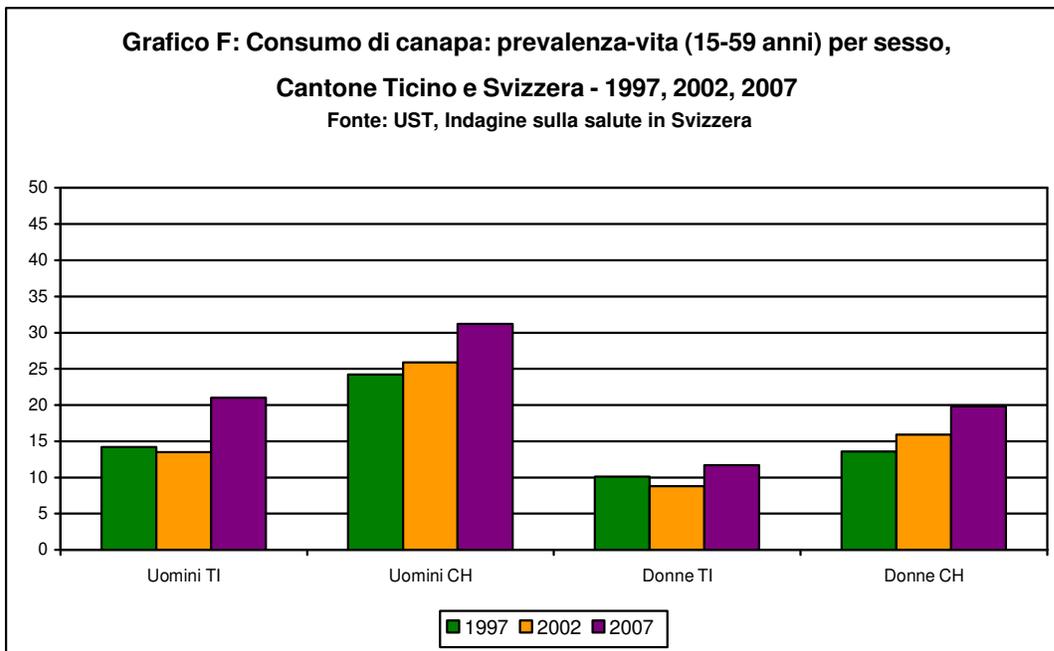
In Ticino la prevalenza nella vita (almeno 1 volta nella vita) del consumo di canapa tra i 15 e i 59 anni (grafico F) è inferiore rispetto al dato globale svizzero (TI 16.2%; CH 25.5%). Ciò vale sia per gli uomini (TI 21.0%; CH 31.2%) sia per le donne (TI 11.7%; CH 19.8%). Da osservare che dal 1997 al 2007 vi è un tendenziale aumento del consumo per entrambi i sessi.

Per quanto riguarda le droghe pesanti, in Ticino il consumo è minore rispetto alla Svizzera: nel 2007 la prevalenza nella vita (almeno 1 volta nella vita) del consumo di droghe pesanti tra i 15 e i 49 anni è di 3.5% mentre in Svizzera è del 5.8%

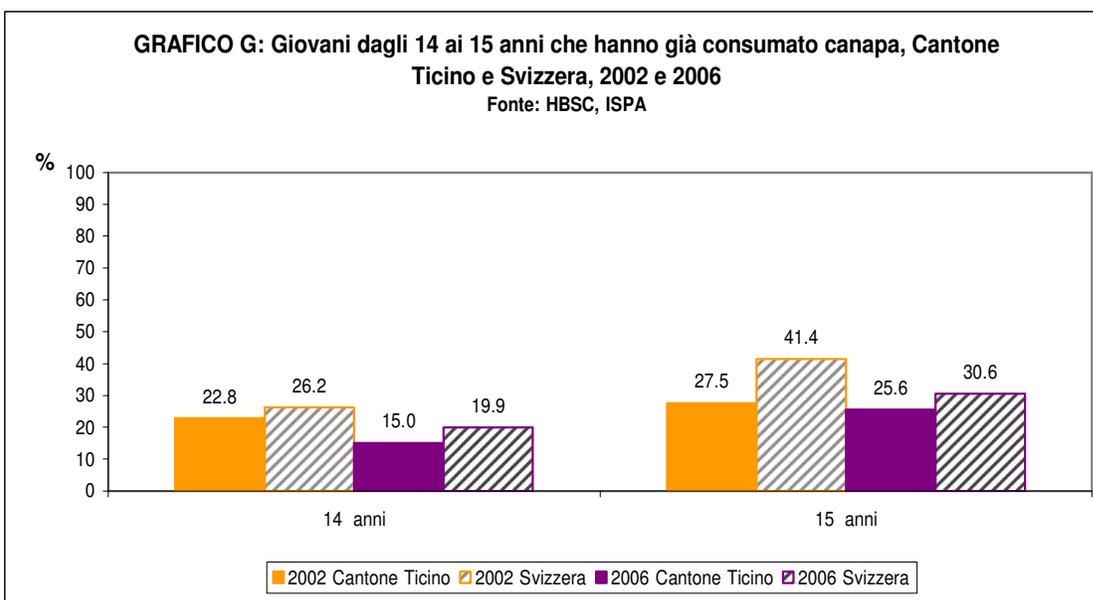
I dati delle indagini condotte nel 2002 e nel 2007 (ISS) indicano un aumento del consumo di cocaina in Svizzera: nel 2007, gli uomini hanno dichiarato nella misura del doppio (3,8%) rispetto alle donne (1,7%) di aver fatto uso di cocaina almeno una volta in vita loro; nel 2002 2,5% degli uomini e 1% delle donne avevano dichiarato di aver già consumato una volta cocaina. Non si registra per contro un aumento dell'uso di eroina, metadone e ecstasy. Va comunque sottolineato che la quota di interpellati che ha ammesso di consumare cocaina al momento dell'indagine era ben al di sotto dell'1%. Per quanto riguarda il Ticino i dati indicano una diminuzione del consumo di ecstasy dal 2002 al 2007 e una tendenza all'aumento del consumo di cocaina: la prevalenza nella vita (almeno una volta nella vita) del consumo di cocaina passa dall'1.5% nel 2002 allo 2.5% nel 2007.

Nel 2006 l'Istituto milanese Mario Negri, diretto dal professor Silvio Garattini, aveva condotto uno studio che, tramite l'analisi delle acque di scarico, aveva permesso di confrontare il consumo di droghe a Lugano, Milano e Londra: per la cocaina ne risultava un consumo di 9.1 dosi al giorno per 1'000 abitanti a Milano, 6,7 a Londra e 6,2 a Lugano.

Anche per quanto riguarda il consumo di canapa presso i giovani (vedi grafico G), i giovani ticinesi (11-15 anni) intervistati nel 2006 mostrano un consumo di canapa inferiore alla media nazionale (consumo di canapa nella vita: TI: 17.3% contro CH: 25.3%). Vi è inoltre da segnalare che il consumo di canapa tra gli adolescenti è andato calando tra il 2002 e il 2006 nella stessa proporzione in Ticino e in Svizzera (rispettivamente: 10.6% e 10.7%).

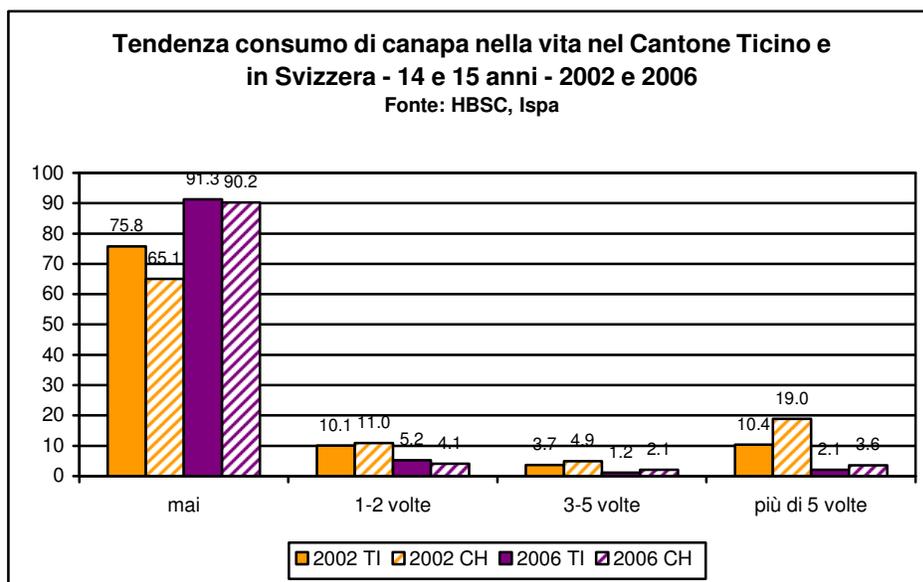


Tendenzialmente dal 2002 al 2006 (grafico G), il consumo nella vita di canapa tra i quindicenni si è ridotto: in Svizzera, tra i ragazzi la percentuale è passata dal 45.8% al 34.2%, mentre nelle ragazze è scesa dal 36.9% al 26.9%. Tuttavia, in Ticino, la riduzione è avvenuta solo tra le ragazze (dal 27.8% al 17.9%), mentre tra i ragazzi quindicenni il consumo è leggermente aumentato (dal 27.3% al 31.4%).



Anche per quanto riguarda il consumo regolare di canapa nei giovani dai 14 ai 15 anni (i giovani che hanno consumato canapa 20 o più volte negli ultimi 12 mesi) si assiste ad una riduzione dal 2002 al 2006 sia in Svizzera sia in Ticino. Inoltre, pur risultando le percentuali estremamente

basse in entrambi i casi, in Ticino, il tasso di giovani che fumano canapa frequentemente è inferiore rispetto a quello riscontrato in Svizzera<sup>9</sup>.



Il momento attuale sembra caratterizzato da quella che si potrebbe definire la “fine delle emergenze”. Gli ultimi due decenni del secolo scorso erano stati caratterizzati dall'emergenza eroina e attorno a questa sostanza si è costruita tutta la politica della droga in Svizzera. I primi anni di questo nuovo secolo sono stati influenzati, soprattutto in Ticino, dall'emergenza canapa dalla quale siamo usciti con l'operazione Indoor avviata dalla Polizia e dalla Magistratura e che ha portato alla chiusura dei canapai e alla distruzione delle coltivazioni di canapa (2002-2003).

Essere usciti dall'emergenza non significa che il consumo di queste sostanze sia scomparso, anche se non occupa più quotidianamente le pagine dei giornali. È vero, il consumo di eroina si è da tempo stabilizzato, ma è anche vero che stanno sorgendo nuovi problemi - invecchiamento della popolazione dei consumatori, presenza di comorbidità psichiatriche, politossicodipendenze, gestione delle malattie infettive croniche (HIV, HBV, HCV) - che rendono il quadro più difficile da interpretare. Esistono inoltre segnali circa l'aumento del consumo di cocaina dovuto anche alla diminuzione del suo costo, che fanno temere nuovi scenari possibili.

Inoltre, particolare attenzione deve essere mantenuta su tutte le droghe sintetiche o “droghe progettate”, sia per la loro pericolosità, visto che vengono fabbricate in laboratori clandestini e con ogni tipo di sostanza chimica, sia per l'ampia offerta e la facilità d'acquisto, soprattutto tramite internet.

### Qualche motivo di preoccupazione

Se, per quanto riguarda il consumo di sostanze psicoattive, il Ticino fa registrare una situazione sostanzialmente migliore rispetto al resto della Svizzera, dalla stessa indagine sulla salute in Svizzera (ISS07), risulta che i Ticinesi sembrerebbero avere più difficoltà a controllare la propria vita.

Questo indicatore costruito dall'Ufficio federale di statistica (UFS) è uno dei fattori correlati alla salute con un forte valore predittivo a lungo termine. Le persone con un buon sentimento di padronanza della vita mostrano una salute migliore, una più grande soddisfazione e meno sintomi

<sup>9</sup> Scheda sul consumo di canapa tra i giovani, a cura dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, [http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/statistiche/Salute\\_dei\\_giovani/3.13\\_Consumo-canapa.pdf](http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/UffPVS/statistiche/Salute_dei_giovani/3.13_Consumo-canapa.pdf)

di depressione. Il 34.4% delle Ticinesi e il 34.2% dei Ticinesi denota una scarsa padronanza sulla propria vita (CH 19.8% e 21.0%) e i giovani da 15 ai 35 anni in misura ancora maggiore (38.3%). Pur con tutta la prudenza dovuta all'esiguità del campione, si deve comunque segnalare l'esistenza di un disagio in incubazione, in una parte importante dei giovani ticinesi. Questi risultati sono corroborati da quelli ottenuti nell'ambito dell'inchiesta SMASH che indicano un aumento di tale disagio. Ciò non significa che questo disagio troverà sbocco in una forma di abuso di sostanze, ma sicuramente pone l'esigenza di migliorare l'attenzione alle condizioni di vita, di studio e di lavoro dei giovani, sviluppando maggiormente le loro competenze di vita.

#### 1.4 Prevenzione delle dipendenze e promozione della salute

Le finalità del lavoro di prevenzione rimangono quelle di diminuire o eliminare il consumo di sostanze illegali e di ridurre in modo significativo i comportamenti e il consumo a rischio delle sostanze legali. Le misure devono essere compatibili con il programma di promozione della salute, di prevenzione del Dipartimento della sanità e della socialità (Ufficio di promozione e valutazione sanitaria; Ufficio del medico cantonale) e con le indicazioni che arrivano dall'Ufficio federale di sanità pubblica (UFSP)<sup>10</sup>.

Le attività di prevenzione sono concepite a partire da tre livelli:

- 1) prevenzione nel contesto generale;
- 2) prevenzione su singoli fattori di rischio;
- 3) interventi di prevenzione secondaria o di riduzione del rischio.

Nella realtà ticinese diversi sono gli enti, le associazioni o i gruppi che sono attivi a vari livelli della prevenzione. Le diverse iniziative dovrebbero tuttavia essere orientate e coordinate fra loro, grazie ad una visione di insieme, che indichi gli obiettivi prioritari. Ciò permetterebbe di imprimere una forza maggiore ai messaggi che si vogliono trasmettere.

In particolare, con riferimento al mondo della scuola, si ritiene importante sia attribuito un mandato al *Forum per la promozione della salute nella scuola* affinché un apposito Gruppo di lavoro possa valutare e accompagnare i progetti di prevenzione che si svolgono nelle scuole.

Il lavoro di prevenzione nella scuola necessiterebbe di nuovi stimoli – non per questo va lasciata ad iniziative estemporanee portatrici di messaggi ambigui e controproducenti - ma per ovviare a questo necessita soprattutto di indicazioni chiare, di linee-guida (direttive politiche e dipartimentali), oltre che di progetti e di risorse. Da questo punto di vista un maggior coinvolgimento del Forum della promozione della salute a scuola è auspicabile al fine di contrassegnare e validare i progetti che si intendono portare all'interno della scuola (v. infra)

La promozione del benessere a scuola, in famiglia e sul posto di lavoro sono premesse fondamentali per prevenire e contenere disagi, che possono portare a relazioni problematiche e a varie forme di dipendenza.

---

<sup>10</sup> Nel giugno 2010, l'Ufficio federale di sanità pubblica (UFSP) ha presentato la visione strategica nazionale 2010 "Sfida alle dipendenze", elaborata dalle tre commissioni federali in materia di dipendenze: la Commissione federale per le questioni di droghe, la Commissione federale per i problemi dell'alcol e la Commissione federale per la prevenzione del tabagismo.

Tale rapporto (v. sintesi in allegato), disponibile su [www.sfidadipendenze.ch](http://www.sfidadipendenze.ch), rappresenta un'importante innovazione concettuale, in particolare poiché deriva dalla stretta collaborazione di commissioni di esperti che hanno operato in settori sinora ritenuti distinti.

Senza dubbio, tale visione strategica costituirà il quadro di riferimento per la discussione politica in materia di dipendenze nei prossimi anni, in particolare poiché raccomanda di estendere l'approccio relativo alle dipendenze non solo a droghe illegali, alcol e tabacco, ma comprendendo pure i medicinali, le dipendenze non da sostanze psicoattive nonché i comportamenti che mirano ad un'ottimizzazione delle prestazioni psicofisiche.

Sarebbe inoltre auspicabile la creazione di una piattaforma – o l'utilizzazione di piattaforme esistenti - per favorire e supportare scambi locali di settore e la messa in comune di problematiche, che consentano anche di individuare i punti forti e deboli delle diverse esperienze settoriali (attuate a livello cantonale, comunale o da enti privati).

Tutto è collegato: l'individuo, la famiglia, la scuola, la società, il mondo del lavoro. Il disagio, i comportamenti problematici e le dipendenze hanno soprattutto origine in contesti e ambienti emarginanti e poco rispettosi dei singoli individui. La prevenzione, quando è professionale, mirata, coerente e attiva ai diversi livelli, diventa uno strumento importante per compensare, informare, sostenere, promuovere ambienti più rispettosi del singolo individuo e quindi in grado di svilupparne adeguatamente le potenzialità.

Per far questo occorre una visione d'insieme; vanno definite le finalità e le priorità da parte dell'autorità politica e dei responsabili settoriali, per orientare in modo coerente la molteplicità degli interventi ai diversi livelli della prevenzione.

Gli obiettivi che il documento si dà in questo ambito, possono essere così riassunti:

- auspicare la definizione di direttive politiche e dipartimentali nell'ambito della prevenzione (finalità, strategia globale di intervento, obiettivi prioritari);
- rafforzare gli interventi di prevenzione rivolti alla popolazione in generale e in particolare ai giovani;
- assicurare la continuità e diffondere le azioni già intraprese che hanno dato buona prova di sé;
- adattare sul piano cantonale i programmi valutati positivamente nell'ambito della protezione della gioventù a livello nazionale.

## **1.5 Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico**

La prevenzione è anche un'attività educativa, sebbene gli obiettivi non siano del tutto coincidenti: educando si spinge a riconoscere e ad assumere progressivamente i comportamenti, la razionalità, le regole, l'abito del mondo adulto; con la prevenzione si spinge a riconoscere e ad evitare all'interno di un insieme di azioni quelle che comportano un certo rischio.

Il lavoro della prevenzione deve essere centrato sulla normalità, non sulla patologia: il tempo libero, la comunicazione, la vita comunitaria a scuola, l'impegno, il piacere, la trasgressione, il rischio. Prevenire il disagio - di cui l'abuso di sostanze, l'assenteismo, la rottura con il contesto sociale, la violenza sono solo dei sintomi - significa innanzitutto promuovere situazioni di agio nella comunità scolastica, l'accoglienza, le occasioni di ascolto e di dialogo fra le diverse componenti di un istituto scolastico, il senso di appartenenza; significa sostenere lo sviluppo di competenze personali e sociali, la capacità di esprimere idee nel rispetto di quelle degli altri; significa favorire l'assunzione di atteggiamenti rispettosi della propria persona e di quella degli altri, ricercare insieme le soluzioni ai problemi incontrati.

Il lavoro di prevenzione dovrebbe prevedere interventi regolari nel tempo e coerenti tra loro - non sporadici, discontinui - di informazione/riflessione sulle dipendenze in generale, sulle sostanze psicoattive (legali e non) e sul loro consumo. Tali azioni sono da rafforzare nella scuola sia dell'obbligo, sia del post-obbligo scolastico.

Le ricerche che analizzano i diversi comportamenti a rischio degli adolescenti (per l'assunzione di sostanze psicoattive e per la messa in atto di comportamenti devianti o rischiosi) - citate dalla prof. Elena Cattelino nella sua relazione sui "Fattori di rischio e di protezione nel consumo di sostanze psicoattive in adolescenza" in occasione del convegno tenutosi a Lugano il 4 marzo 2004 sul tema "Parlare delle dipendenze a scuola" - rilevano che l'8-12% degli adolescenti presenta:

- una forte implicazione nel rischio (a seconda del rischio considerato),
- una stima di sé inferiore a quella dei coetanei,

- scarsa fiducia nelle capacità scolastiche,
- sensazione di non saper far fronte ai problemi quotidiani,
- attese più pessimistiche di successo per il futuro,
- insicurezza, stress, sentimenti depressivi.

Costoro, inoltre, trascorrono il tempo libero per lo più fuori casa in attività prive di progettualità. Spesso provengono da nuclei familiari in cui si è realizzata una frattura culturale tra genitori e figli - a causa dell'immigrazione, dell'urbanizzazione, dei rapidi mutamenti intervenuti nei valori e nei modi di vita - dove i primi sembrano avere rinunciato a svolgere un ruolo educativo. Anche l'esperienza scolastica non viene percepita come una risorsa, quando le loro capacità sono state giudicate insufficienti e negative.

L'uso di sostanze psicoattive e l'assunzione di altri comportamenti a rischio svolgono dunque per questi giovani la funzione di fuga e di evasione dalle difficoltà e dalle responsabilità, poiché incapaci di farvi fronte.

L'esperienza scolastica svolge oggi, secondo Elena Cattelino, *“un ruolo chiave nell'aiutare gli adolescenti nella costruzione del proprio senso di identità personale e nella definizione delle proprie relazioni con le istituzioni sociali, essa può svolgere un importante ruolo protettivo nei confronti di diversi comportamenti a rischio. Le variabili legate all'esperienza scolastica che svolgono un ruolo di protezione sono numerose. In particolare, l'assenza di desiderio di abbandonare la scuola, il basso numero di ripetenze e le elevate aspettative rispetto alla scuola sono in grado di limitare il coinvolgimento in tutte e tre le sostanze considerate (alcol, tabacco, canapa)”*.

Le priorità per il contesto scolastico possono essere così riassunte:

- dare la priorità alla promozione della salute e del benessere nell'ambiente scolastico favorendo la qualità della vita a scuola, le occasioni di ascolto e di dialogo tra le diverse componenti dell'istituto scolastico (linee-guida);
- mantenere un alto livello di attenzione per la prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico, in particolare nelle scuole dell'obbligo;
- definire una piattaforma (FORUM per la promozione della salute nella scuola) per la valutazione e la validazione di progetti proposti da enti esterni;
- promuovere e sostenere corsi di formazione e di aggiornamento per gli insegnanti con lo scopo di sviluppare capacità relazionali con gli adolescenti ed in particolare con quelle fasce di popolazione giovanile fortemente in difficoltà (giovani in crisi e a rischio di rottura con il contesto sociale, professionale e formativo).

## **1.6 Promozione della salute e prevenzione in ambito comunale**

Una prevenzione efficace agisce a diversi livelli e coinvolge i partner presenti sul territorio. Fra questi, il Comune svolge, o può svolgere, un ruolo indubbiamente importante. Diverse sono le iniziative comunali che sono da ricondurre alla prevenzione delle dipendenze (commissioni di prevenzione, misure di protezione della gioventù, lavoro di prossimità teso a contenere i comportamenti a rischio e problematici, ...). La collaborazione fra Cantone, Comuni, servizi ed associazioni è da promuovere e rinforzare.

Il Gruppo Esperti è del parere che il Cantone debba favorire e sostenere le iniziative, i progetti di enti e Comuni che mettono in atto un lavoro di prossimità.

Il GE ritiene inoltre opportuno che il Cantone indichi le condizioni per gli eventi che sottostanno alla sua autorizzazione affinché siano garantite le condizioni minime necessarie ad un buon svolgimento senza eccessi (disponibilità di bevande analcoliche, presenza di operatori mediatori, ecc.).

Gli obiettivi della collaborazione con i Comuni rimangono quelli espressi nel precedente PCI:

- facilitare lo sviluppo di azioni di prossimità nei quartieri su varie problematiche legate alle dipendenze e alla qualità di vita;
- sostenere la partecipazione delle autorità comunali e degli abitanti all'elaborazione e alla realizzazione di azioni preventive cantonali e nazionali;
- attuare interventi precoci nel campo delle dipendenze.

## 1.7 Promozione della salute e prevenzione nell'ambito del tempo libero

L'associazione tra tempo libero e consumo di sostanze è in più occasioni emerso come elemento di riflessione e discussione. Le modalità di vivere il tempo libero presso la popolazione, in particolare quella giovanile, hanno subito profonde trasformazioni che meritano risposte diversificate ed adeguate alla nuova realtà.

Queste situazioni sono state ben analizzate anche nel primo rapporto del Gruppo Operativo Educazione e Violenza (maggio 2008) che ha sottolineato come *il modo in cui il tempo libero viene vissuto, le opportunità d'accesso, le attività e gli spazi disponibili, il concetto stesso di tempo libero sono stati oggetto negli ultimi decenni, quando non da anni, di profonde e accelerate trasformazioni che hanno investito la società tutta e i giovani in particolare, come avanguardia esposta e ricettiva ai mutamenti. Gli aspetti principali di questa trasformazione sono: a) la dicotomia tra tempo occupato (scuola, lavoro) e tempo libero, con il sovraccarico di investimento e di aspettative verso quest'ultimo; b) l'aumento delle competenze richieste (abilità, impegno, costanza) per poter partecipare ad attività strutturate (sportive, culturali, associazionistiche); c) la tecnologizzazione della comunicazione (internet, telefonini) che ha aumentato la frequenza, la virtualità, la strumentalizzazione e la spettacolarizzazione delle relazioni; d) l'aumento della mobilità territoriale dei giovani; e) la dilatazione del tempo del divertimento, sganciato dalla separazione giorno-notte (orario prolungato d'apertura di locali notturni e diffusione sul territorio); f) la proliferazione di momenti destinati al divertimento (feste, carnevali ecc.) e la sua assunzione a valore unico; g) l'approccio consumistico e compulsivo al tempo libero, vissuto come qualcosa da acquistare-consumare più che da creare-condividere; h) il costo necessario relativamente importante per accedere ad attività strutturate; i) la percezione che il tempo libero vada sfruttato al massimo, senza soluzioni di continuità, pause o intervalli, ma piuttosto con un approccio "zapping" tra un evento e l'altro, un luogo e l'altro, una compagnia e l'altra; l) l'aumento di giovani "senza occupazione" e che quindi si trovano con maggiore tempo disponibile da occupare. Questa modalità complessa e differenziata di vivere il proprio tempo libero, combinata in determinate situazioni di crisi e di precarietà con la mancanza di figure di riferimento e di filtri sociali, fa sì che per una fascia significativa di giovani avvenga una frattura tra le aspettative (anche indotte attraverso i media) e le possibilità concrete di vivere il proprio tempo libero in modo costruttivo. Una delle conseguenze, non solo a carattere giovanile ma piuttosto culturale, è l'emersione di un sentimento di frustrazione che può esprimersi a volte, soprattutto in contesti scatenanti (feste, eventi sportivi, abuso di alcol e sostanze) o in contesti di disinvestimento sociale (stazioni e strade di notte, mezzi di trasporto pubblici), attraverso manifestazioni aggressive o violente.*

Come espresso anche nel rapporto citato, risulta fondamentale che la società educante aiuti i giovani a dare al tempo libero una valenza di crescita significativa, in modo da viverlo pienamente come momento di ricreazione, rigenerazione, responsabilizzazione, sperimentazione di emozioni, sentimenti, creatività e fantasia.

In questo ambito le priorità sono sicuramente da concentrare su due livelli:

### Contesti festivi, divertimento notturno

- mantenere un alto livello di attenzione sulla protezione dei minori rispetto all'accesso all'alcol e/o ad altre sostanze;
- proporre misure strutturali sul divieto di vendita di alcol ai minori;

- promuovere misure adeguate di “riduzione del rischio” e rafforzare la presenza degli operatori nei luoghi del divertimento.

#### Contesti legati ad attività sportive, culturali, ...

- promuovere programmi di prevenzione delle dipendenze nelle associazioni che sono in contatto con i giovani, in particolare nelle società sportive;
- implementare programmi specifici di prevenzione al doping;
- sostenere e promuovere attività cooperative piuttosto che competitive.

### **1.8 Marginalità giovanile e gruppi a rischio**

Gli adolescenti o i giovani adulti (18-25 anni) che hanno interrotto la scuola dell'obbligo o la formazione professionale e che non trovano lavoro sono sempre più numerosi.

I dati federali e cantonali confermano che negli ultimi anni il numero di giovani e di giovani adulti a carico dell'assistenza sociale è in costante aumento<sup>11</sup>. A livello svizzero essi corrispondono ad un 10-15% dei dossier riguardanti gli aiuti sociali in atto. Le indicazioni che si ricavano dai dati statistici cantonali sono anch'essi eloquenti: a fine dicembre 2009 si contavano 1'513 giovani tra i 18 ed i 25 anni disoccupati e 390 in assistenza. Parecchi di questi giovani non hanno concluso un apprendistato ed altri sempre più faticano addirittura a terminare la scuola media.

Questi adolescenti sono a rischio di rottura con il tessuto sociale, cominciando spesso proprio in questo periodo a sperimentare il consumo di sostanze.

In questo senso è necessario investire in progetti che permettano di sostenere e accompagnare i giovani a rischio. Attraverso l'elaborazione di progetti mirati al reinserimento sociale e professionale bisogna offrire loro soluzioni concrete a problemi reali (elaborazione di progetti socio-professionali, ricerca di lavoro, ripresa della formazione scolastica, soluzioni abitative, gestione amministrativa, occupazione del tempo libero o altro ancora). Questi progetti dovrebbero essere basati su un accompagnamento individualizzato che miri al miglior reinserimento sociale e lavorativo della persona.

A questo proposito, è doveroso un approfondimento relativo alla nuova Legge federale sulla formazione professionale, entrata in vigore ad inizio 2004, che non prevede più la formazione empirica, bensì la “formazione biennale”.

Vi sarà un periodo transitorio, in quanto la nuova formazione entrerà effettivamente in atto man mano che saranno emanate le relative Ordinanze. Oggi possono pertanto ancora essere stipulati contratti di formazione empirica nelle professioni per le quali non sono ancora entrate in vigore le Ordinanze che sostituiscono i regolamenti di tirocinio. Tale possibilità però non si prevede possa andare oltre il 2012.

Attualmente già in diversi settori si segue questo nuovo curriculum, di cui prossimamente è previsto un ulteriore sviluppo. Al di là degli aspetti organizzativi, il problema principale che si pone è il seguente: sarà ancora possibile assicurare ai giovani con difficoltà scolastiche, che in precedenza avrebbero seguito una formazione empirica, un curriculum formativo?

L'esperienza di questi primi anni mostra scenari differenziati: in alcune professioni non ci sono state particolari difficoltà, gli apprendisti hanno raggiunto gli obiettivi e superato le prove di qualificazione, ottenendo il relativo certificato; in altre professioni, invece, i problemi sono stati maggiori e gli insuccessi hanno raggiunto livelli elevati e preoccupanti.

La volontà politica resta quella di permettere a tutti, come in passato, di poter seguire una formazione professionale, adattando quindi l'offerta alle potenzialità del giovane. È per questo che si è voluto prevedere un percorso integrativo, che magari non potrà portare al Certificato di formazione pratica, ma almeno ad un Attestato delle competenze, sul modello del precedente Attestato di formazione empirica.

---

<sup>11</sup> Dati forniti da USTAT, relativi alle prestazioni di assistenza sociale pagate nel mese di dicembre 2008.

Con questa soluzione s'intende colmare una lacuna e mettere a profitto le positive ed efficaci esperienze maturate sull'arco di più anni nel nostro Cantone, che si è dimostrato sensibile nell'accogliere ed integrare il più possibile giovani e meno giovani in percorsi formativi definiti sul piano nazionale, ma affinati per considerare la realtà e le esperienze locali. Tale approccio si inserisce nella volontà di avvicinare persone che conoscono difficoltà al mondo della formazione, con lo scopo di favorire una loro piena integrazione nella società e nel mondo del lavoro.

Se si parte dal concetto classico per il quale prevenire significa *arrivare prima*, mentre promuovere significa *andare verso*, bisogna dunque cercare di sviluppare sempre più progetti che vadano verso i giovani. In questo senso è importante proporre nuovi concetti che permettano ai giovani di occuparsi in modo costruttivo con lavori occupazionali anche part-time che permettano di sperimentarsi con il mondo del lavoro e con la società.

In Ticino esistono alcuni progetti interessanti (Spazio Ado, Fondazione Amilcare); altri sono nati nel corso di questi ultimi anni (Città di Lugano, progetto comunale per persone in difficoltà, progetto Midada della Fondazione il Gabbiano per giovani dai 18 ai 25 anni), ma sarebbe importante rafforzare queste proposte.

Progetti simili stanno portando in altri Cantoni dei risultati interessanti, come per esempio i progetti ForJad (Formation pour Jeunes adultes en difficulté) nel Canton Vaud, oppure i progetti di case-management promossi dall'Ufficio federale della formazione professionale e diffusi su tutto il territorio svizzero.

È dunque importante rafforzare la rete di presa a carico dei giovani in Ticino, promuovendo progetti analoghi al fine di evitare la progressiva marginalizzazione.

Priorità:

- creare e sostenere progetti occupazionali;
- promuovere la creazione di luoghi d'accoglienza che permettano ai giovani di sviluppare un proprio progetto di vita, in particolar modo per i giovani adulti (18-25 anni);
- favorire posti d'apprendistato per giovani a rischio.

### **1.9 Dipendenze senza sostanze: i disturbi di controllo del comportamento nel quadro delle addizioni**

Negli ultimi anni hanno assunto dimensioni di allarme sociale anche le cosiddette "dipendenze senza sostanza", ossia, più propriamente, quei disturbi caratterizzati da una insufficienza di controllo sui comportamenti. Questi si presentano ripetitivamente, con la tendenza ad espandersi. Il soggetto ha perlopiù serie difficoltà a ridurli o a rinunciarvi, anche se di solito è consapevole del carattere lesivo di questi comportamenti per i suoi interessi personali, familiari, sociali (lavorativi) e finanziari.

Sono *comportamenti additivi*. Nell'esperienza clinica appaiono collegati a volte al consumo di sostanze, a volte a comportamenti compulsivi. Sono caratterizzati da grandi somiglianze sul piano eziologico, biologico, clinico, sociale, diagnostico e terapeutico.

Tre di questi disturbi di controllo del comportamento erano già noti nell'antichità. Si tratta del *gioco d'azzardo patologico*, delle *scommesse*, e del *disturbo da acquisti compulsivi*. È possibile che traggano un'energia particolare dall'uso improprio del denaro che essi implicano.

Altre forme di gioco d'azzardo patologico sono più moderne. Alludiamo ai giochi di lotteria ed all'uso dell'elettronica nella comunicazione e nel gioco, anche d'azzardo, ma la sostanza rimane la stessa.

Oggi i disturbi di controllo del comportamento toccano anche altre sfere del comportamento umano. Osserviamo problemi con l'uso ragionevole dei telefoni cellulari, della posta elettronica, dei

giochi da computer, interattivi o solitari, ecc. Queste problematiche hanno subito una crescita esponenziale con la diffusione degli strumenti di comunicazione elettronica, la loro facile accessibilità a tutte le borse e a tutte le età.

Molte di queste problematiche sembrano essere collegate ad un periodo della maturazione dei giovani ed è probabile che traggano energia da modalità relazionali a volte disturbate.

Sono dunque problematiche diverse, che richiedono una prevenzione diversificata e flessibile, una sensibilizzazione del pubblico e una presa in carico adeguata, che tenga conto delle loro specificità, anche perché è ben noto che le addizioni si sviluppano molto più facilmente nei giovani.

Il finanziamento della prevenzione e della lotta contro il gioco patologico è garantito *dal Fondo di prevenzione e lotta contro il gioco patologico*, alimentato dallo 0,5% degli introiti annuali della Lotteria (Swisslos, per il Ticino). La *Comlot*, ossia la Commissione federale che sorveglia l'utilizzo delle somme in questione, ne permette un utilizzo misurato anche nel campo delle altre addizioni.

Il gioco problematico e quello patologico hanno avuto finora una rilevanza statistica relativa: ne soffre all'incirca l'1,2% della popolazione. Ma le conseguenze personali, familiari, sociali e criminologiche sono notevoli, specialmente se svolto tramite strumenti elettronici. Le altre problematiche additive sono rilevanti perlopiù come cause di allarme sociale.

Le esperienze fatte nel Ticino dal 1998 e nella Svizzera Romanda dal 2008 evidenziano che è necessario costituire una rete di sensibilizzazione e di accoglienza stabile.

*La rete è l'elemento centrale.* Deve essere flessibile, ossia deve rispondere alle richieste, ma non pesare inutilmente se rimane inutilizzata. Deve rispondere a urgenze, e quindi essere consultabile quotidianamente, con risposte pratiche, adeguate alle richieste.

Della rete fanno parte: un centro organizzativo che coordina una centrale telefonica gratuita, una rete di presa in carico (che comprenda anche gli aspetti sociali per chi si trovasse indebitato), una formazione degli specialisti del ramo, l'aggiornamento delle informazioni sui problemi, un sito WEB costantemente aggiornato e l'attività orientata alla sensibilizzazione.

Ciclicamente vanno organizzati: momenti di sensibilizzazione negli ambienti dove il gioco ed altre addizioni sono presenti, una sensibilizzazione orientata verso le famiglie, una formazione di base per chi lavora nell'ambito medico-sociale ed altre attività di prevenzione.

Non va dimenticata la ricerca, anche nel campo dell'epidemiologia, per verificare in che misura i provvedimenti adottati funzionino e a che punto si trovi, a questo proposito, la società in cui viviamo.

## 1.10 Informazione

L'informazione deve aumentare il livello di consapevolezza degli individui in modo che possano decidere autonomamente sulla propria salute e sul proprio benessere, compatibilmente ai valori etici e alle norme vita. Ma esiste pur sempre una fascia della popolazione che deve essere considerata con un'attenzione particolare. La libertà, l'autonomia, l'autodeterminazione non sono possibili senza informazione, senza consapevolezza, senza autocoscienza: non è pensabile una gioventù senza alcuna protezione, senza adeguati strumenti e competenze che consentano la crescita del giovane in funzione di una libertà che è capace di assumersi in modo responsabile.

I maggiori fattori di rischio sono la scarsa formazione e la scarsa sensibilità culturale.

Priorità:

- in questo settore resta indispensabile promuovere campagne di prevenzione accessibili a tutta la popolazione, prestando inoltre maggior attenzione alle fasce di popolazione che non sono di lingua madre italiana.

## 1.11 Raccomandazioni sulla prevenzione

Si raccomanda di mantenere l'impegno nei campi dell'educazione, prevenzione, protezione e promozione della salute in quanto sono gli unici strumenti che abbiamo a disposizione per fare in modo che i membri più giovani della società possano avere le risorse necessarie per far fronte a situazioni critiche.

Nella realtà ticinese diversi sono gli enti, le associazioni o i gruppi che sono attivi a vari livelli della prevenzione. Le diverse iniziative dovrebbero tuttavia essere orientate e coordinate fra loro, grazie ad una visione di insieme, che indichi gli obiettivi prioritari. Ciò permetterebbe di imprimere una forza maggiore ai messaggi che si vogliono trasmettere.

Con riferimento al mondo della scuola, si ritiene importante sia attribuito un mandato al Forum per la promozione della salute nella scuola affinché un apposito Gruppo di lavoro possa valutare e accompagnare i progetti di prevenzione che si svolgono nelle scuole.

In particolare, il segreto della longevità in buona salute di un individuo va ricercato nei mezzi e nelle strategie che utilizza per affrontare e gestire gli eventi della vita (*life events*) e le situazioni di crisi. Ora, ancora una volta questi mezzi sono associati al sentimento di autostima, alle capacità di controllo (*locus of control*) e si tratta di risorse che variano direttamente in funzione dello statuto socioeconomico e alle capacità di affrontare situazioni di crisi (Renaud & Bouchard, 1995). L'obiettivo operativo è anche quello di individuare strumenti adatti centrati sulla comunicazione e l'ascolto che consentano l'individuazione precoce di quei ragazzi che dimostrano una maggiore propensione al rischio a causa delle proprie carenze dal punto di vista affettivo e cognitivo e delle competenze individuali e sociali.

Prevenzione ed educazione servono proprio a costruire queste mediazioni dove anche l'informazione, la conoscenza delle norme, dei limiti esterni-interni assumono un senso e un significato per l'individuo e per la società in cui vive.

In conclusione, resta la convinzione che un maggiore impegno a livello finanziario consentirebbe un ampliamento delle prestazioni preventive, per le quali vi è ancora un importante spazio di azione.

## II PILASTRO: LA TERAPIA

### 2.1 La figura del consumatore e nuove tendenze

La realtà del consumo di sostanze è una realtà in trasformazione, una realtà che muta e si sviluppa nel tempo riflettendo, amplificando e portando così alla luce, gli elementi di tensione all'interno di un tessuto sociale, di una cultura o, più generalmente, di un periodo storico. L'approccio dunque alle dipendenze si è sviluppato nella consapevolezza delle mutazioni di questo scenario svincolandosi sempre più da una politica delle droghe illegali tout court per concentrarsi su una politica delle sostanze psico-attive all'interno della quale riconoscere con più puntualità le differenti forme di consumo (a basso rischio, consumo problematico e dipendenza).

Piuttosto che di nuove sostanze, si possono tracciare scenari di nuovo consumo o di approccio alle singole droghe che mutano nel tempo. Nella dizione popolare, quando si parla di "nuove droghe" ci si riferisce alle differenze rispetto agli stili precedenti di consumo, piuttosto che al tipo di sostanza, oppure si fa riferimento a sostanze già conosciute a livello di mercato illegale, ma non ancora rese "popolari" a livello mediatico.

Non la sostanza in sé, dunque, rappresenta l'elemento di principale cambiamento e novità, quanto più specificatamente le modalità d'uso, la prevalenza dell'utilizzo di una sostanza a livello di popolazione, come pure la tipologia articolata dei consumatori con le problematiche complesse dal punto di vista bio-psico-sociale che subentrano o precedono l'uso delle sostanze psicoattive.

Se si dovesse tentare di tracciare un profilo della persona tossicodipendente che afferisce alle Antenne ed ai Centri terapeutici del nostro Cantone, potremmo riscontrare alcune caratteristiche piuttosto stabili negli ultimi anni. Nella sostanza si tratta per lo più di un individuo maschio di età superiore ai 30 anni (142 dai 21 ai 30 nel 2009) con una dipendenza da oppiacei e con un policonsumo, per lo più in trattamento sostitutivo. Quello che emerge dai dati relativi ai servizi ambulatoriali è l'invecchiamento della popolazione tossicodipendente in trattamento. Tra gli adulti più anziani che fanno uso di sostanze possiamo trovare le persone che hanno iniziato a consumare sostanze da giovani (precoci) oppure in età più avanzata (tardive). Chi ha iniziato precocemente, di solito ha fatto uso di sostanze stupefacenti per molto tempo fino a tarda età. Chi le consuma in età avanzata invece generalmente inizia a causa di eventi di vita stressanti, tra cui il pensionamento, i problemi di salute, la separazione dal coniuge, l'isolamento sociale o un lutto. Gli adulti più anziani che fanno uso di droghe illegali sono in gran parte consumatori precoci. Presenti anche situazioni nelle quali si riscontrano problematiche legate a quella che viene comunemente definita doppia diagnosi. Il termine doppia diagnosi designa una condizione nella quale la persona soffre di un disturbo psichiatrico ed inoltre presenta un comportamento di uso, di abuso oppure di dipendenza da sostanze stupefacenti. Data la particolare fragilità di queste persone, esse, nel momento in cui usano sostanze, si espongono a specifici rischi soprattutto per quanto riguarda il loro equilibrio psichico. Sovente il loro consumo riguarda tipi diversi di sostanze (alcol, canapa, eroina, cocaina, metadone in nero, psicofarmaci in nero), usate in taluni casi in modo piuttosto disorganizzato e che si sommano ad una eventuale terapia correttamente prescritta (psicofarmaci, cura sostitutiva).

All'interno del consumo di eroina il fenomeno pare mantenere una certa stabilità anche se si constata un certo incremento dei casi afferenti ai servizi ambulatoriali (Antenne e Centri di competenza). Infatti dal 2007 al 2009 il numero di persone con problemi di eroina che sono seguiti dalle Antenne è passato da 187 a 228. Le persone in trattamento metadonico hanno seguito il trend che dal 1993 ad oggi le ha quasi raddoppiate passando da 550 nel 1993 a 901 nel 2009 (fonte Ufficio del Medico cantonale). Va segnalato che questo sviluppo dei trattamenti sostitutivi è stato reso possibile anche dall'avvio operativo dei Centri di competenza che lavorano a fianco dei

tradizionali centri di consulenza e aiuto riuscendo a raggiungere e a mantenere nel seguito una casistica multiproblematica e particolarmente in difficoltà.

In questa popolazione che presenta un consumo di eroina ritroviamo molti degli aspetti di maggiore problematicità legati alla deriva sociale e all'emarginazione. Un gruppo importante legato a questo insieme, è infatti rappresentato da quella popolazione di eroinomani che attua un policonsumo con sostanza di elezione l'eroina, ma con derive importanti nell'assunzione di farmaci (per lo più benzodiazepine e dormicum), di alcol e di altre sostanze reperibili attraverso spacciatori e spacciatori/consumatori. Tale insieme è per lo più costituito da persone che da anni hanno strutturato una eroinopatia degenerata successivamente nel poliabuso.

L'eroina, come sostanza di elezione, resta comunque il problema principale delle persone che afferiscono alle Antenne con le citate complicità relative all'addizione di altre sostanze che spesso rendono la gestione e il seguito del caso più complesso. Un sottogruppo all'interno del gruppo di consumatori di eroina si potrebbe circoscrivere alle persone che afferiscono a un trattamento sostitutivo (metadone/subutex), che presentano una generale stabilità pur nella presenza di ricadute. All'interno di questo insieme si collocano soggetti astinenti, ad eccezione del trattamento sostitutivo ad un vertice, mentre all'altro si collocano quegli utenti che aggiungono eroina, alcol e/o metadone in nero al trattamento sostitutivo. Con l'apertura dei Centri di competenza è possibile monitorare con maggiore scrupolo le situazioni più problematiche.

Non può essere trascurata in quest'area legata agli oppiacei il fenomeno dell'eroina come sostanza di innesto su un consumo di droghe eccitanti come nel caso dell'ecstasy o della cocaina con modalità differenti da quella iniettiva e, per questo, spesso la sostanza viene percepita meno pericolosa e il consumo più gestibile. L'aspetto dell'immaginario collettivo, che identifica la tossicodipendenza da eroina ancora all'uso delle siringhe, può favorire un approccio con modalità differenti alla sostanza come quelle, nel caso specifico, dell'eroina fumata allo scopo, appunto, di controllare gli effetti euforizzanti della cocaina in un tentativo compensatorio.

Se consideriamo la sostanza "cocaina" entriamo in un ambito considerato in forte espansione, come rilevano gli ultimi dati non solo a livello nazionale, ma anche locale. Proprio per fenomeni legati anche al crollo dei prezzi, questa sostanza ha riscosso interesse da parte della popolazione tossicodipendente principalmente da eroina, dai policonsumatori, ma questo fenomeno di consumo è andato a coinvolgere una fascia di popolazione, anche adulta, che con il mondo della droga, almeno quello inteso in modo tradizionale, non aveva nulla a che fare. A tal proposito possiamo considerare come, a livello sociologico, la cocaina è una sostanza che per i suoi effetti euforizzanti ed energetici ben si è inserita nel tessuto di una società consumistica che costantemente richiede prestazioni in tutti gli ambiti, professionali, sociali e familiari. Le tipologie di consumo possono variare. Ci sono molti modi per consumare cocaina e anche molti contesti che spesso ne orientano le modalità e le quantità di assunzione. Dal consumatore occasionale che la utilizza quando la trova disponibile, a quello che la acquista regolarmente per gestire il proprio fine settimana o, al contrario, per stimolarsi sul posto di lavoro. Nelle motivazioni al consumo si trovano quelle legate alle proprietà antidepressive della sostanza, proprietà utili, illusoriamente, a contrastare il senso di insoddisfazione diffusa e la frustrazione che spesso deriva da un'incapacità di accettazione dei limiti rispetto ad una realtà esterna altamente esigente, ma anche rispetto ad una realtà interna, spesso abitata da oscillamenti di idealizzazione e svalutazione del Sé. In alcuni casi, la cocaina viene assunta sino a colmare i sentimenti di vuoto interiore e di spaesamento identitario dovuto allo smarrimento delle coordinate della propria vita. Per cui, molte persone davanti alle esigenze e alle pressioni sociali date dallo stile di vita contemporaneo non riescono più a gestire le condizioni stressanti e utilizzano la sostanza alla stregua di un "doping adattativo". Inoltre, dalle esperienze degli operatori attivi sul campo si è osservato che il fenomeno cocaina ha modificato pure i pattern di consumo della popolazione tossicomane più radicata nel senso che la cocaina frequentemente diventa una sostanza d'aggiunta all'eroina o al metadone, sino a diventare talvolta la sostanza d'abuso primaria.

Tra le sostanze illegali a maggiore diffusione e presenti trasversalmente nella popolazione non può essere trascurata la canapa. Essa è utilizzata soprattutto sotto forma di marijuana (parti della pianta) oppure di hashish (resina mischiata a parti della pianta) e la modalità di consumo maggiormente diffusa è lo spinello (sigaretta nella quale solitamente la canapa è tagliata con il tabacco). È ormai assodato, pure le ricerche più recenti lo confermano, che il suo consumo può anche degenerare in una dipendenza (eminentemente psichica) e provoca nelle persone delle ripercussioni a diversi livelli (nel rendimento scolastico e lavorativo, nella vita sociale, nella salute psicofisica). Non dimenticando che per alcuni adolescenti, che presentano una fragilità psichica, l'uso di questa droga può portare ad uno scompenso psicotico reattivo, con pesanti conseguenze e in genere il ricovero in psichiatria. Questo agevolato dal fatto che negli ultimi anni una buona parte della canapa viene prodotta in modo tale da presentare il principio attivo (THC) in proporzioni ben più elevate di quelle presenti nei decenni precedenti. In conseguenza di ciò l'uso di canapa deve sollevare particolari interrogativi ed essere oggetto di un adeguato monitoraggio anzitutto quando concerne le fasce di popolazione nell'età dello sviluppo (adolescenti e giovani adulti). Tuttavia, risulta abbastanza difficile tratteggiare un profilo del consumatore tipico. In effetti, come detto, la canapa è usata in modo trasversale e cioè da persone di età molto differenti, con frequenza variabile (sporadica, regolare, fino allo sviluppo di una dipendenza) e sia come sostanza primaria sia come sostanza usata in concorso con altri psicotropi, ad esempio nell'ambito di una tossicomania multipla.

## **2.2 Nuovo Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con stupefacenti**

Con la modifica della Legge federale sugli stupefacenti del 1951 (LStup), approvata dal 68% della popolazione nel referendum popolare del 30 novembre 2008, si conclude l'ancoraggio legale della politica della droga cosiddetta "dei 4 pilastri".

Con il compimento di quest'importante revisione, appare ora necessario aggiornare le norme applicative a livello cantonale. Tra queste figura anche il codice che applica l'art. 15a, cpv. 5 della Legge federale, cioè il *Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con metadone*, emanato dal Consiglio di Stato il 7 ottobre 1992.

In questi ultimi 18 anni anche la medicina delle dipendenze (*addiction medicine*) ha compiuto importanti passi. Scienza e conoscenza sono evolute: l'approccio al paziente tossicodipendente ha perso quella connotazione ideologica ancora fortemente presente negli anni '90 e un approccio interdisciplinare e in rete appare oggi la miglior garanzia per cure di qualità. S'impone dunque, a nostro avviso, una revisione totale del Regolamento cantonale, che tenga conto sia del nuovo contesto politico e legale, sia delle nuove conoscenze scientifiche.

Questa nuova regolamentazione è previsto entri in vigore al 1° gennaio 2011, contemporaneamente alla rivista Legge federale sugli stupefacenti.

### Quadro generale della revisione

L'attuale revisione del Regolamento si prefigge di costruire un'architettura normativa coerente col diritto federale, semplice, flessibile e rispettosa dello stato delle conoscenze scientifiche, in continua e rapida evoluzione.

Gli elementi relativi alla finalità della cura, all'autorizzazione speciale, alle procedure amministrative e alle vie di ricorso sono trattati nel Regolamento governativo, così come il ruolo del Medico cantonale e degli operatori sanitari coinvolti. Il Regolamento è così alleggerito da dettagli medici in costante evoluzione, mentre afferma esplicitamente alcuni principi più costanti nel tempo, come i requisiti di qualità, la valutazione scientifica e la formazione. Ciò lo rende conforme al diritto federale, oltre che semplice e sicuro nell'interpretazione.

Gli aspetti medici relativi alla prescrizione, alla somministrazione, alla consegna e alle ferie sono invece regolati nelle apposite Direttive del Medico cantonale, a carattere vincolante. Dettagli applicativi delle direttive sono infine contenuti nelle Raccomandazioni, che fungono appunto da linee guida per il trattamento dei pazienti.

Regolamento e Direttive, insieme con le Raccomandazioni, rappresentano la nuova architettura normativa, che vuole essere semplice, flessibile e conforme all'evoluzione della medicina.

### Elementi essenziali della revisione attuale

I principali aspetti innovativi della revisione qui presentata sono i seguenti:

*1.1 Estensione della portata del Regolamento dal solo farmaco metadone a tutti i farmaci riconosciuti efficaci – secondo il metodo scientifico – nelle terapie sostitutive.*

Da diversi anni ormai il metadone non è più l'unico farmaco utilizzato quale terapia sostitutiva per pazienti tossicodipendenti. Altri farmaci – in particolare la buprenorfina e la morfina - sono oggi riconosciuti efficaci dalla scienza medica e in parte già autorizzati dall'autorità di vigilanza nazionale (Swissmedic) con quest'indicazione.

*1.2 Riconoscimento esplicito dei Centri interdisciplinari di riferimento, nati a Lugano e Locarno nella primavera del 2007.*

Una novità rispetto alla versione del 1992 del Regolamento consiste nell'esplicito riconoscimento che il Consiglio di Stato conferisce in quest'ambito ai centri interdisciplinari di riferimento (si vedano i capitoli *2.4.1 Statistiche delle prese a carico ambulatoriali* e *2.4.2 Terapie sostitutive*). Tali Centri di competenza rappresentano un punto di riferimento per il medico e ogni altro operatore sociale e sanitario coinvolto nelle cure. A loro compete per esempio aiutare un medico a valutare e seguire clinicamente un paziente tossicodipendente affetto da diverse patologie somatiche e psicologiche. Parimenti essi possono valutare la dimensione socio-educativa e proporre adeguati programmi riabilitativi. Casi particolarmente difficili possono essere transitoriamente presi a carico in tali centri.

*1.3 Conferimento d'ufficio dell'autorizzazione speciale ai servizi ambulatoriali dell'Organizzazione socio-psichiatrica cantonale.*

I medici attivi presso i servizi ambulatoriali dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale sono automaticamente autorizzati a prestare cure sostitutive ai pazienti tossicodipendenti. Si tratta di un'autorizzazione conferita "d'ufficio", ritenuto che la psichiatria rappresenta – a livello nazionale e internazionale - la disciplina di riferimento per le malattie della dipendenza e che gli psichiatri dispongono pertanto delle necessarie conoscenze. I servizi dell'OSC restano evidentemente liberi di definire – nel contesto della pianificazione socio-psichiatrica cantonale - una loro specifica "politica aziendale" in riferimento alla presa a carico dei pazienti tossicodipendenti. Non devono tuttavia essere ostacoli di natura normativa ad influenzare questa scelta.

*1.4 Precisazione delle norme concernenti il rilascio dell'autorizzazione speciale, nonché le sanzioni di ammonimento e revoca della stessa.*

Un sostanziale miglioramento rispetto alla normativa precedente è contenuta nelle nuove norme che disciplinano il rilascio, il diniego e la revoca dell'autorizzazione speciale. L'applicazione del precedente Regolamento aveva evidenziato – in alcuni casi concreti - lacune procedurali e di merito in ambito di diniego e revoca dell'autorizzazione. Con i nuovi articoli si vuole porre rimedio a tale lacuna, garantendo la sicurezza del diritto.

*1.5 Chiara separazione tra la nozione di "gestione delle cure" (registro dei pazienti) e "valutazione scientifica".*

Un problema apparso frequentemente in molti Cantoni consiste nella costante confusione tra la gestione amministrativa dei pazienti (il cosiddetto "registro") e la valutazione scientifica delle cure. La tendenza è spesso stata quella di confondere questi due strumenti, invero molto diversi sia in termini di finalità che di metodo. Perciò il nuovo Regolamento chiarifica la questione e separa la gestione delle cure dalla valutazione scientifica. Quest'ultima è introdotta nella forma potestativa, lasciando così al Medico cantonale un margine di manovra per agire, avvalendosi di una valutazione fondata sul principio dell'opportunità.

*1.6 Delega al Medico cantonale delle norme terapeutiche in ambito di prescrizione, consegna e somministrazione di stupefacenti per le terapie sostitutive.*

Il nuovo Regolamento è stato svuotato da elementi di natura medica, per definizione in costante evoluzione. Anche questa è la conseguenza di esperienze fatte nel corso dell'applicazione del Regolamento del 1992: la densità normativa relativa agli aspetti medici si è dimostrata eccessiva e spesso non conforme alla realtà professionale.

La medicina non può essere codificata in maniera rigida da norme giuridiche, pena o la mancata applicazione della legge o la noncuranza delle regole dell'arte medica.

È apparso dunque più adeguato distribuire le regole in gerarchie normative diverse: Regolamento governativo, Direttive del Medico cantonale, Raccomandazioni del Medico cantonale. Regolamento e Direttive hanno carattere giuridico vincolante. Le raccomandazioni hanno valore di "regole dell'arte medica".

*1.7 Ancoraggio nel Regolamento esplicito dei requisiti di qualità delle cure.*

L'esplicitazione della nozione di qualità delle cure è parimenti una novità. L'articolo 6 definisce alcuni requisiti essenziali cui deve sottostare chiunque, al beneficio di un'autorizzazione speciale, dispensa cure sostitutive nel contesto della Legge federale sugli stupefacenti. Tra queste figurano i doveri professionali di formazione e collaborazione sia con l'autorità, sia con altri operatori socio-sanitari nel senso di un funzionamento in rete. Ma figura anche l'impiego del contratto terapeutico, quale strumento di dialogo col paziente e di coordinazione delle cure.

*1.8 Limitazione della prescrizione delle sostanze psicotrope ai pazienti in cure sostitutive ai medici responsabili per le cure sostitutive.*

Tenuto conto del fatto che il consumo regolare ed a dosaggio elevato delle sostanze psicotrope influisce sul bisogno dei farmaci sostitutivi, la prescrizione della terapia con entrambe deve rimanere in mano d'un solo medico, che conosce bene il paziente tossico-dipendente.

## **2.3 La cocaina: nuovo progetto per la presa a carico**

La realtà del consumo di stupefacenti con i nuovi scenari e i profili dei consumatori hanno spinto molti professionisti attivi a chinarsi sulla fenomenologia di una realtà che ruota attorno ad una sostanza specifica: la cocaina.

A livello europeo in questi ultimi decenni la sostanza che ha conosciuto una esponenziale crescita sul mercato delle droghe è sicuramente la cocaina. L'osservatorio Europeo delle Droghe e della Tossicodipendenza (OEDT) nel suo rapporto annuale 2008 stima a 12 milioni le persone che hanno avuto un consumo una tantum e soprattutto mette in evidenza come 4 milioni di persone hanno consumato cocaina nell'ultimo anno. Spagna, Regno Unito e Italia sono i paesi con un tasso di prevalenza più alto.

A livello regionale, in una ricerca comparativa del 2008 comparsa sulla rivista *Environmental Health Perspective (vol 16-08)* mette in risalto attraverso l'analisi delle acque reflue come Lugano presenti un consumo giornaliero di 6.2 dosi ogni 1000 abitanti, contro le 6.9 dosi riscontrate di

Londra e le 9.1 dosi della vicina Milano. Dunque, Lugano presenta un tasso di consumo, se pur lievemente minore, comparabile con le due grandi metropoli.

Il fenomeno del crollo del prezzo della cocaina osservato in questi ultimi anni ha indubbiamente favorito l'accessibilità e la disponibilità all'acquisto della sostanza, per cui la cocaina è venuta a trovarsi potenzialmente trasversale ad ogni fascia socio-economica della società.

In Svizzera le statistiche ufficiali mostrano un passaggio dagli oltre 300 \$ al grammo (street price) registrati nel 1990 ai 39 \$ dell'ultimo rilievo nel 2006 (fonte: *World Drug Report, 2008*; UNODC). Secondo l'Ufficio federale di polizia (fedpol) la forchetta dei prezzi della cocaina rilevati dalle polizie cantonali nel periodo 2005-2009 conferma la tendenza all'abbassamento: da 85-128 fr. al grammo nel 2005 a 73-107 fr. al grammo nel 2009.

Dunque, il consumo di cocaina è divenuto un fenomeno che non tocca più solamente i cosiddetti "colletti bianchi", ma ogni individuo, indipendentemente dalla condizione lavorativa, può trovarsi potenzialmente a fare uso di cocaina. Per cui camerieri, muratori, giardinieri o impiegati, sono solo un esempio di categorie di lavoratori in cui la cocaina può essere presente.

La realtà ticinese è toccata da questo fenomeno, come abbiamo visto sono state fatte delle ricerche sui residui delle droghe consumate dalla popolazione che si riversano nelle acque di scarico e possono quindi essere usati per "fotografare" in modo rapido e obiettivo il tipo e la quantità di droghe consumate in una città. Si sono confrontati i consumi delle droghe principali in tre diverse città (Milano, Lugano e Londra) e dai risultati ottenuti per quanto riguarda l'utilizzo di cocaina si è notato un consumo per la città di Lugano paragonabile a quello di Londra.

Il "Progetto cocaina" è un'iniziativa sviluppata e implementata da Ingrado, che struttura una presa a carico modulare e specifica per le persone con questa problematica e che mantengono ancora un inserimento sociale e professionale. Sono incluse nel progetto persone con addizione di alcol e cannabinoidi, mentre sono escluse persone politossicodipendenti, come pure esclusi sono i soggetti con una psicopatologia maggiore. Questo progetto vuole distinguersi dalle già collaudate e funzionali modalità di presa in carico messe in atto nell'ultimo ventennio dai diversi servizi che si occupano di dipendenze a favore delle categorie di tossicomani "classici". L'obiettivo principale è infatti quello di fornire un aiuto a tutti coloro che ritengono di avere un problema con la sostanza cocaina, ma che non si identificano nella figura del tossicodipendente "classico". Si tratta di persone che in effetti non possono essere contemplate nella casistica classica del paziente tossicomano, il quale si contraddistingue soprattutto da un uso della sostanza che lo allontana dal tessuto sociale, creando fenomeni di emarginazione e di rottura con la società. Invece, questa nuova fascia di consumatori di cocaina, usa la sostanza come mezzo per "rimanere in corsa", per adattarsi e conformarsi alle richieste imposte dalla società.

Il progetto ha come obiettivo un percorso che, a partire da una messa in crisi della situazione di consumo (motivo per il quale il soggetto arriva al centro), passando attraverso una fase di informazione, sensibilizzazione e risonanza emotiva delle conoscenze acquisite (fase 2 del percorso), arriva alla proposta di un seguito psicologico specifico con meta finale e ideale l'astinenza dal consumo da cocaina. Tale obiettivo specifico resta il punto di arrivo auspicato e sul quale si lavora nel corso della presa a carico.

All'interno del Progetto, possiamo individuare ulteriori obiettivi che riguardano più nello specifico la presa in carico del soggetto. Possono essere identificati come da una parte la possibilità che quest'ultimo possa recepire, apprendere, far propri una serie di dati informativi inerenti il consumo di cocaina e da un'altra parte la possibilità di un aggancio che vada oltre questa fase maggiormente educativa, e si possa articolare su una presa a carico psicologica.

Il progetto resta ancorato alla politica federale in materia di tossicodipendenze che prevede, nei percorsi di presa a carico, sia un aspetto terapeutico esplicitamente volto alla cessazione del consumo, sia un aspetto di riduzione del danno e di arginamento del degrado sociale, fisico e

psichico, che ugualmente rappresenta un punto delicato e importante. Un punto da considerare come obiettivo in quelle situazioni nelle quali l'aspetto recidivante dell'abuso rappresenta un ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo astinenziale. In quest'ottica si può considerare il fatto che ogni fase contiene degli obiettivi che rappresentano dei parametri attraverso i quali poter svolgere, da un lato, una ricerca sulla fenomenologia clinica e sociale della realtà ticinese inerente il consumo da cocaina, dall'altro "agganciare" e mantenere la *compliance* di pazienti difficilmente raggiungibili e che notoriamente abbandonano facilmente la relazione terapeutica.

Se l'aspetto terapeutico è evidente in ordine a una remissione e/o contenimento del consumo, l'aspetto di riduzione del danno appare delicato e al contempo prezioso. Infatti il fatto di mantenere una relazione di aiuto specifica inerente il consumo di cocaina rappresenta il mantenimento della problematizzazione rispetto allo stesso consumo e un contenimento del degrado, oltre che a un monitoraggio costante da parte del personale specializzato. Un monitoraggio utile a intervenire nelle situazioni di maggior tensione e pericolo di messa a repentaglio di sé e degli altri mediante gli strumenti sopra specificati nelle differenti fasi.

Il "progetto cocaina" prevede la collaborazione interna con il medico capo clinica del Centro di Competenza del Servizio Ingrado, per delle valutazioni psichiatriche specifiche ed un'eventuale terapia farmacologica come supporto al percorso. Sappiamo, come considerato poc'anzi, che per quanto riguarda il consumo di cocaina non esiste una terapia farmacologica sostitutiva come nel caso dell'eroina, per questo motivo, a volte si necessitano terapie di sostegno (p. es. ansiolitiche, antidepressivi, induttori del sonno).

Inoltre, è prevista anche una collaborazione esterna con una clinica psichiatrica (Clinica Viarnetto) e con una struttura terapeutico-residenziale (Villa Argentina) a dipendenza della fase clinica del paziente.

Nel dettaglio il ricovero in una struttura ospedaliera ha essenzialmente lo scopo di offrire al paziente un periodo di "stacco" dalla condizione di abuso e/o di malesseri ad esso collegati (es: incapacità di mantenere l'astinenza, tensione psico-fisica, stati depressivi, disturbi del sonno, ecc.). Il periodo di ricovero mira anche ad effettuare gli accertamenti diagnostici necessari e programmare di seguito il proseguo del trattamento.

Il ricovero ospedaliero stazionario potrà anche situarsi come condizione iniziale ed anteporsi all'avvio del trattamento "Progetto Cocaina", ponendo la clinica di ricovero nella posizione di inviante/ segnalante. Mentre il Centro terapeutico Villa Argentina può servire, con dei brevi ricoveri ed una terapia mirata, nei casi in cui serva un contenimento istituzionale, pur salvaguardando l'inserimento lavorativo.

Il progetto verrà finanziato dal Dipartimento della sanità e della socialità per un periodo pilota di 2 anni con un credito complessivo di Fr. 200'000.- Il programma è stato giudicato positivamente anche dall'Autorità federale che ne ha riconosciuto i contenuti con un finanziamento supplementare per la ricerca da parte di Infodrog in ragione di Fr. 100'000.-.

## **2.4 Prestazioni ambulatoriali**

### *2.4.1 Statistica delle prese a carico ambulatoriali*

L'evoluzione dell'attività dell'Antenna Icaro di Comunità familiare e di Ingrado/sostanze illegali (fino al 2005: Antenna Alice, gestita dall'omonima Associazione) può essere descritta tramite alcuni dati statistici. Si è fatto capo a più fonti (rapporti d'attività, rendiconti, statistiche UFAS, documenti di consuntivo presentati al Cantone), che consentono di riassumere il periodo 1999-2009.

Purtroppo, i dati differiscono da fonte a fonte: ove possibile, i dati di rendiconto sono stati riconciliati con quelli nei rapporti d'attività. Le famiglie seguite riportate nei rendiconti comprendono anche le consulenze date alle famiglie e non solo le prese a carico. La sistematica dei dati riportati

nei rapporti di Alice è mutata di anno in anno (fino al 2004), ma si è comunque potuto ricostruire la serie statistica con una certa coerenza. Dal 2007, Ingrado/sostanze illegali ingloba nei casi censiti nei rendiconti anche le consulenze a famiglie e a terze persone, mentre Icaro le indica separatamente.

In particolare, le due istituzioni hanno sinora utilizzato due sistemi informatici per il rilevamento dei dati differenti, fatto a volte fonte di difficoltà nelle comparazioni. Ad inizio 2010, Antenna Icaro è però stata autorizzata a far capo al medesimo sistema utilizzato da alcuni anni presso Ingrado per cui a breve questi dati diverranno omogenei.

In sintesi, i dati sono stati ripuliti, ove disponibili informazioni per poterlo fare, ed il risultato è riassunto in alcune tabelle che devono però essere relativizzate proprio a causa della qualità dei dati utilizzati.

### Casi trattati e famiglie seguite

Dal 1999 al 2009 il numero di casi (utenti) e famiglie seguite è rimasto suppergiù costante, con un minimo nel 2007 (698) ed un massimo nel 2005 (831).

Numero di casi	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Icaro, Sopraceneri	352	371	374	386	395	387	346	339	317	319	351
Ingrado, Sottoceneri	413	371	347	387	387	402	485	408	381	444	411
Totale	765	742	721	773	782	789	831	747	698	763	762

Nello stesso periodo la distribuzione dei casi nelle varie sedi è cambiata in modo sostanziale. L'attività presso le sedi di Bellinzona per Antenna Icaro e Chiasso/Mendrisio per Ingrado è andata diminuendo dal 1999 al 2009 (-34% rispettivamente -64%), mentre si è verificato invece un aumento per Locarno e Lugano/Capriasca (+60% rispettivamente +24%). Per Ingrado questa evoluzione è coincisa con una concentrazione di risorse sulla sede di Lugano, anche quale supporto all'attività del Centro d'accoglienza diurno (CAD).

Numero di casi	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Icaro, Bellinzona	226	215	218	210	219	207	173	163	150	144	149
Icaro, Locarno	126	156	156	176	176	180	173	176	167	175	202
Ingrado, Lugano/Capriasca	299	282	278	283	288	288	341	300	303	391	370
Ingrado, Chiasso/Mendrisio	114	89	69	104	99	114	144	108	78	53	41
Totale	765	742	721	773	782	789	831	747	698	763	762

Il recente aumento di casi a Locarno e a Lugano è sicuramente da ascrivere all'apertura nell'aprile 2007 presso queste sedi di due Centri di competenza per persone dipendenti da metadone.

I casi trattati da questi Centri, infatti, sono passati da 149 nel 2007 (anno d'avvio) a 319 nel 2009. Nei conteggi di Ingrado però tutte le persone a carico del Centro di competenza sono conteggiate nei casi trattati di cui sopra, mentre l'Antenna Icaro ritiene nel dato statistico solo i casi sfociati in una presa a carico strutturata da parte dell'Antenna.

### Dotazione di personale e casi per operatore

Le unità di personale accordate alle due istituzioni sono rimaste identiche sino a fine 2006 e più precisamente, per ciascuna struttura:

1 direttore a metà tempo	0.50
7 operatori a tempo pieno	7.00
1 <i>stagiaire</i> a tempo pieno	0.20
0.24 personale di pulizia	0.24
1 segretario/a a metà tempo	0.50

Ingrado può, inoltre, far capo ad un operatore (a metà tempo) pagato dalla Capriasca (nella misura di un 30%), da conteggiare per calcolare la media di casi per operatore siccome i casi della Capriasca sono compresi nella statistica dell'ente.

Nel calcolo si è pure tenuto conto che, rispetto alla dotazione iniziale, nel 2007 Ingrado ha ridotto 0.20 unità di operatore per potenziare il segretariato (cresciuto da 0.50 a 0.70 unità), mentre dal 2008 ha ridotto il tempo dell'operatore in Capriasca, sceso dal 50% al 30% (prossimamente, alla luce del nuovo assetto regionale, dovrà essere rivalutato l'impegno finanziario intercomunale).

Unità di operatore	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Icaro, Sopraceneri	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
Ingrado, Sottoceneri	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.3	7.1	7.1
Totale	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.3	14.1	14.1

Il numero di casi per operatore è oscillato in ambedue le strutture attorno ad una media cantonale, rimasta costante negli anni, situata attorno ai 50/55 casi per operatore.

Casi per operatore	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Icaro, Sopraceneri	50	53	53	55	56	55	49	48	45	46	50
Ingrado, Sottoceneri	55	49	46	52	52	54	65	54	52	63	58
Media cantonale	53	51	50	53	54	54	57	52	49	54	54

Parallelamente all'attività "di routine" dell'ambulatorio, con questo stesso organico Ingrado gestisce pure il Centro di accoglienza diurno a bassa soglia (CAD) a Lugano. Nei dati sopra indicati non figurano le presenze degli utenti del CAD che non transitano dal Centro di competenza e che non sono utenti di Ingrado/sostanze illegali. Nel 2009 si è trattato di 39 utenti, oltre a 7 persone dipendenti da alcol e a 9 parenti, per un totale di 55 persone. Inoltre, il CAD distribuisce mediamente circa 400 pasti mensili.

Alle richieste di Ingrado (2008 e 2009) volte ad ottenere un potenziamento dell'organico per far fronte all'attività crescente del CAD, il Cantone ha risposto solo in parte, concedendo nel 2009 il credito per l'assunzione di uno *stagiaire* supplementare da affiancare agli operatori nell'accoglienza e nella preparazione e distribuzione di pasti. Dal 2009, inoltre, ad Ingrado è stato concesso l'aumento del 10% del tempo di direzione in relazione all'accresciuta attività.

La dotazione a fine 2009 risulta quindi essere la seguente:

<i>Antenna Icaro</i>		<i>Ingrado/sostanze illegali</i>	
1 direttore a metà tempo	0.50	1 direttore al 60%	0.60
7 operatori a tempo pieno	7.00	6.8 operatori a tempo pieno	7.10
		(+ 0.30 operatore Capriasca)	
1 <i>stagiaire</i> a tempo pieno	0.20	2 <i>stagiaires</i> a tempo pieno	0.40
Personale di pulizia	0.24	Personale di pulizia	0.24
Personale di segretariato	0.50	Personale di segretariato	0.70

### Centri di competenza

Dall'aprile 2007 presso le due sedi di Lugano (Ingrado/sostanze illegali) e Locarno (Antenna Icaro) sono operativi i Centri di competenza che, a complemento delle prestazioni tradizionalmente erogate da Ingrado ed Antenna Icaro, si occupano di utenti particolarmente problematici che presentano:

- gravi deficit d'integrazione sociale;

- malattie psichiche concomitanti (comorbidità);
- pluripatologia somato-psichica;
- ricaduta nel consumo incontrollato di eroina, cocaina e psicofarmaci.

A questo scopo i Centri di competenza possono prescrivere e somministrare metadone o altri medicinali riconosciuti per il trattamento delle persone tossicodipendenti. L'intervento psico-socio-pedagogico ha comunque il primato rispetto a quello medico-psichiatrico, che assume un ruolo complementare.

Le prestazioni erogate da questi nuovi Centri di competenza sono state da subito sistematizzate in modo analogo per le due strutture e pertanto possono essere presentate in un'unica tabella di dettaglio.

Casistica Centri di competenza, terapie sostitutive, per sede	2007			2008			2009		
	ICARO Locarno	INGRADO Lugano	TOTALE	ICARO Locarno	INGRADO Lugano	TOTALE	ICARO Locarno	INGRADO Lugano	TOTALE
<b>A. Totale dei casi presi a carico</b>									
<b>Utenti presi a carico con programma di cura in sede</b>	<b>57</b>	<b>66</b>	<b>123</b>	<b>93</b>	<b>119</b>	<b>212</b>	<b>109</b>	<b>133</b>	<b>242</b>
in terapia solo con metadone	8	30	38	46	49	95	53	61	114
in terapia solo con Subutex®	nr	nr	0	2	4	6	7	3	10
in terapia con metadone e terapia farmacologica	49	36	85	34	47	81	35	57	92
in terapia con Subutex® e terapia farmacologica	nr	nr	0	3	3	6	2	7	9
solo terapia farmacologica	nr	nr	0	8	16	24	12	5	17
<b>Utenti presi a carico con programma di cura esterno</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>31</b>	<b>44</b>
in terapia solo con metadone	5	10	15	9	5	14	12	6	18
in terapia solo con Subutex®	nr	nr	0	0	1	1	0	0	0
in terapia con metadone e terapia farmacologica	6	5	11	4	14	18	1	16	17
in terapia con Subutex® e terapia farmacologica	nr	nr	0	1	0	1	0	1	1
solo terapia farmacologica	nr	nr	0	0	5	5	0	8	8
<b>Consulenze (fino a 3 incontri)</b>	<b>nr</b>	<b>nr</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>
<b>Utenti presi a carico solo psicoterapia</b>	<b>nr</b>	<b>nr</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>14</b>
<b>Totale dei casi presi a carico durante l'anno</b>	<b>68</b>	<b>81</b>	<b>149</b>	<b>120</b>	<b>158</b>	<b>278</b>	<b>132</b>	<b>187</b>	<b>319</b>
Sesso maschile	50	nr	50	87	120	207	98	139	237
femminile	18	nr	18	33	38	71	34	48	82
	68	0	68	120	158	278	132	187	319
Età - di 20	0	nr	0	0	nr	0	0	4	4
da 21 a 30	8	nr	8	26	nr	26	31	38	69
+ di 30	60	nr	60	94	nr	94	101	145	246
	68	0	68	120	0	120	132	187	319
<b>B. Totale dei casi attivi al 31.12.</b>									
<b>Utenti presi a carico con programma di cura in sede</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>102</b>	<b>73</b>	<b>103</b>	<b>176</b>	<b>84</b>	<b>107</b>	<b>191</b>
in terapia solo con metadone	7	20	27	32	48	80	42	45	87
in terapia solo con Subutex®	nr	nr	0	2	2	4	3	5	8
in terapia con metadone e terapia farmacologica	42	33	75	29	40	69	31	52	83
in terapia con Subutex® e terapia farmacologica	nr	nr	0	2	3	5	1	2	3
solo terapia farmacologica	nr	nr	0	8	10	18	7	3	10
<b>Utenti presi a carico con programma di cura esterno</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>42</b>
in terapia solo con metadone	5	5	10	7	5	12	12	5	17
in terapia con metadone e terapia farmacologica	6	14	20	4	1	5	0	14	14
in terapia solo con Subutex®	nr	nr	0	0	14	14	0	0	0
in terapia con Subutex® e terapia farmacologica	nr	nr	0	0	0	0	0	1	1
solo terapia farmacologica	nr	nr	0	0	5	5	0	10	10
<b>Consulenze (fino a 3 incontri)</b>	<b>nr</b>	<b>nr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Utenti presi a carico solo psicoterapia</b>	<b>nr</b>	<b>nr</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Totale dei casi attivi a fine anno</b>	<b>60</b>	<b>72</b>	<b>132</b>	<b>85</b>	<b>138</b>	<b>223</b>	<b>97</b>	<b>146</b>	<b>243</b>

Per la gestione dei Centri di competenza le due sedi di Lugano e Locarno dispongono di personale medico ed infermieristico, che durante i tre anni di sperimentazione è sinora stato solo in parte adattato all'evoluzione dei bisogni (per maggiori dettagli, si veda il successivo capitolo 2.4.2 *Terapie sostitutive e Centri di competenza*).

Centri di competenza	2007	2008	2009	2010
Icaro, Locarno				
Personale medico	0.5	0.5	0.5	0.5
Personale infermieristico	0.8	0.9	0.9	1.0
Ingrado, Lugano				
Personale medico	0.5	0.5	0.5	0.5
Personale infermieristico	0.8	0.9	1.4	1.4

Accordando nel 2010 un aumento di 0.10 di unità di infermiere all'Antenna Icaro, il carico di lavoro del personale infermieristico riferito ai casi con programma di trattamento in sede si è riequilibrato tra le due strutture: 109 casi per unità di infermiere per l'Antenna Icaro e 95 casi per unità di infermiere presso Ingrado/sostanze illegali.

Centri di competenza	2007	2008	2009	2010
Icaro, Locarno				
Casi con <u>programma di trattamento in sede</u>	57	93	109	109
Personale infermieristico	0.8	0.9	0.9	1.0
Casi per infermiere	71	103	121	109
Ingrado, Lugano				
Casi con <u>programma di trattamento in sede</u>	66	119	133	133
Personale infermieristico	0.8	0.9	1.4	1.4
Casi per unità d'infermiere	83	132	95	95

Se si calcola il carico di lavoro del medico di riferimento per tutti gli utenti che transitano dai Centri di competenza, la situazione presenta un rapporto di presa a carico differenziato: 264 casi per unità per l'Antenna Icaro a Locarno e 374 casi per unità per Ingrado/sostanze illegali a Lugano.

Centri di competenza	2007	2008	2009	2010
Icaro, Locarno				
Tutti i casi	68	120	132	132
Personale medico	0.5	0.5	0.5	0.5
Casi per unità di medico	136	240	264	264
Ingrado, Lugano				
Tutti i casi	81	158	187	187
Personale medico	0.5	0.5	0.5	0.5
Casi per unità di medico	162	293	374	374

Se invece il confronto è fatto per i programmi di trattamento in sede, la situazione presenta un rapporto di presa a carico meglio equilibrato: 218 casi per unità per l'Antenna Icaro a Locarno e 266 casi per unità per Ingrado/sostanze illegali a Lugano.

Centri di competenza	2007	2008	2009	2010
Icaro, Locarno				
Casi con <u>programma di trattamento in sede</u>	57	93	109	109
Personale medico	0.5	0.5	0.5	0.5
Casi per unità di medico	114	186	218	218
Ingrado, Lugano				
Casi con <u>programma di trattamento in sede</u>	66	119	133	133
Personale medico	0.5	0.5	0.5	0.5
Casi per unità di medico	132	220	266	266

#### 2.4.2 Terapie sostitutive e Centri di competenza

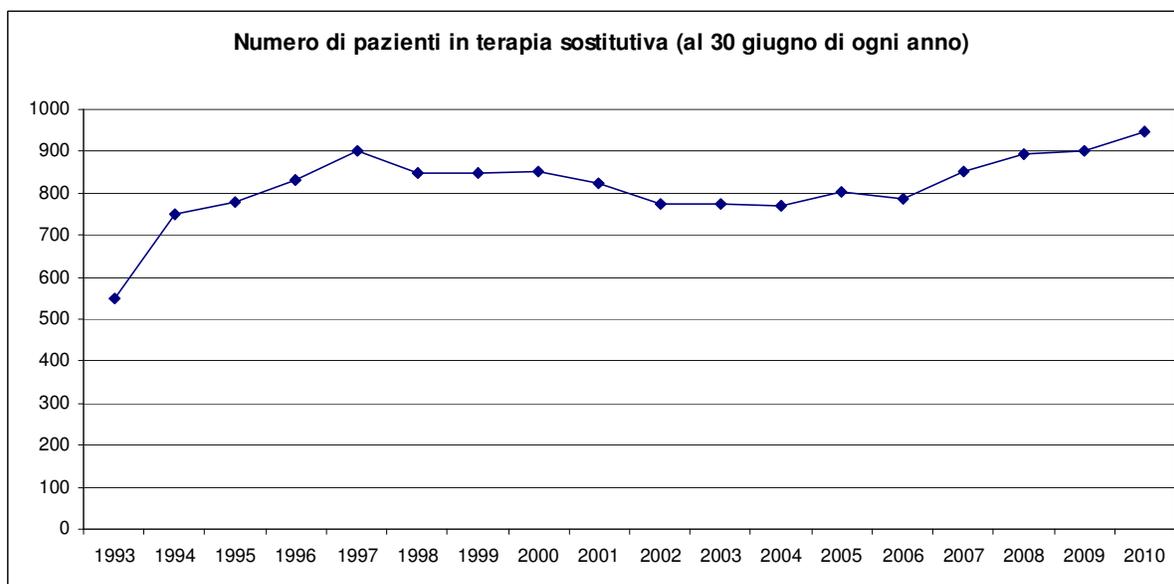
##### Terapie sostitutive in generale

Come ricordato nel capitolo 2.2 a proposito dell'imminente revisione del *Regolamento concernente il trattamento ambulatoriale di tossicomani con metadone*, la base legale oggi in vigore per le terapie sostitutive era stata emanata dal Consiglio di Stato il 7 ottobre 1992 ed una sua revisione s'impone ora alla luce dell'evoluzione avuta nell'approccio al paziente tossicodipendente e dell'entrata in vigore, col 1° gennaio 2011, della revisione della Legge federale sugli stupefacenti. Il numero complessivo di pazienti in terapia sostitutiva, che ammontava a ca. 550 già nel 1993, aveva raggiunto un picco di 900 nel 1997, per poi stabilizzarsi nel periodo 2002-2006 attorno alle 800 unità (v. grafico seguente).

Inizialmente, i trattamenti sostitutivi erano tutti assunti da singoli medici, in collaborazione con le farmacie. Tale approccio col tempo si è però rivelato insufficiente per gestire la casistica più complessa, cioè quegli utenti particolarmente problematici in quanto presentano gravi deficit d'integrazione sociale, malattie psichiche concomitanti (comorbilità), pluripatologia somato-psichica oppure ricadute nel consumo incontrollato di eroina, cocaina e psicofarmaci.

Per questo motivo, come proposto nel precedente PCI, durante il 2007 due sedi dei servizi ambulatoriali, che sino ad allora avevano erogato essenzialmente prestazioni socio-pedagogiche, sono state dotate di personale medico ed infermieristico, consentendo così l'apertura a Lugano e a Locarno di due Centri di competenza per le terapie sostitutive.

Queste strutture (v. anche capitolo 2.4.1 *Statistica delle prese a carico ambulatoriali*) hanno in parte assunto direttamente la casistica più complessa ed in parte assistono i medici curanti per la gestione della terapia psichiatrica, prestazione non più erogata dai Servizi psicosociali (SPS) di Locarno e Lugano da quando esistono i Centri di competenza. Grazie a questo approccio interdisciplinare e in rete, ora si riescono a gestire anche casi complessi. Il numero totale di trattamenti sostitutivi è quindi risalito a partire dal 2007 (v. grafico) sino a raggiungere a metà 2010 le 945 terapie sostitutive (dato non ancora definitivo).



### Terapie sostitutive presso i Centri di competenza

Da marzo 2007 a marzo 2010 presso i Centri di competenza per le tossicodipendenze sono complessivamente state gestite le terapie sostitutive di 420 pazienti, di cui 330 in terapia sostitutiva, mentre in 90 casi si è trattato di una presa a carico psichiatrica/psicoterapica o di consulenza per conto di altri medici.

A maggio 2010 i pazienti attivi erano ca. 260, 155 a Lugano e 105 a Locarno/Muralto. La richiesta del territorio per un centro specializzato in medicina delle dipendenze ha quindi largamente superato le previsioni della progettazione nel 2006, quando si ipotizzava un numero massimo di 40/60 pazienti per sede.

L'aumento del numero dei pazienti politossicodipendenti in terapia sostitutiva, di livello II e III, per i quali un seguito presso uno studio medico risulta impossibile poiché le aree di intervento sono molteplici (terapia sostitutiva, presa a carico psichiatrica e psicosociale), ha ora conosciuto come prevedibile un rallentamento.

Un obiettivo importante dei Centri di competenza è stato il riaccompagnamento dei pazienti verso la rete esterna, un obiettivo che precedentemente, per i pazienti di livello II e III, a causa delle loro patologie gravi, non era possibile raggiungere. Sono soprattutto i pazienti che si rivolgono direttamente ai Centri per una terapia sostitutiva e senza presa a carico precedente, che dopo un periodo di stabilizzazione vengono con successo agganciati a un medico esterno e/o una farmacia. Per quanto riguarda i pazienti con doppia diagnosi, i Centri di competenza possono sempre "contare" su uno "zoccolo duro" tra i 100-120 pazienti a Lugano e i 60-80 pazienti a Locarno.

Con il riconoscimento dei Centri di competenza sul territorio si è spostato il baricentro delle terapie in direzione di pazienti meno cronici e di terapie meno lunghe. Questi Centri sono diventati il primo punto di contatto per i tossicodipendenti che chiedono o una breve stabilizzazione con una terapia sostitutiva e in seguito una disintossicazione (dove la presa a carico risulta relativamente breve), o di pazienti presso i quali viene introdotta una terapia di mantenimento per poi, appena possibile, agganciarli al medico esterno e una farmacia.

Presso il Centro di competenza di Locarno vengono seguiti attualmente ca. 15 pazienti del Bellinzonese, malgrado le difficoltà di spostamento. Si tratta di pazienti che altrimenti non troverebbero altro medico nella loro regione. Le richieste, che non hanno potuto essere accolte lo scorso anno, dimostrano la necessità di un Centro medicalizzato anche a Bellinzona.

I Centri di competenza si sono guadagnati anche la fiducia dei medici del territorio, che hanno cominciato ad inviare i loro pazienti per una presa a carico psichiatrica e/o psicoterapica, mentre il contratto terapeutico rimane presso di loro. Altrettanto sono aumentate le richieste di disintossicazione ambulatoriale da metadone, fino a poco tempo fa eseguite soprattutto in ambito stazionario e con tempi estremamente lunghi. L'introduzione della buprenorfina (Subutex), che viene usata in ambito ambulatoriale praticamente solo dai Centri di competenza, ha reso possibile una più rapida e meno disagiata disintossicazione da oppiacei. Sempre più pazienti si servono di questa possibilità.

Era inevitabile che l'attenzione degli interventi si spostasse dalla dipendenza da oppioidi anche ad altre dipendenze e sostanze. Già nel 2008, ma in particolare nel 2009, si è verificata una vera esplosione di segnalazioni e richieste d'aiuto per l'abuso o la dipendenza da cocaina, soprattutto a Lugano. La presa a carico consiste in un percorso psicoterapico e il trattamento farmacologico di eventuali disturbi di base come depressione, disturbi d'ansia od altro. Lo spettro delle risposte terapeutiche sarà ampliato dal "Progetto cocaina" (si veda il capitolo 2.3 *La cocaina: nuovo progetto per la presa a carico*).

I Centri di competenza durante i tre anni di attività hanno acquisito una grande esperienza nel trattamento delle dipendenze, unica in Ticino. Queste esperienze da quest'anno vengono condivise con gli operatori del territorio grazie a serate di formazione organizzate da Ingrado.

All'inizio del progetto è stato deciso di considerare il metadone un farmaco di prima necessità, che viene somministrato anche a pazienti con prestazioni della cassa malattia sospese. Ai pazienti in cambio viene chiesto, con l'aiuto degli operatori, di impegnarsi a sanare il debito con gli assicuratori malattia. Durante gli ultimi 3 anni sono state ripristinate le prestazioni in più di 60 casi.

Dopo il primo triennio di attività queste strutture hanno via via aumentato le loro competenze, spostando l'attività dalle terapie sostitutive anche su altre dipendenze, sempre però da sostanze illegali. Per il futuro, essendo l'unica struttura del suo genere in Ticino, sarà inevitabile che i Centri allarghino le prestazioni anche ad altre sostanze, in accordo con la politica federale, che non differenzia più tra dipendenza da sostanze illegali e legali (dipendenza da sostanze legali, alcol e tabacco, come pure le dipendenze senza sostanze: gioco d'azzardo, internet, ecc.). Oltre a seguire dei pazienti per periodi più o meno lunghi, il Centro deve profilarsi nella consulenza e nella valutazione di situazioni e pazienti per i medici del territorio, gli ospedali e anche il penitenziario.

Importante è anche l'intensificarsi della formazione, sia per gli operatori del territorio, che per medici specializzati nella medicina delle dipendenze. In questo contesto il Centro di competenza dovrebbe acquisire in futuro lo stato di ambulatorio specializzato in dipendenze e inserirsi nella formazione FMH di psichiatri, attualmente eseguita solamente presso l'OSC.

I Centri di competenza hanno, di fatto, costituito un aumento dell'attività ambulatoriale, che ha permesso una risposta maggiormente differenziata ad una casistica per la quale la presa a carico non necessariamente richiede un trattamento residenziale.

Come concordato al momento dell'avvio di queste strutture nel 2007, al termine del primo triennio di attività s'intende procedere ad una valutazione dell'esperienza, nell'intento di consolidarla.

Per quanto concerne il trattamento a base di eroina, da inizio 2010 ancorato come strumento terapeutico nella Legge federale sugli stupefacenti, al momento non pende alcuna richiesta e i Centri di competenza sembrano soddisfare i bisogni di trattamenti sostitutivi.

#### *2.4.3 Il lavoro come terapia*

In ciascuno dei 4 pilastri il lavoro è uno strumento fondamentale, sia di stabilità, sia di recupero per la persona con una storia di tossicomania. Non necessita di commenti l'efficacia di un lavoro stabile come prevenzione e non è una novità che il lavoro sia fondamentale nella fase di reinse-

rimento del tossicomane ritornato astinente. Anche nel campo della repressione, il lavoro può avere un suo ruolo.

Rappresenterebbe invece una novità il ricorso a proposte lavorative per una casistica scelta di tossicomani non ancora entrati in ottica di ricupero, ma bisognosi di un'occupazione e quindi interessati ad un aggancio. La disoccupazione protratta, e di conseguenza ancor di più il regime di assistenza, può, infatti, influire oltremodo negativamente sulla dignità e sull'autostima di queste persone, ormai frequentemente già ridotte al minimo.

L'offerta di un lavoro in condizioni particolari, attraverso l'aggancio con un'esperienza adulta, può favorire l'inizio di un percorso di ricupero. Evidentemente, quest'opzione può suscitare perplessità conoscendo l'instabilità, la poca efficienza e la discontinuità dell'impegno di individui sotto l'influsso di sostanze. Al di fuori di lavori "protetti" sono poche le altre esperienze significative. L'inserimento in imprese presenta notevoli difficoltà soprattutto per la responsabilità che viene caricata sui colleghi di lavoro.

In risposta ad una sollecitazione del Gruppo esperti che nel febbraio 2009 sottolineava l'importanza di realizzare progetti atti a creare posti di lavoro che potessero favorire l'inserimento di persone dipendenti, il Consiglio di Stato ha indicato di accogliere con interesse la proposta. Nell'aprile 2009, infatti, ha ribadito che la tematica legata al reinserimento professionale "costituisce una delle principali preoccupazioni di questa legislatura. Infatti esso rientra in una delle sette aree di intervento prioritario delle Linee Direttive 2008-2011: la sfida demografica. Ridurre l'emarginazione giovanile e facilitare le occasioni di primo impiego è uno degli obiettivi principali di questo campo d'intervento".

A questo proposito, si rinvia ad esempio ad una bozza di progetto presentata nel 2008 nelle schede d'applicazione (Progetto LaMia: il LAVORO MI Aiuta) e ad esperienze analoghe condotte dalla Città di Lugano. In genere, si tratta di far ricorso all'esperienza di artigiani maturi o già in pensione, oppure al beneficio di invalidità o di disoccupazione, che si pongono quali "maestri di stage" ed accompagnano in un rapporto di stretta prossimità la persona tossicodipendente cui questo lavoro viene proposto, non aggravando così il personale dell'impresa che offrirebbe un simile spazio.

A dire il vero, sussiste pure la possibilità di sanzioni pecuniarie per chi, al beneficio di una prestazione assistenziale e abile al lavoro, non raccoglie le occasioni occupazionali. La sanzione per questa particolare utenza è però spesso controproducente: ci vuole un progetto ad hoc, una risposta specifica, con personale qualificato. Il Gruppo esperti intende approfondire l'aspetto del lavoro nell'ambito delle risposte alla cronicizzazione.

#### *2.4.4 Raccomandazioni per le prestazioni ambulatoriali*

Al momento, un'analisi basata sulla tipologia degli utenti dei servizi ambulatoriali non risulta possibile, anche a causa di definizioni differenti e di raccolte dati, destinate a finalità differenti e non del tutto congruenti fra di loro. Con l'esercizio 2010 è però stata approvata la richiesta di Antenna Icaro di dotarsi del medesimo programma di gestione a disposizione di Ingrado/sostanze illegali. A breve, la qualità dei dati migliorerà grazie all'uniformazione della raccolta dati.

Sarà pure opportuno concordare, assieme ai servizi ambulatoriali e in accordo con i Centri terapeutici, quali dati raccogliere e trasmettere al Cantone per permettere di meglio seguire l'evoluzione della casistica e della presa a carico ambulatoriale.

Se sarà possibile pervenire ad indicatori certi e non troppo difficoltosi da elaborare, essi potranno poi essere inseriti nei contratti di prestazione.

A breve termine, una chiara priorità nel settore è la valutazione del triennio di esperienza dei Centri di competenza, al fine di consolidare queste prestazioni. A medio termine, si tratterà di verificare l'esperienza che si sta avviando nel Sottoceneri a riguardo del consumo problematico di cocaina.

Inoltre, per permettere una corretta valutazione del loro operato, bisognerà considerare l'attività dei servizi ambulatoriali nel suo assieme. Alle prestazioni da sempre erogate da Antenna Icaro ed Ingrado/sostanze illegali, tra cui la preparazione e l'accompagnamento dei collocamenti terapeutici, saranno da abbinare i Centri di competenza (al momento presenti in due sedi su quattro), il Centro di Accoglienza Diurno a bassa soglia (CAD), il lavoro di prossimità e la presa a carico per cocaina (queste ultime tre prestazioni per ora sono disponibili nel solo Sottoceneri).

Sul versante del finanziamento, resta l'incognita dell'evoluzione del contributo federale, versato dall'assicurazione invalidità. Le prestazioni collettive erogate in base all'art. 74 LAI hanno già conosciuto una diminuzione dal 2005. Inoltre, le misure di contenimento delle spese AI, accentuate con la V revisione, hanno avuto quale conseguenza un minor riconoscimento di provvedimenti per questa particolare utenza. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha preannunciato, per i prossimi periodi contrattuali, un'ulteriore diminuzione del contributo federale.

Infine, per quanto attiene alla possibilità di ricorrere a proposte lavorative mirate ad agganciare e motivare ad una presa a carico una casistica scelta di tossicomani non ancora entrati in ottica di ricupero, si raccomanda di favorire esperienze di lavoro come strumento d'aggancio e di recupero. Nell'auspicata ridefinizione dei mandati, rispettivamente dei mandati di prestazione, della rete di presa a carico ambulatoriale e residenziale, sarà quindi da tener particolarmente presente l'aspetto del reinserimento.

## **2.5 Terapie residenziali**

### *2.5.1 L'offerta stazionaria riconosciuta con un finanziamento cantonale*

#### a) Villa Argentina

Il Centro Villa Argentina ha iniziato la sua attività nel gennaio 1984.

L'Istituzione offre ai suoi pazienti un seguito di tipo pluridisciplinare che permette di effettuare un intervento a vari livelli: sulla salute fisica e psichica del tossicodipendente, sulle sue risorse e limiti personali, sulla sua possibilità di integrazione socio-professionale. Ogni paziente beneficia pertanto di una psicotestologia di base, di un seguito psicologico o psicoterapeutico individuale, di un seguito sociale da parte di un'assistente sociale durante tutto il percorso terapeutico, di un seguito educativo per gli aspetti residenziali e di socializzazione, di cure infermieristiche e di promozione della salute.

Ogni paziente può inoltre beneficiare di un seguito a livello familiare e/o di coppia, in quanto il Centro ritiene fondamentale il coinvolgimento dei congiunti durante la terapia dei pazienti.

Negli ultimi anni, dato l'aumento di persone che, oltre alla tossicodipendenza, soffrono di patologie psichiche, Villa Argentina ha sviluppato delle risposte di cura più mirate a questa nuova realtà; dal 2002 ha preso pertanto avvio il progetto di cura per pazienti a doppia diagnosi nella sede di Corso Elvezia a Lugano.

Per i pazienti che soffrono di disagi psichici, associati alla tossicodipendenza, il Centro dispone di un seguito medico infermieristico, con prescrizioni di psicofarmaci e/o metadone, secondo le indicazioni medico-psichiatriche dei consulenti esterni.

Gli obiettivi di terapia possono variare di caso in caso: per una parte dei pazienti è possibile prefigurare il raggiungimento di una condizione di astinenza, accompagnata da una situazione socio-lavorativa che garantisce l'autonomia. Per altri pazienti gli obiettivi sono invece più limitati; ad esempio l'inserimento lavorativo-occupazionale in ambito protetto, con seguito psico-sociale di lungo corso ed un'eventuale sistemazione in appartamento protetto.

Nel 2003 il Centro ha ottenuto la certificazione di qualità QuaTheDA e successivamente, nel 2006 quella ISO 9001:2000.

*Competenze e specificità*

L'aspetto peculiare del Centro Villa Argentina è quello di offrire ai suoi pazienti un seguito di tipo pluridisciplinare oltre alla terapia familiare, questi seguiti specialistici sono supportati da una psichiatra esterna e le équipes beneficiano di una supervisione di gruppo regolare.

Dal 2002 prevede anche un'offerta specifica per pazienti a doppia diagnosi che presentano frequentemente degli aspetti di cronicità. Per questa ragione dispone anche di alcuni posti in appartamento protetto per quei casi che necessitano di un accompagnamento di più lungo corso oltre la fine della loro terapia.

b) La Fondazione Il Gabbiano

La Fondazione il Gabbiano è nata nel 1991 con l'obiettivo di offrire un supporto terapeutico a giovani in difficoltà ed a tutti coloro che necessitano di un intervento indirizzato al loro reinserimento sociale.

Il Gabbiano mira dunque al recupero di giovani e persone problematiche chiedendo all'utenza la totale astinenza e favorendo la progettualità individuale, attraverso la promozione di nuove abitudini di vita più facilmente integrabili nella società di cui fa parte.

Il lavoro del Gabbiano si concentra innanzitutto sul reinserimento professionale e sociale avvalendosi di persone esperte e formate per lavorare negli ambiti proposti.

Essendo il reinserimento l'obiettivo finale del percorso, la vita comunitaria è organizzata in modo da avvicinarsi gradualmente, attraverso un'organizzazione della giornata centrata sull'attività lavorativa e sull'organizzazione della vita casalinga. Il periodo massimo di collocamento è di 18 mesi ed è suddiviso in fasi.

In questo modo l'utente può riacquistare progressivamente il ritmo del mondo del lavoro, fino poi ad organizzare le prime esperienze di stage all'esterno, un'occupazione fissa e, nell'ultima fase del percorso, il raggiungimento di una vita autonoma. Il Gabbiano offre anche un supporto psicologico specialistico durante tutto il percorso comunitario.

*Competenze e specificità*

Come si evince dagli strumenti e dal concetto educativo del Gabbiano, il reinserimento in società e quindi il lavoro sono un punto focale del percorso. Esso non è inteso come fine a se stesso, ma come presupposto per il reinserimento nella società. A questo scopo è rivolta gran parte del percorso comunitario.

L'équipe del Gabbiano è formata da educatori diplomati, da una psicologa, da uno psicoterapeuta e da un collocatore professionale (maestro socio-professionale). Nel 2004 il Gabbiano ha ottenuto la certificazione SQS QuaTheDA e nel 2008 anche la certificazione ISO 9001:2000 per le norme QuaThéDA modulari.

La struttura si avvale del supporto esterno di un medico psichiatra per il seguito degli utenti, di due medici generalisti e di un medico psichiatra per la supervisione dell'équipe. Inoltre sono proposte attività esterne (arte, movimento corporeo, sport, ecc.) con persone formate nell'ambito delle attività sportive regolari.

c) Il Centro Residenziale a Medio Termine (CRMT)

Il Centro Residenziale a Medio Termine di Comunità familiare è una struttura che dal 1997 accoglie persone con problemi di tossicodipendenza. La sua operatività è garantita da una équipe educativa multidisciplinare composta da educatori, un direttore e diversi specialisti esterni.

Il suo obiettivo è quello di accompagnarle in un percorso educativo e terapeutico. La residenzialità presso il CRMT vuole essere un'esperienza di vita mirata ad affrontare le difficoltà dell'utente, a riscoprire le loro potenzialità, ed acquisire strumenti per raggiungere e mantenere la maggior

autonomia possibile stimolando la responsabilità individuale e favorire l'inserimento sociale e lavorativo.

Il CRMT offre ai residenti un approccio partecipativo generato da una terapia centrata sulla persona e sulla relazione. Ogni residente è reso protagonista della propria storia e del proprio percorso coinvolgendolo direttamente in una intensa vita di relazione, nelle decisioni e nei cambiamenti che vengono attuati.

La residenzialità viene concepita come un punto all'interno di un percorso che si trasforma in una valenza esistenziale, in un processo che coinvolge diversi attori con ruoli, caratteristiche e tempi diversi. Per questo viene attivata il più possibile la rete e le risorse dei vari servizi esterni dando così la possibilità ai residenti di poter continuare il lavoro terapeutico anche dopo il periodo di permanenza al Centro. Presso il CRMT è importante che si faccia nascere nella persona l'esigenza di una continuità terapeutica in grado di dare significato agli sforzi, ai piccoli passi ed alle fatiche attraversate, anche se non immediatamente risolutive.

#### *Competenze e specificità*

Ciò che distingue questa realtà dalle altre due è la durata temporale del collocamento. La validità e la pertinenza del progetto terapeutico sono valutate mensilmente ed il percorso può essere rinnovato fino ad un massimo di 10 mesi. Alla fine di ogni mese si tiene una sintesi, alla presenza dell'utente, nella quale si stabilisce il rinnovo o la conclusione del soggiorno presso la struttura.

L'obiettivo è di lasciare una traccia positiva che stimoli la persona ad entrare in un processo di cura, cogliere la consapevolezza che la terapia, nella problematica delle dipendenze, è lunga e complessa e non dovrebbe ridursi alla garanzia affidata alla sola residenzialità. Dal 2008 al CRMT si può entrare con prescrizione metadonica.

#### *2.5.2 Statistica delle prese a carico stazionarie*

I dati qui riportati sono stati presi in considerazione a partire dal 2004, data dall'introduzione dei contratti di prestazione. Per la Fondazione il Gabbiano sono stati presi in considerazione solo i posti di Camorino (la struttura per minorenni è stata chiusa alla fine del 2005). Nel 2006 è stata chiusa la struttura Teen Challenge e dal 2008 al CRMT sono stati riconosciuti solo 10 posti letto.

#### Evoluzione del numero di giornate di presenza presso i Centri residenziali riconosciuti

*(Giornate LStup: collocamenti finanziati tramite la LStup;*

*Altre giornate: collocamenti finanziati tramite Sezione esecuzione pene e misure, altri Cantoni, privati)*

		2009	2008	2007	2006	2005	2004
Villa Argentina	Giornate totali	11'431	11'595	11'992	12'260	10'726	12'818
	<i>Altre Giornate</i>	<i>3'301</i>	<i>3'307</i>	<i>3'346</i>	<i>2'353</i>	<i>2'416</i>	<i>2'951</i>
	<i>Giornate Lstup</i>	<i>8'130</i>	<i>8'288</i>	<i>8'646</i>	<i>9'907</i>	<i>8'310</i>	<i>9'867</i>
Il Gabbiano	Giornate totali	4'073	3'203	3'106	3'770	3'531	2'849
	<i>Altre Giornate</i>	<i>1'294</i>	<i>708</i>	<i>1'156</i>	<i>1'358</i>	<i>784</i>	<i>142</i>
	<i>Giornate Lstup</i>	<i>2'779</i>	<i>2'495</i>	<i>1'950</i>	<i>2'412</i>	<i>2'747</i>	<i>2'707</i>
Teen Challenge	Giornate totali				1'027	2'646	2'535
	<i>Altre Giornate</i>				<i>972</i>	<i>2'050</i>	<i>1'477</i>
	<i>Giornate Lstup</i>				<i>55</i>	<i>596</i>	<i>1'058</i>
CRMT	Giornate totali	3'020	3'288	3'127	2'796	4'214	3'592
	<i>Altre Giornate</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>73</i>	<i>201</i>	<i>67</i>	<i>0</i>
	<i>Giornate Lstup</i>	<i>3'020</i>	<i>3'288</i>	<i>3'054</i>	<i>2'595</i>	<i>4'147</i>	<i>3'592</i>
<b>Totali</b>	Giornate totali	18'524	18'086	18'225	19'853	21'117	21'794
	<i>Altre Giornate</i>	<i>4'595</i>	<i>4'015</i>	<i>4'575</i>	<i>4'884</i>	<i>5'317</i>	<i>4'570</i>
	<b><i>Giornate Lstup</i></b>	<b><i>13'929</i></b>	<b><i>14'071</i></b>	<b><i>13'650</i></b>	<b><i>14'969</i></b>	<b><i>15'800</i></b>	<b><i>17'224</i></b>

Evoluzione del numero di posti e del tasso d'occupazione presso i Centri residenziali riconosciuti

		2009	2008	2007	2006	2005	2004
Villa Argentina	Tasso d'occupazione	85%	86%	89%	91%	79%	95%
	Posti riconosciuti	37	37	37	37	37	37
Il Gabbiano	Tasso d'occupazione	93%	73%	71%	86%	81%	65%
	Posti riconosciuti	12	12	12	12	12	12
Teen Challenge	Tasso d'occupazione				28%	72%	69%
	Posti riconosciuti				10	10	10
CRMT	Tasso d'occupazione	83%	90%	71%	64%	96%	82%
	Posti riconosciuti	10	10	12	12	12	12
<b>Totali</b>	<b>Tasso d'occupazione</b>	<b>86%</b>	<b>84%</b>	<b>82%</b>	<b>77%</b>	<b>81%</b>	<b>84%</b>
	<b>Posti riconosciuti</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>61</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>71</b>

*2.5.3 Valutazione generale sull'offerta stazionaria in Ticino*

L'offerta di posti letto all'interno delle strutture residenziali presenti sul territorio è sufficiente per rispondere alle esigenze di presa a carico stazionarie del Cantone. Per quanto le tre strutture, precedentemente descritte, offrano approcci diversi tra loro, la loro offerta risulta oggi non più sufficientemente differenziata rispetto alle attuali esigenze della popolazione tossicomane.

Due strutture (Villa Argentina e il Gabbiano) lavorano sul lungo periodo (18 mesi), mentre il CRMT sul medio termine (4-10 mesi). Tuttavia una specificità si manifesta in base al tipo di percorso proposto: nel percorso a lungo termine esiste una suddivisione in fasi durante le quali l'utente deve dimostrare di aver raggiunto gli obiettivi prefissati per poter evolvere nel percorso, mentre nel medio termine questa suddivisione non è prevista.

Gli approcci nelle presa a carico delle comunità differiscono in base alle rispettive filosofie d'intervento. Villa Argentina è una struttura specialistica per quelle situazioni di doppia-diagnosi che sono spesso difficili da seguire in altre strutture. Il Gabbiano si contraddistingue per il lavoro sul reinserimento professionale con un accompagnamento terapeutico orientato al percorso dell'utente. Il CRMT si presenta come un'opportunità per "fare un break" in periodo di consumo importante, nel quale le regole non sono necessarie.

La differenziazione dell'offerta riscontrata è un fattore certamente positivo, ma, come detto, deve essere rivista alla luce dei nuovi cambiamenti che stanno intervenendo nel campo delle tossicodipendenze.

Da un lato la cronicizzazione sta provocando dei grossi problemi alle strutture sanitarie classiche. L'aumento dell'età del consumatore rischia di provocare delle ricadute sui costi della presa a carico nei prossimi anni. La medicalizzazione di una parte delle strutture appare come una necessità per poter garantire una presa a carico mirata. Un numero crescente di persone con problematiche di tipo psichiatrico necessitano di un accompagnamento ancora più specifico, sia in ambito terapeutico che in ambito lavorativo. Anche l'aspetto del reinserimento professionale è diventato molto importante in una società estremamente esigente dal punto di vista lavorativo. In tale senso vanno trovate delle risposte soprattutto per le categorie (giovani adulti e cronici) che rischiano di trovarsi senza attività occupazionali.

*2.5.4 Raccomandazioni per le terapie residenziali*

Come indicato in precedenza, l'offerta di posti letto in strutture residenziali quantitativamente risponde alle esigenze del territorio. Non è quindi necessario un potenziamento, quanto piuttosto una riallocazione delle risorse: le offerte dovrebbero essere meglio orientate alle nuove esigenze di presa a carico, sia in termini di flessibilità, sia in termini di differenziazione delle prestazioni.

Il lavoro sviluppato negli ultimi tre anni dalle Antenne (Ingrado e Icaro) ha sicuramente avuto un impatto anche nel lavoro delle strutture residenziali. L'apertura dei due Centri di competenza per la somministrazione di terapie sostitutive (Lugano e Locarno) ha permesso di seguire meglio le persone tossicodipendenti con un consumo cronico. L'aumento del lavoro nei Centri di competenza e le nuove situazioni di politossicodipendenza indicano che sarebbe opportuno dotarsi di un centro con programmi di breve durata (massimo 3-4 mesi), che sia in grado di seguire gli utenti in un periodo di transizione molto delicato.

I dati statistici indicano che negli ultimi anni circa un quarto dei collocamenti si conclude in questo lasso di tempo. Per le garanzie concesse negli anni dal 2005 al 2009 si ha la distribuzione delle durate effettive dei collocamenti riportata nella tabella seguente.

Durata del collocamento	Numero di casi	Percentuale
Non attivate (zero giorni)	4	1.4%
Da 1 a 10 giorni	11	3.9%
Da 11 giorni a 1 mese	24	8.5%
Tra 1 e 2 mesi	15	5.3%
Tra 3 e 4 mesi	27	9.6%
Tra 5 e 6 mesi	22	7.8%
Tra 7 e 8 mesi	24	8.5%
Tra 9 e 10 mesi	49	17.4%
Tra 11 e 12 mesi	26	9.3%
Oltre 12 mesi	79	28.1%
<b>Totale garanzie concesse</b>	<b>281</b>	<b>100.0%</b>

È auspicabile un programma di presa a carico intermedio, inteso come un'opportunità verso un percorso a lungo termine, che permetta di orientare la persona verso una soluzione adeguata alle sue caratteristiche o come centro specialistico per le situazioni acute.

In tale senso si garantirebbe una maggiore differenziazione e la necessaria flessibilità dell'offerta, già auspicata nel Piano cantonale degli interventi 2005-2008, ciò che permetterebbe collocamenti più adeguati in Ticino.

I tre centri residenziali riconosciuti, benché complementari sulla carta, non sempre collaborano fattivamente tra di loro per il passaggio dei residenti da un centro all'altro. Inoltre, il CRMT, che avrebbe dovuto assumere pure una funzione di passaggio, in realtà colloca pochi utenti nelle due strutture di lunga durata. Le collaborazioni e le complementarità tra i centri dovranno pertanto essere oggetto di verifica e discussione nell'ambito dei contratti di prestazione, al fine di elaborare soluzioni concordate.

L'attuale quadro di finanziamento basato sul contratto di prestazione ha in genere dato buoni risultati. Tuttavia l'erogazione di risorse legate strettamente al riconoscimento delle giornate di cura (tasso di occupazione), considerata l'offerta di posti letto, ha suscitato una sorta di concorrenza istituzionale che rischia d'interferire con le esigenze dei programmi dell'utenza.

In questo senso, sarebbe auspicabile l'applicazione di un contratto di prestazione impostato su un quadro di finanziamento globale che ottimizzi il rapporto costo/benefici, non direttamente legato al tasso di occupazione.

Anche le progettualità in divenire (appartamenti protetti, attività occupazionali, seguito degli utenti prima e dopo il periodo residenziale) dovrebbero essere meglio definite.

Si pensi in particolare alla realizzazione/ampliamento di posti in appartamento protetto per pazienti a doppia diagnosi e/o pazienti cronici. Ricordiamo che il numero di utenti che abbisognano di un

collocamento a lungo termine, oltre i limiti temporali dati dai programmi terapeutici, è in continuo aumento (si veda il capitolo 2.6.1 *Invecchiamento e cronicizzazione della popolazione tossicomane*). Si tratta di una casistica già presente e che sta andando incontro a invecchiamento. Spesso, per questi pazienti, la garanzia finanziaria al collocamento (di regola limitata a 18 mesi) si esaurisce senza che sia stato possibile trovar loro una soluzione confacente.

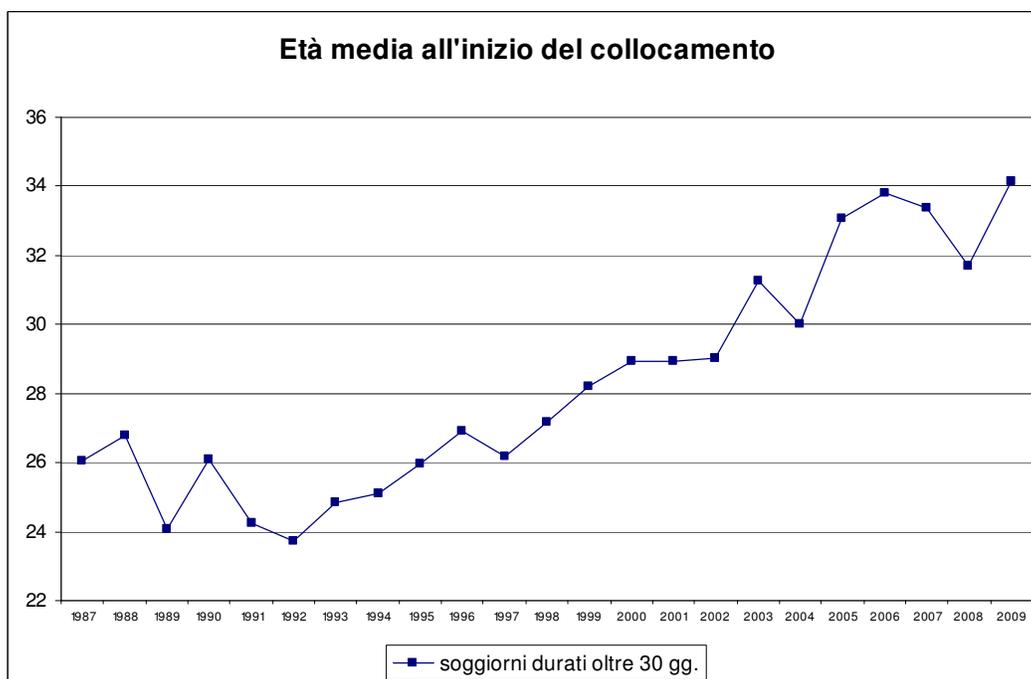
Per coloro che hanno ancora capacità, un altro settore meritevole di potenziamento delle prestazioni concerne il reinserimento occupazionale. Si tratta di prevedere l'ampliamento dell'offerta per quei pazienti che sono già stati dimessi dall'istituzione, ma che continuano a beneficiare di un accompagnamento esterno in un ambito lavorativo protetto<sup>12</sup>.

In qualche caso occorrerà prestare attenzione anche a quei pochi casi di madre bambino che porta a considerare l'opportunità di continuare a seguire delle madri con il loro figlio anche dopo la nascita di quest'ultimo. Un'ultima nota concerne il seguito di coppia. In genere la linea adottata è quella di collocare i due componenti di una coppia in sedi separate durante tutto l'arco della terapia. Tuttavia alcune di queste coppie pianificano in ogni caso un futuro di convivenza dopo la loro dimissione, ragione per cui sarebbe in taluni casi opportuno che possano sperimentare una situazione di convivenza già all'interno della comunità prima della dimissione.

## 2.6 Tematiche emergenti dell'intervento di rete

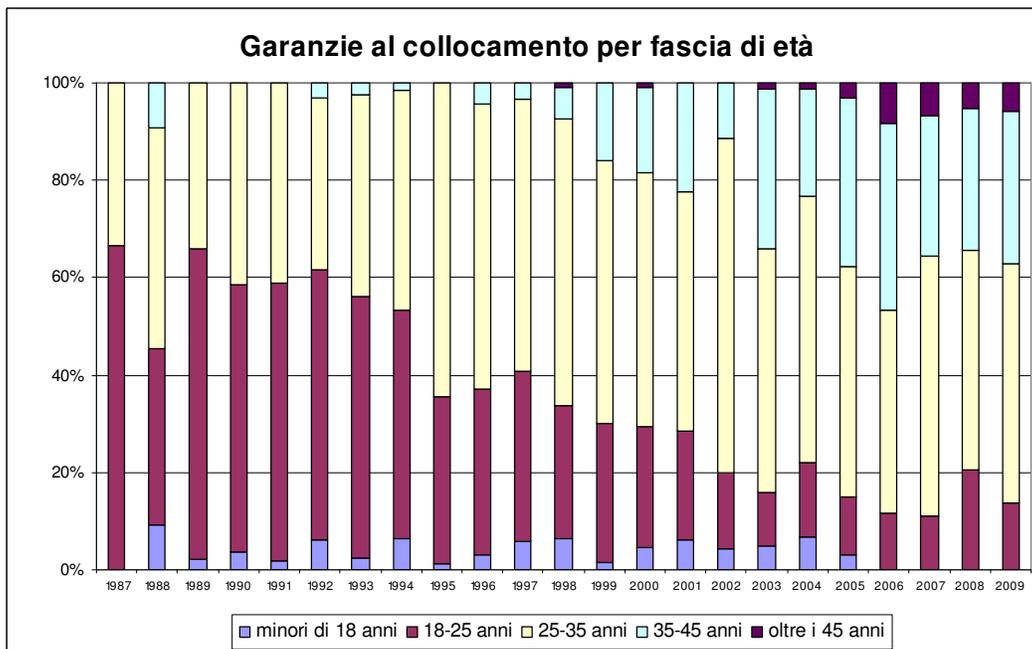
### 2.6.1 Invecchiamento e cronicizzazione della popolazione tossicomane

Dai primi anni '90 ad oggi, l'età media delle persone cui è stata concessa una garanzia finanziaria al collocamento ai sensi della LCStup è aumentata, in modo graduale, di ca. 10 anni.

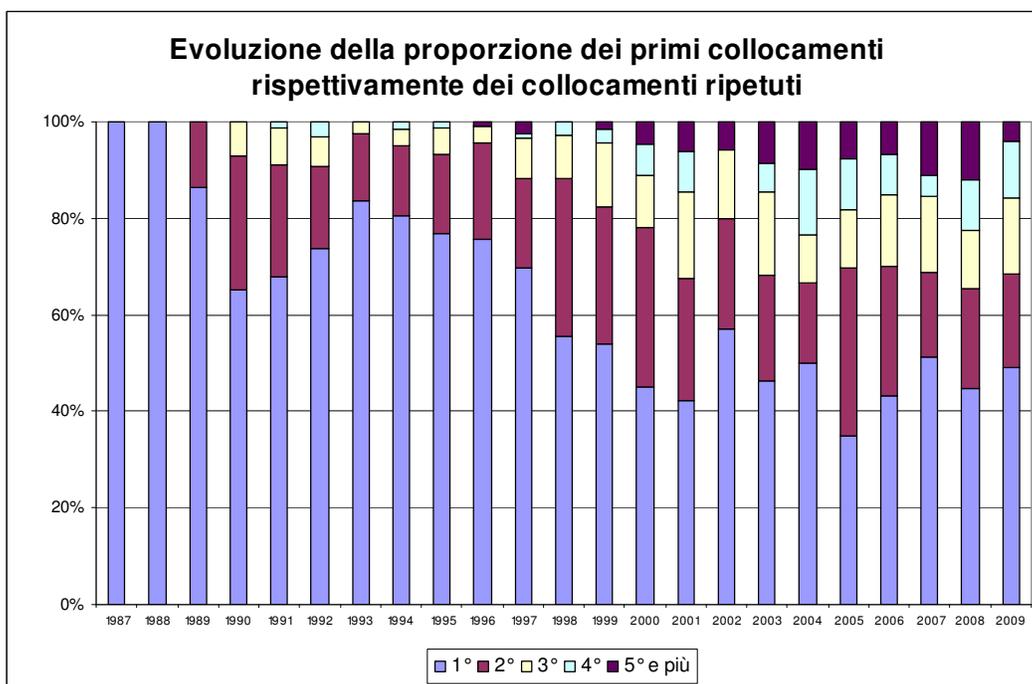


<sup>12</sup> Si veda il capitolo 2.5.3 *Il lavoro come terapia*.

Anche il quadro della ripartizione per fascia d'età dei collocamenti nei centri residenziali denota nel tempo (si veda il grafico seguente) una marcata diminuzione dei giovanissimi e dei giovani adulti e l'emergere di categorie ben più in là cogli anni.



I dati mostrano pure come, a fianco di persone al primo o secondo collocamento, col tempo sia apparsa una casistica di persone collocate più volte, a volte anche ad anni di distanza. Questo fenomeno ricorda come la tossicodipendenza possa cronicizzarsi e divenire una patologia recidivante: negli ultimi anni, meno della metà delle persone collocate erano al loro primo collocamento, mentre circa un quinto aveva già effettuato tre o più collocamenti (si veda grafico seguente).



Dalle analisi della casistica di utenti con problemi di dipendenza e dei loro decorsi negli ultimi anni presso il Centro abitativo ricreativo e di lavoro (CARL) dell'OSC e presso il Centro residenziale (CR) di Ingrado a Cagiallo emerge una necessità di strutture abitative intermedie, alternative e complementari a quelle esistenti.

La valutazione effettuata per la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e il CARL sottolinea l'esigenza di strutture abitative parzialmente protette. In questi ultimi anni le strutture si sono sempre più confrontate con una casistica che obbliga a riflettere su nuove e diverse modalità di presa a carico. Si tratta di persone, prevalentemente giovani, ma di fatto il fenomeno tocca ogni fascia di età, che dopo aver portato felicemente a termine un adeguato periodo di presa a carico in un Centro terapeutico (in Villa Argentina, al Gabbiano o al Centro residenziale di Ingrado), una volta dimesse, in tempi relativamente brevi ripresentano problemi legati all'uso dannoso di alcol e/o di altre sostanze. Numerosi sono quelli che hanno più volte usufruito in modo adeguato di una presa a carico in un Centro terapeutico. Poi, a volte dopo il terzo o quarto tentativo, ci si chiede giustamente che senso abbia riproporre loro qualche cosa che in realtà non ha mai portato a dei risultati definitivi. Sono persone a cui viene per finire proposta una presa a carico a tempo indeterminato in ambito istituzionale protetto.

In assenza di altre strutture idonee, di fatto al momento li si ritrova però poi in buona parte a Casvegno, ospiti del Centro Abitativo Ricreativo e di Lavoro (CARL), struttura di fatto destinata ad accogliere in primo luogo un altro genere di casistica, quali pazienti psicotici cronici o con gravi disturbi di personalità.

Dai dati che seguono, si evidenzia come ad inizio aprile 2010 gli ospiti del CARL con problemi di dipendenza o uso dannoso da alcol e/o altre sostanze (28) erano il 24,3% del totale degli utenti (115). Tuttavia non si vedono al momento e a medio termine altre soluzioni. Le persone in lista di attesa presso il CARL nello stesso periodo erano 47. Di queste, ben il 42,5% (20) con un problema di uso dannoso di alcol e/o altre sostanze.

Vi è poi da chiedersi quanto possa essere controproducente accogliere tutte insieme così tante persone con problemi di questo tipo.

Una possibile altra modalità per gestire al meglio queste persone potrebbe essere quella di accoglierle in appartamenti (3-4 persone per appartamento) almeno parzialmente protetti (vale a dire con ad esempio una presenza educativa la sera e i fine settimana).

Un percorso in un Centro terapeutico potrebbe allora avere a volte quale obiettivo il successivo collocamento in appartamenti di questo tipo, che si possono immaginare distribuiti nelle diverse regioni del Cantone. Un primo progetto potrebbe riguardare l'implementazione di due strutture pilota, una nel Sottoceneri e l'altra nel Sopraceneri.

#### OSC: Centro Abitativo Ricreativo e di Lavoro (CARL), dati aprile 2010

##### **Ospiti attualmente degenti presso una casa del CARL: 115**

di cui con problemi di dipendenza o uso dannoso di alcool e/o altre sostanze		} 28 (24,3%) (22 maschi e 6 femmine)
Sostanza d'abuso:	solo alcol:	11
	alcol e altre droghe:	8
	solo altre droghe:	9

##### **Persone in lista d'attesa al CARL: 47**

di cui con problema di dipendenza e uso dannoso di alcol e/o altre sostanze		} 20 (42,5%) (14 maschi e 6 femmine)
---	--	--

6 femmine)

Sostanze d'abuso:      solo alcol:                      5  
                                   alcol e altre droghe:              7  
                                   solo altre droghe:                8

Concordanti sono pure gli elementi che emergono dall'analisi effettuata dalla direzione di Ingrado per quanto riguarda l'attività degli ultimi 5 anni del Centro residenziale (CR) di Cagiallo (sia a livello di valutazioni delle singole prese a carico, che a livello statistico), dove si evidenzia l'esigenza di garantire nel tempo una presa a carico appropriata per una parte dell'utenza, caratterizzata da bisogni di intervento a lungo termine. Si tratta di un'utenza che presenta una problematica di dipendenza importante, combinata con una multi-problematicità a livello bio-psico-sociale (disturbi fisici, psichici, danni cognitivi, esclusione dal mondo del lavoro, emarginazione sociale, condizione di solitudine o problematiche famigliari, in varie combinazioni) che risponde positivamente nel contesto residenziale, ma che molto difficilmente riesce a mantenere la stabilità raggiunta, se dimessa in un contesto abitativo non protetto.

Al Centro residenziale (CR) vengono effettuati programmi di cura e riabilitazione di durata breve (2-4 mesi), media (5-9 mesi) e lunga (10-14 mesi). Nella tabella che segue sono presentati i dati riguardanti gli ultimi 5 anni, per numero totale di utenti presenti ogni anno al CR, numero totale di dimissioni nel corso dell'anno, suddivisi poi in numero totale di interruzioni (qualche drop-out, ma soprattutto dimissioni per impossibilità a definire un progetto comune ed interruzioni, anche solo temporanee, a causa dell'introduzione di alcolici al CR), numero di dimissioni al termine di un programma di breve, media e lunga durata. Infine viene indicata la percentuale, sul numero di dimissioni, di persone che rientrano in un proprio appartamento alla dimissione.

#### Centro residenziale Ingrado

	Totale utenti	Numero di dimissioni	Numero di interruzioni	Soggiorno breve	Soggiorno medio	Soggiorno lungo	Rientro in appart.
2005	69	49	11	18	16	4	95%
2006	70	53	14	15	17	7	93%
2007	67	50	12	22	10	6	100%
2008	67	53	12	22	11	8	96%
2009	70	54	19	26	5	4	92%

Dai dati emerge che in media sono degenti ogni anno presso il CR ca. 70 persone. Una cinquantina le dimissioni annuali, tra le quali si presenta una tendenza all'aumento dei programmi di breve durata, rispettivamente una diminuzione dei programmi di media durata. Alta (dal 92% al 100%) la percentuale di utenti dimessi in un loro appartamento autonomo, sia rientrando in quello che precedentemente avevano, che occupandone uno nuovo (oltre 10 casi all'anno).

Per quanto riguarda i programmi di lunga durata (da 4 a 8 dimissioni all'anno) si è spesso presentata la necessità di prolungare la permanenza oltre il limite concettualmente previsto: sui 29 programmi di lunga durata svolti al CR negli ultimi 5 anni, 9 utenti hanno effettuato una permanenza al CR di una durata superiore ai 15 mesi.

L'esigenza per questo tipo di programma nasce da una parte dai bisogni dell'utenza e d'altra parte a causa della mancanza, rispettivamente difficoltà a trovare adeguate soluzioni abitative protette a lungo termine. Alcuni utenti hanno negli anni trovato posto nei vari foyer per invalidi presenti sul territorio (trovando un adeguato supporto, soprattutto grazie anche al fatto che la problematica alcolica non era più attiva), altri hanno tentato con successo un reinserimento in un proprio appartamento appoggiandosi sulle strutture diurne e ambulatoriali, altri ancora (si tratta in particolare delle persone con una problematica di dipendenza non stabilizzata e con una comorbidità psichiatrica importante, sia per quanto riguarda gli aspetti psicopatologici, che per quelli neuropsicologici), hanno dovuto ricorrere a ricoveri ospedalieri e/o psichiatrici.

Le persone che al termine di una permanenza hanno dovuto essere ricoverate in Clinica psichiatrica cantonale negli ultimi 5 anni sono state 6 (1 nel 2005, 1 nel 2006, 0 nel 2007, 0 nel 2008, 4 nel 2009). Di queste risulta che una è in seguito stata ammessa al CARL.

Emerge quindi un'esigenza (qualitativamente importante, seppure quantitativamente non gravosa) di potere migliorare le risposte istituzionali e il tipo di presa a carico per questa tipologia di utenza. Possibili soluzioni potrebbero essere garantite da nuovi progetti di "appartamenti accompagnati" (per i quali Ingrado ha già impostato un progetto preliminare), mini-foyers o foyer di media grandezza e anche strutture maggiormente medicalizzate per l'utenza più gravemente compromessa.

Una possibile risposta, almeno parziale, a queste esigenze, è data dalla prevista introduzione, nel corso dell'estate 2010, da parte del Centro Residenziale (CR) di Ingrado, di uno specifico programma per lungodegenti, che possa rispondere in modo più mirato ed efficace ai bisogni identificati, con permanenze superiori ai 12 mesi, non limitate nel tempo. 4-6 posti (su 24) verranno quindi riservati a tale nuovo programma di presa a carico, in fase sperimentale fino alla fine del 2011, durante il quale affinare lo specifico concetto di intervento, verificando anche le esigenze di organico e la compatibilità e convivenza con gli altri programmi (di breve e media durata) del CR.

### *2.6.2 Problematiche alcol-correlate*

Da alcuni anni la stima a livello nazionale (dati: Addiction Info Suisse 2009, nuova denominazione dell'ISPA) del numero di persone che hanno sviluppato una forma di dipendenza da sostanze alcoliche è stabile: essa conferma il considerevole numero di 300'000 persone con una dipendenza alcol-correlata e ca. 600'000 persone che consumano alcol in quantità da esporsi a dei rischi per la salute di media importanza. Quindi l'8-10% della popolazione Svizzera fa un uso problematico di bevande alcoliche.

Un altro dato importante proviene dalla stima delle persone dipendenti da alcol attive professionalmente: esso si attesta tra il 3% ed il 5% della popolazione attiva, un dato che si correla strettamente con gli incidenti lavorativi dove l'incidenza del consumo/abuso alcolico varia dal 15% al 25%.

Siamo quindi sempre confrontati con un fenomeno di ampia portata, con ricadute importanti a livello sanitario (aspetti riguardanti la salute pubblica, le ospedalizzazioni, le terapie ambulatoriali), sociale ed economico.

È indubbio che un primo livello di intervento riguarda la politica delle dipendenze che, nello specifico rispetto all'alcol, gravita attorno ai temi legati all'accessibilità alla sostanza, alla politica dei prezzi ed alle possibili limitazioni in campo pubblicitario. Tutto ciò deve necessariamente essere inserito in un contesto di salute pubblica improntato su interventi di prevenzione ad ampio respiro.

È altrettanto indubbio che, riprendendo le cifre a livello nazionale del fenomeno (che percentualmente in grandi linee si ripropone anche a livello cantonale), vi è la necessità di interventi sociosanitari strutturati (presa in carico integrata e continuativa) da applicare nei differenti contesti sociali e territoriali.

### Le modalità d'intervento

Nel Cantone le prese a carico ambulatoriali vengono offerte da Ingrado che, attraverso i Consultori alcologia, offre interventi inter e multidisciplinari in tutte le realtà regionali ( con le sedi di Lugano, Bellinzona, Locarno, Biasca e Mendrisio-Chiasso).

Ad una prima valutazione della situazione dal profilo dello stato fisico, psichico, relazionale, socio-professionale e motivazionale, fa seguito un progetto di cura condiviso e personalizzato.

L'approccio parte da una prima consulenza generica su qualsiasi problematica legata ad un difficile rapporto con l'alcol (bere problematico) ad interventi di presa in carico di situazioni

maggiormente complesse dove la problematica alcolica assume la dimensione dell'abuso cronico con conseguente dipendenza psicofisica.

Per quest'ultime situazioni l'intervento assume la connotazione di un programma di cura finalizzato al recupero (ed in seguito al mantenimento, soprattutto con interventi di prevenzione alla ricaduta) del benessere psico-fisico ed al reinserimento socio-professionale.

Questi obiettivi vengono perseguiti garantendo il coordinamento dell'intervento multidisciplinare bio-psico-sociale, dedicando particolare attenzione sia agli aspetti organici (in stretta collaborazione con i medici curanti), che agli aspetti sociali (in collaborazione con gli enti sociali presenti sul territorio).

Sovente la gravità e la complessità della problematica necessita, oltre che un primo momento di disintossicazione fisica in ambiente ospedaliero (ricovero in ospedale o in clinica psichiatrica), di un programma di cura residenziale che Ingrado offre con la struttura stazionaria di Cagiallo (nel 2009: 70 persone hanno partecipato a un programma terapeutico-riabilitativo).

A seguito di un programma residenziale (nell'ottica della continuità dell'intervento), ma anche indipendentemente da quest'ultimo e quindi come ausilio ed integrazione ad un intervento ambulatoriale, vi è pure la possibilità di inserimento in un contesto semistazionario offerto a Bellinzona dal Centro diurno/ laboratori (nel 2009: 61 persone hanno frequentato questa struttura).

#### Dati statistici e intervento di rete

Nel corso del 2009 Ingrado, a livello ambulatoriale, ha trattato 1'300 casi. Di questi, 227 erano nuove segnalazioni.

La casistica si presenta variegata: si va da consulenze brevi incentrate sulla difficoltà nella gestione del consumo alcolico, a situazioni maggiormente complesse, nelle quali emergono problematiche a livello somatico (compromissioni organiche, soprattutto epatiche e neurologiche), psicologico/psichiatrico (di sovente siamo in presenza di una doppia diagnosi, soprattutto aspetti depressivi e di disturbo della personalità), relazionale (deterioramento delle relazioni familiari) e sociali (compromissione delle capacità lavorative, di socializzazione, aspetti delinquenziali, depauperamento economico).

Tali situazioni necessitano un intervento integrato, multidisciplinare e soprattutto continuativo atto a mobilitare la rete d'intervento socio-sanitaria presente sul territorio.

Nell'attuazione di questi interventi Ingrado collabora fattivamente: in ambito sanitario con gli ospedali e le cliniche pubbliche e private, i medici generici e specialisti, i Servizi psico-sociali e medico-psicologi e il Servizio di psichiatria e psicologia medica; in ambito sociale con i Servizi sociali cantonali e comunali, l'Ufficio del tutore ufficiale e le Commissioni tutorie regionali; in ambito di esecuzione delle pene e delle misure con l'omonima Sezione, il Penitenziario cantonale, il Patronato penale, la Magistratura e l'Ufficio giuridico della circolazione.

Rispetto a tutta la casistica trattata ambulatorialmente nel corso del 2009 (1'300 utenti) emergono i seguenti elementi socio-demografici.

Il 65% dell'utenza è costituito da uomini (35% da donne); la media età è di 45 anni, le fasce d'età più rappresentate sono tra 40-50 anni con il 29,5%, 50-60 anni con il 29%, 30-40 anni con il 17% e 60-70 anni con il 16%.

Rispetto allo stato civile si sono rilevati i seguenti dati: il 38% è coniugato/a, il 32% è celibe/nubile, il 26% divorziato/a e il 4% vedovo/a.

La nazionalità dell'utenza è variegata, anche se la maggioranza è di nazionalità svizzera (75%), seguita da quella italiana (12%), portoghese (3%) e dalle nazioni balcaniche (3%).

Il restante 7% è composto da innumerevoli nazionalità (Germania, Spagna, Francia, Brasile, Kenia, Russia, Austria, Cuba, Danimarca, Inghilterra, Perù, Repubblica Dominicana, Somalia e altre ancora).

Rispetto ai casi nuovi del 2009, che raggiungono le 227 unità, risultano i seguenti elementi socio-economici e clinici.

Nel 35% dei casi la fonte di reddito è data da attività lavorative, il 23% dall'assistenza sociale, il 21% dall'assicurazione invalidità, l'8% dal sostegno del partner, il 6% dal sostegno dei genitori o conoscenti, il 4% dall'assegno disoccupazione ed il restante 3% da altre fonti.

Le istanze coinvolte nella domanda d'intervento sono differenziate. Per il 22% vi è una richiesta su propria iniziativa, il 20% è costituito da ospedali e cliniche, il 12% dalla famiglia, l'8% da studi medici, il 7% dal coniuge, il 7% dai servizi sociali, il 5% dalla autorità giudiziaria e il 5% dai datori di lavoro.

Il 95% presenta una problematica di dipendenza associata alle seguenti problematiche: professionali (38%), psichiche (29%), relazionali (26%), famigliari (24%), finanziarie (19%), di alloggio (14%), giudiziarie (5%) e somatiche (3%).

Rispetto al consumo di alcol abbiamo un consumo giornaliero per l'80% della casistica (consumo quantitativamente massiccio, il 50% consuma giornalmente più di 10 bicchieri standard, con sovente forte impregnazione etilica), un consumo settimanalmente frequente per il 18,5%.

Al consumo alcolico si aggiunge nel 13% dei casi il consumo di canapa, del 7% dei casi di cocaina e nel 3% dei casi di eroina. Questi dati sembrano però sottostimare il reale consumo di altre sostanze psicoattive e potrebbero essere influenzati dal fatto che, trattandosi di nuovi casi, il consumo di altre sostanze non è ancora stato dichiarato e quindi per ora non rilevato.

Infine i dati rilevati rispetto alla situazione psichica.

Nel 70% dei casi vi è la presenza di stati d'ansia ed in generale di una tensione grave, nel 44% dei casi di grave depressione, nel 24% dei casi difficoltà nel controllare i comportamenti violenti, nel 17% dei casi di pensieri suicidali persistenti, nel 14% dei casi di difficoltà di memoria e concentrazione e nel 3% dei casi di allucinazioni. Infine nel 24% dei casi i problemi psichici presenti vengono curati farmacologicamente.

### L'abuso alcolico giovanile

In conclusione, appare utile soffermarsi su una tematica di indubbia attualità: il consumo ed abuso di alcolici da parte della fascia giovanile.

Appare evidente che la percezione sociale diffusa presenta segnali di allarme e preoccupazione, parallelamente il sistema mediatico da alcuni anni tende a fotografare con sempre più insistenza i vari accadimenti (dati del consumo, ospedalizzazioni, incidenti, atti di violenza e vandalici, nuove tipologie di comportamento) e, conseguentemente, anche l'opinione pubblica, il mondo politico hanno iniziato ad interessarsi e riflettere sull'argomento, elaborando altresì proposte operative.

In Ticino il fenomeno si manifesta, come del resto anche nelle altre regioni nazionali ed internazionali, soprattutto durante i fine settimana o in occasioni particolari di aggregazione sociale.

L'unica indicazione numerica rilevata è il ricorso al pronto soccorso ospedaliero a causa di un'intossicazione acuta da abuso alcolico. Questa è quantificata in più di 200 ospedalizzazioni all'anno (in predominanza di sesso maschile, da rilevare comunque la tendenza ad un aumento della presenza di soggetti di sesso femminile).

Da una prima analisi di questo fenomeno emerge un elemento importante: per una parte di questi ragazzi l'esperienza dell'approdo presso un pronto soccorso (in alcuni casi con trasporto in ambulanza o tramite la polizia) sembra servire a prendere coscienza della gravità dell'accaduto, facendo in modo che non accada più, differentemente per un'altra parte di giovani sembra che questo cambiamento non intervenga, tanto da portarli in breve tempo a nuovi episodi di abuso con conseguente ricorso al nosocomio. Chiaramente la preoccupazione maggiore è rivolta verso questi ultimi, sia per quel che riguarda la pericolosità immediata (incidenti, violenza), che quella a medio-lungo termine (sviluppo di dipendenza).

Oltre alle indicazioni sopra riportate occorre rilevare negli ultimi anni un aumento delle segnalazioni ai consultori in alcologia riguardanti giovanissimi. In taluni casi si trattava di minorenni che presentavano un comportamento d'abuso di sostanze alcoliche.

L'origine delle segnalazioni erano i genitori, la Magistratura dei minorenni, la scuola, gli ospedali, in un caso una pediatra.

Se si fa una considerazione quantitativa, si è tuttora di fronte a piccoli numeri, ma sicuramente significativi rispetto ad un fenomeno dato in crescita ed al quale è necessario rispondere con un'attitudine specifica, proponendo interventi mirati.

In un primo momento si sono raccolte informazioni riguardanti le modalità generali e d'intervento presenti in altre realtà svizzere (contesti cantonali o cittadini quali Berna, Ginevra, Zurigo, San Gallo, Aarau), costruendo una mappatura di ciò che viene attuato e che, presumibilmente, potrebbe essere proposto in Ticino.

In questo modo nel corso del 2010 sarà possibile concretizzare un'offerta di consulenza e presa in carico specifica per le fasce giovanili che presentano comportamenti d'abuso alcolico.

### *2.6.3 Raccomandazioni per le tematiche emergenti dell'intervento di rete*

In crescita è una casistica ormai cronicizzata, recidivante, per la quale l'offerta del percorso, sinora classico, di presa a carico terapeutica di lunga durata non risulta essere sempre efficace. Si tratta pertanto di trovare nuove forme di presa a carico, che permettano di sostenere queste persone nel lungo periodo: mancano posti protetti, sia in ambito residenziale, che di laboratorio, dopo la fine del mandato terapeutico residenziale.

Il potenziamento delle prestazioni medico-clinico e infermieristiche di una parte delle strutture appare ormai come una necessità: un numero crescente di casi con aspetti psichiatrici necessita di un accompagnamento più specifico, sia in ambito terapeutico, sia in ambito lavorativo.

Pure il reinserimento professionale diviene sempre più problematico in una società molto esigente dal punto di vista lavorativo. In tal senso vanno trovate risposte soprattutto per categorie (giovani adulti e cronici) che rischiano di trovarsi senza attività occupazionale: si tratta di sostenerne il reinserimento lavorativo già durante la fase di collocamento residenziale.

L'aumento del lavoro ambulatoriale nei Centri di competenza, le nuove situazioni di politossico-dipendenza, la casistica con problematiche alcol-correlate e la presenza di un'utenza cronicizzata e recidivante, sono tutti fattori che indicano la necessità di consolidare l'attuale rete di presa a carico. Ciò potrebbe avvenire tramite un'offerta basata su collocamenti di breve durata (3-4 mesi), impostata in modo tale da poter poi seguire e sostenere l'utenza sul medio-lungo termine. Una parte di questa casistica, una volta stabilizzata, potrebbe essere accolta in appartamenti protetti.

Per quanto possibile, va ricercata una complementarità tra interventi basati sulla Legge d'applicazione della Legge federale sugli stupefacenti (LCstup) e misure di pertinenza della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI).

### III PILASTRO: LA RIDUZIONE DEL DANNO

#### 3.1 Accoglienza a bassa soglia

Nell'approccio alle problematiche legate alla tossicodipendenza si è spesso identificato un livello di intervento particolarmente centrato e strutturato su un approccio definito comunemente di "bassa soglia". Questo tipo di impostazione è volta a raggiungere una popolazione tossicomane che non sempre entra nella rete tradizionale di presa a carico, che non accetta un seguito strutturato o fatica a mantenerlo nel tempo. "Bassa soglia" è dunque la denominazione tradizionale per riferirsi a quegli interventi nei quali la "soglia" (appunto) di accesso alle offerte è tenuta molto "bassa" e, quindi, facilmente avvicinabile da parte dell'utente tossicodipendente. Tenendo come riferimento questo universo semantico, possiamo identificare due fondamentali approcci di "bassa soglia": il primo che fa capo a Centri di accoglienza dove l'utente si reca e il secondo in cui l'accesso all'offerta è garantito dalla presenza e dall'attività di operatori di strada, che vanno fisicamente nei luoghi di vita delle persone tossicodipendenti.

Per quanto riguarda i Centri di accoglienza, già nella precedente edizione del Piano cantonale degli interventi (2005–2008) si era auspicato come, l'apertura di simili strutture, costituisse "una delle risposte più adeguate per far fronte al bisogno delle persone che vivono situazioni di emarginazione derivanti dal consumo di droghe." L'auspicio emerso nel precedente Piano cantonale degli interventi di offrire a queste persone un riferimento sul territorio di Lugano di una struttura di "bassa soglia", è stato reso operativo a partire dal 1° gennaio 2006 ed è tutt'ora in corso con uno sviluppo interessante ed articolato a livello di impatto sull'utenza e sul territorio.

Per quanto riguarda Locarno, come era stato sollecitato nel precedente Piano cantonale, ancora non si è proceduto in questo senso. Sempre nell'ottica dell'intervento di "bassa soglia", ma nel senso dell'intervento di prossimità, si è andata sempre più consolidando la figura dell'operatrice di prossimità attiva a Lugano da novembre 2002. Si struttura, con la presenza dell'operatrice di prossimità, quell'intervento di arginamento della cronicità (o ad un suo decorso troppo celere) che si sviluppa attraverso l'appoggio a strutture specifiche di presa a carico, a partire da quelle a bassa soglia (CAD) di carattere semiresidenziale.

##### 3.1.1 Centro diurno di accoglienza (CAD)

Nella precedente edizione del Piano cantonale degli interventi veniva sottolineato come "al centro dell'attenzione terapeutica non vi è quindi prioritariamente il tipo di consumo o la necessità di giungere rapidamente all'astinenza, bensì lo stato di salute della persona dipendente." E lo stato di salute, l'arginamento del suo degrado, la creazione di un contesto accogliente e funzionale a una diminuzione dello stress della strada sono stati alcuni dei punti prioritari di intervento del CAD di Lugano nella consapevolezza, come ancora recitava il Piano cantonale degli interventi 2004 – 2008, che "il consumo di droghe rappresenta, nella vita della maggioranza delle persone dipendenti, una fase transitoria, attraverso le misure di questo pilastro si intende aiutare la persona a "transitare" da questa fase, senza riportarne danni duraturi. Non appena la persona riesce a stabilizzare il suo equilibrio di vita, si tenterà di condurlo verso misure in grado di metterlo in condizione di nuovamente gestire la propria vita". Da qui la valutazione dell'efficacia che un simile spazio di accoglienza e intervento fosse inserito all'interno di una struttura multifunzionale attiva nel campo delle tossicodipendenze, come è avvenuto per il CAD a Lugano.

Il Centro di accoglienza a bassa soglia a Lugano si colloca dunque in un complesso di servizi quale è oggi Ingrado, a soglia differenziata e con possibilità articolate e modulari di presa a carico. Infatti, al Centro a bassa soglia si affiancano: l'ambulatorio infermieristico nel quale viene gestita la somministrazione di farmaci sostitutivi, da un lato, e delle altre farmacoterapie, dall'altro; il Centro di competenza al quale l'ambulatorio infermieristico fa capo con la figura del medico psichiatra e

dello psicologo per le prese a carico cliniche; il Centro di consulenza e aiuto per il seguito più squisitamente educativo e sociale.

La coesistenza sotto un unico tetto, non solo metaforico o giuridico, ma anche fisico di più branche di intervento con i loro differenti specialisti, finisce per offrire alla persona con problemi di tossicodipendenza e di abuso una gamma di offerte attrattive e risponde ad una esigenza di “non dispersione” dell’intervento alla quale il paziente tossicodipendente è molto sensibile e ne accentua la vulnerabilità della presa a carico.

Il Centro diurno di accoglienza (CAD), nato e sviluppatosi nei primi 12 mesi di attività del 2006 sull’intervento di riduzione del danno, ha confermato, negli anni successivi e fino ad oggi, la risposta ai bisogni dell’utenza più disagiata e critica (sia soggettivamente parlando, che nella dimensione oggettiva delle manifestazioni comportamentali) fornendo una piattaforma minima attorno alla quale l’utente transita, dentro la quale l’utente trova le risposte ai bisogni primari e soddisfa quelle esigenze legate alla cura del proprio corpo (igiene personale) e del sé (momenti di “stacco” dallo stress della strada) che gli consentono di rallentare, e a volte interrompere, il processo di degrado e di marginalizzazione in atto.

Si ricordava nel precedente Piano cantonale come la riduzione del danno non rappresenti un’alternativa all’uscita dal problema della tossicodipendenza, ma un intervento volto a “minimizzare i rischi sanitari e sociali a cui si espone il consumatore di droghe illegali” da un lato, quanto anche, dall’altro, un intervento utile nell’intervenire “sui pregiudizi sociali che possono aumentare l’isolamento e impedire il recupero delle persone tossicodipendenti.”

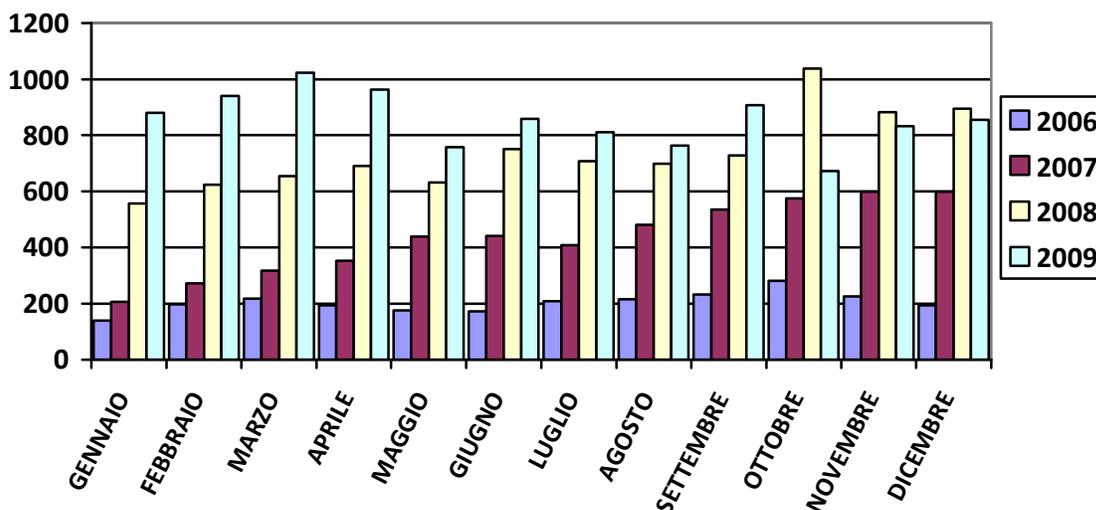
Il CAD a Lugano, proprio grazie al suo inserimento in un contesto clinico/sociale articolato quale è la struttura di Ingrado/sostanze illegali, si è prestatato a garantire un intervento a bassa soglia di due tipi. Questo pur mantenendo la sua vocazione iniziale, in linea con le direttive cantonali e federali, di rientrare nel terzo pilastro della politica federale in materia di droga e, cioè, quello della riduzione del danno.

L’identificazione di questi due filoni di intervento a bassa soglia deriva in larga misura proprio dall’inserimento del Centro di accoglienza diurno in un complesso di offerte differenziate e si basa sulla popolazione di utenza con la quale gli operatori sono confrontati nel corso dell’apertura del centro.

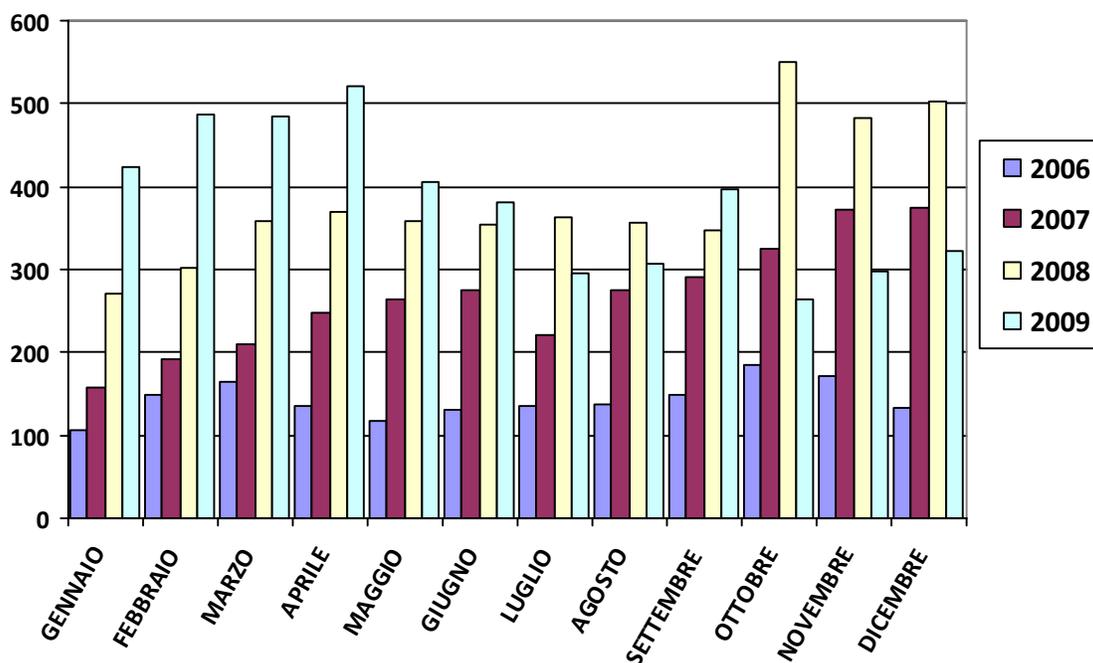
Da un lato vi è un’utenza che accede al CAD esclusivamente (o quasi) per usufruire delle offerte a bassa soglia legate all’igiene e all’alimentazione o, quando arrivano aiuti in questo senso, al guardaroba a disposizione dei più bisognosi. È un’utenza ricorrente, che si avvicina con una certa irregolarità al Centro, beneficiando delle prestazioni qui erogate.

Dall’altro si assiste alla presenza di un’utenza che potremmo definire stabile, che affianca alle prestazioni terapeutiche specialistiche (medico-infermieristiche) lo stazionamento al Centro per occupare il resto della giornata o per impiegare il tempo in attesa delle prestazioni infermieristiche che vengono distribuite nel corso della giornata. Tutto ciò in uno sforzo teso a non lasciare a disposizione dell’utente un’eccessiva quantità di medicinali con il rischio di un abuso immediato. In più ci sono quegli utenti particolarmente disagiati per i quali viene stabilito con l’operatore del Centro di Competenza o del Centro di consulenza e aiuto (anche con l’accordo del tutore e/o della CTR di competenza) un programma di presenza al CAD per il quale occorre una strutturazione maggiormente definita e di un seguito più differenziato rispetto alla restante popolazione afferente ai servizi.

*Andamento presenze negli anni*



*Andamento pasti mensili*



**3.1.2 Lavoro di prossimità**

L'altro vertice dell'intervento di prossimità è quello rivolto al territorio con una presenza che si inserisce nel tessuto urbano nelle zone particolarmente sollecitate dalla presenza di una popolazione tossicomana, come pure interventi nei luoghi di vita delle persone afflitte dalla tossicodipendenza. Tra gli obiettivi di questo intervento c'è indubbiamente quello di favorire l'aumento di persone con problemi di dipendenza disponibili ad una presa a carico da definire. Questo è uno degli obiettivi della riduzione del danno: favorire l'accesso alle "cure di base" e alla consulenza medico-sociale puntuale e non necessariamente strutturata volta a un percorso emancipativo dalla sostanza. In questo ambito rientra la facilitazione all'accesso da parte

dell'operatore di prossimità alle strutture a bassa soglia e in particolare al Centro di accoglienza diurno (CAD). Importante anche, nel lavoro di strada sviluppato in questi anni, il tentativo di favorire le relazioni significative che possano portare le persone con problema di dipendenza ad una messa in discussione della loro situazione ed alla richiesta di una presa a carico strutturata. Un simile obiettivo viene sviluppandosi in rapporto alla presenza, costanza e stabilità del rapporto che l'operatrice riesce a strutturare nel tempo con una disponibilità all'incontro, che si rinnova grazie alla frequentazione degli spazi di vita dell'utenza.

La disponibilità alla presa a carico è un passo importante, che diviene un obiettivo secondario alla strutturazione della relazione. La presa a carico può rientrare nell'ambito della riduzione del danno o svilupparsi in un programma finalizzato ad un percorso astinenziale. Nel primo caso l'aggancio con l'operatore di prossimità tende a essere mantenuto con l'affiancamento, a livello ambulatoriale, di un operatore del settore, nel secondo caso la strutturazione di un percorso astinenziale porta inevitabilmente ad una progressiva perdita di contatto con l'operatore di prossimità, in quanto si avvia l'iter che conduce alla comunità terapeutica. L'intervento di strada è volto anche a favorire la riduzione dei casi per overdose e/o di morte in generale. La questione relativa all'overdose o alla morte è un elemento di drammatica quotidianità, che inerisce l'uso-abuso di sostanze. Le valutazioni in merito alla verifica di questo tipo di obiettivo sono molto difficili e ricavabili indirettamente da altri fattori, come la presenza dell'operatrice, l'accesso a prese a carico più strutturate, l'intervento diretto in caso di crisi ecc.

La presenza dell'operatore di prossimità nei luoghi di vita fa sì che, spesso l'unica interlocutrice della rete che entra in contatto con l'utente nel momento della rottura dei legami con il resto degli specialisti, e la rottura dei legami nella fase astinenziale, sia proprio lei con la possibilità di una sensibilizzazione diretta e un'attenzione particolare alla persona segnalata.

Grazie ai citati legami favoriti nell'intervento di prossimità si tenta di favorire la riduzione dei rischi di contagio e infezioni (HIV, epatite, ecc.) nell'ottica di una responsabilizzazione verso sé stessi e verso gli altri. La riduzione dei rischi di contagio e infezione si produce mediante il lavoro di responsabilizzazione dell'utente, da un lato, e la trasmissione diretta di informazioni in merito, sfruttando le competenze conoscitive dell'operatore di prossimità, ma anche attraverso attività specifiche di distribuzione di materiale informativo specifico in collaborazione con le altre istanze attive sul territorio che si occupano di queste tematiche. La responsabilizzazione verso sé stessi si realizza pure grazie all'accompagnamento da parte dell'operatore di prossimità dal medico o ai controlli di routine e al mantenimento del trattamento farmacologico specifico.

### **3.2 Raccomandazioni per la riduzione del danno**

Nel precedente Piano cantonale si era auspicata l'apertura di Centri di accoglienza a bassa soglia (CAD), auspicio divenuto operativo con l'apertura nel 2006 a Lugano di una tale struttura. Per l'intervento di prossimità, si è andata consolidando la figura attiva a Lugano da fine 2002.

La priorità in questo ambito è la verifica della possibilità di meglio coprire, ad esempio tramite Centri d'accoglienza diurni e lavoro di prossimità, i bisogni a bassa soglia su tutto il territorio cantonale.

## IV PILASTRO: LA REPRESSIONE

### 4.1 Introduzione e visione generale

Da diversi anni la produzione di eroina in Afghanistan e di cocaina in Colombia, maggiori produttori mondiali, supera ampiamente la domanda. In Europa la cocaina non è mai venuta a mancare nonostante l'aumento dei sequestri segnalati a livello mondiale.

La crisi finanziaria ha portato sul mercato droga più pura a prezzi più bassi. Il rischio, già più volte evidenziato, è quello di assistere ad un aumento del numero dei consumatori e del consumo di droga.

In Svizzera il traffico e lo spaccio di eroina sono tuttora dominati da persone di etnia albanese, che tuttavia hanno ceduto lo spaccio da strada ai tossicomani locali ed a richiedenti l'asilo di altre nazionalità (georgiani, turchi, iracheni, ecc.). Il consumo di questa sostanza da parte di tossicomani cronici resta costante.

Per contro il mercato svizzero della cocaina è in continua espansione ed il prezzo continua ad essere basso. Il traffico e lo spaccio sono in mano a persone di diverse nazionalità: cittadini svizzeri, italiani, libanesi, sudamericani, dominicani, dell'Africa occidentale e dell'Europa sud-orientale. I principali punti d'entrata della cocaina in Europa sono la Spagna e l'Olanda, nazioni nelle quali risiedono spesso anche i fornitori dei trafficanti operanti in Svizzera. I corrieri provengono dall'Africa, dal Brasile, dalla Repubblica Dominicana o dall'Europa.

L'intensificazione dei controlli in Olanda, in particolare all'aeroporto di Amsterdam-Schiphol, per tutti i voli provenienti dalle Antille olandesi e da altri voli a rischio provenienti dal Sud America, ha in parte comportato il trasferimento del traffico verso altri aeroporti europei e quindi anche verso quello di Zurigo, oppure verso altre vie di contrabbando (treni transfrontalieri, autovetture, ecc.).

Il nostro Paese è ben collegato alle vie di comunicazione internazionali e alle regioni di produzione e di transito della cocaina quali l'America latina, l'Africa occidentale e i Caraibi. In Svizzera il consumo è elevato e la vicinanza di Italia, Francia e Germania pone il nostro Paese al centro dei tre mercati di consumo più grandi d'Europa. Vi è pertanto il rischio che in futuro il traffico di cocaina transiti maggiormente attraverso la Svizzera.

In Svizzera la canapa viene tuttora coltivata in quantitativi importanti, ma comunque minori rispetto a quelli riscontrati gli anni scorsi; le installazioni e le colture sono infatti meno numerose. Spesso, molti consumatori coltivano canapa per il proprio consumo personale e non hanno quindi bisogno di procurarsela altrove. Visto che la produzione indigena è diminuita, sono aumentate le importazioni.

Per quanto concerne l'ecstasy, le anfetamine ed in genere tutte le droghe sintetiche, la loro richiesta varia a dipendenza della disponibilità sul mercato, quest'ultimo ampiamente "coperto" dalla cocaina, che ha di conseguenza surclassato queste sostanze.

Particolare attenzione viene comunque mantenuta su tutte le droghe sintetiche o "droghe progettate", sia per la loro pericolosità, visto che vengono fabbricate in laboratori clandestini e con ogni tipo di sostanza chimica, sia per l'ampia offerta e la facilità d'acquisto, soprattutto tramite internet. Recentemente, anche nel Cantone Ticino è stata spacciata una sostanza come se fosse della cocaina, mentre invece era composta da "butylone" o MBDB (derivato sintetico dell'anfetamina) e da phenazepam (un ansiolitico), che ha portato al ricovero in ospedale di alcuni giovani colti da male.

## 4.2 Situazione nazionale

In Svizzera nel 2009 sono stati registrati complessivamente 49'859 denunce di violazione alla legge federale sugli stupefacenti (47'591 nel 2008).

Nell'ambito di questi casi sono state identificate 85'742 infrazioni:

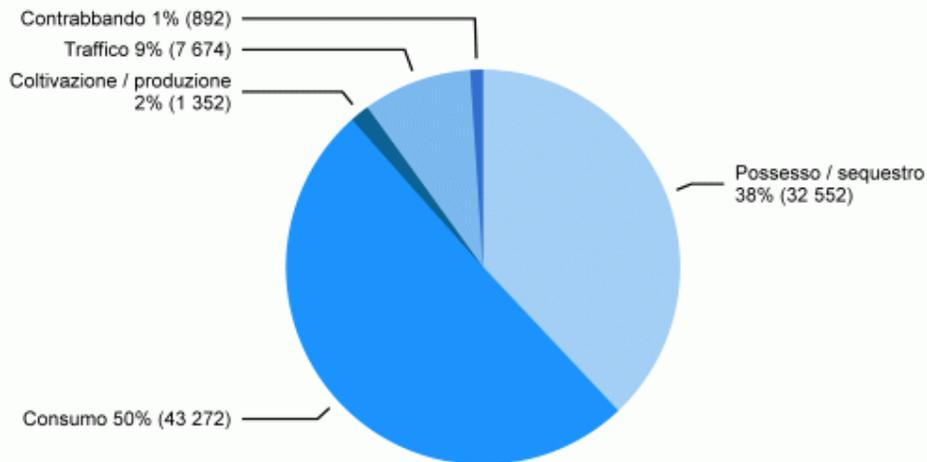
- circa il 50% di queste era legata al consumo, prevalentemente di prodotti della canapa (62%);
- nel 13% circa dei casi di consumo sono state rilevate contemporaneamente varie sostanze illegali;
- l'83% circa delle persone denunciate per il consumo e il 98% degli accusati, denunciati per la coltivazione di sostanze illegali, erano cittadini svizzeri e stranieri residenti permanenti;
- per il traffico e il contrabbando, la quota scende invece rispettivamente al 62% e al 49%. Per queste due forme d'infrazione cresce sensibilmente la quota di imputati stranieri non appartenenti alla popolazione residente permanente in Svizzera.

### Dati statistici in breve

*(Informazioni più ampie e dettagliate sono pubblicate dall'Ufficio federale di statistica, Statistica criminale di Polizia (SCP) 2009, Neuchâtel)*

#### Ripartizione per tipo di reato

**Legge sugli stupefacenti: ripartizione secondo il tipo di reato (CH)**



Stato della banca dati: 10.2.2010

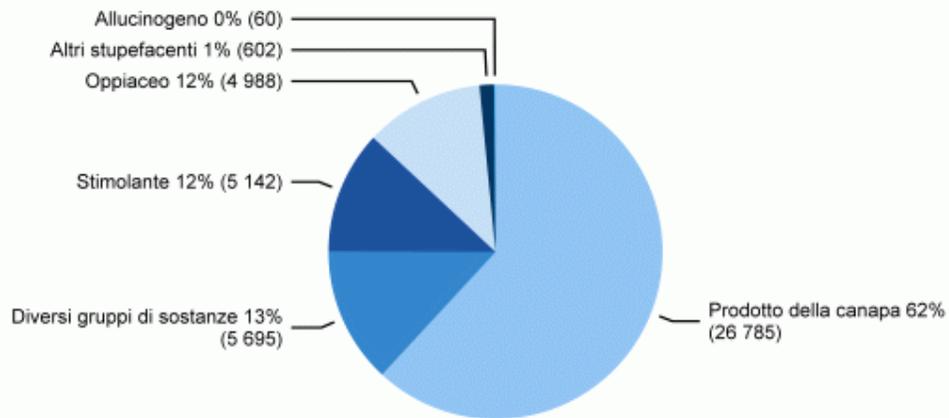
Fonte: SCP

© 2010 UST

Le infrazioni alla legge sugli stupefacenti chiaramente connesse al consumo personale sono perseguite come contravvenzioni. Se però si configurano forme di traffico di sostanze illegali, le infrazioni sono considerate crimini o delitti a seconda della quantità e del modus operandi (in banda, a scopo di lucro, ecc.) e sono passibili di sanzioni più gravi.

### Ripartizione per sostanze consumate

#### Legge sugli stupefacenti: consumo secondo la sostanza illegale (CH)



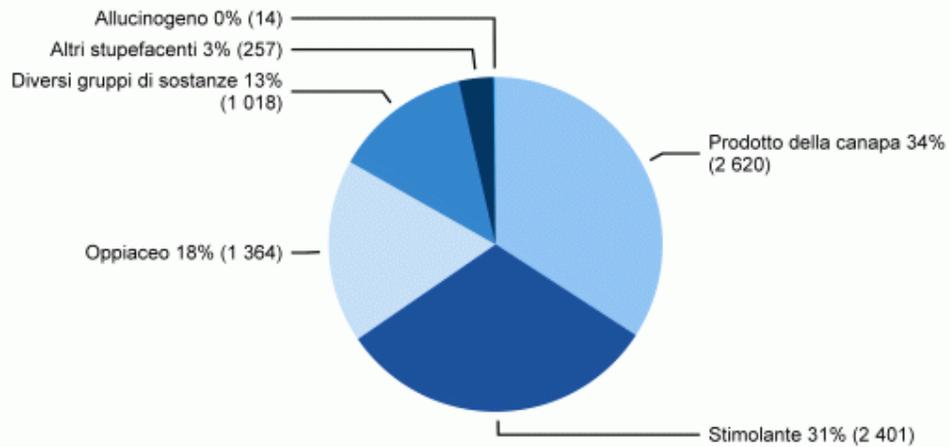
Stato della banca dati: 10.2.2010

Fonte: SCP

© 2010 UST

### Ripartizione per tipo di sostanze trafficate

#### Legge sugli stupefacenti: traffico secondo la sostanza illegale (CH)



Stato della banca dati: 10.2.2010

Fonte: SCP

© 2010 UST

### 4.3 Situazione cantonale

Nel 2009 sono state registrate 2'226 infrazioni alla Legge federale sugli stupefacenti, per complessivi 3'566 reati, che hanno visto coinvolte 1'693 persone. Il 10% sono minorenni, il 50% stranieri (circa la metà residenti in Ticino).

Il centinaio di arresti effettuati (60 nel 2008) è un ottimo indicatore delle strategie in atto: il 65% è legato a traffici di cocaina, il 25% di eroina, mentre l'8% di canapa e suoi derivati.

Dei 1'600 consumatori fermati, il 55% lo è stato per uso di derivati della canapa, il 20% per uso di stimolanti (fra cui cocaina) e il 9% per uso di oppiacei (eroina o metadone).

La repressione dello spaccio di strada resta una delle priorità della Sezione antidroga (SAD) della Polizia cantonale. In questo contesto, le inchieste evidenziano che i responsabili dei reati di questo genere sono spesso dei clandestini d'origine africana sovente privi di documenti.

Sul fronte della canapa, gli agenti della Polizia cantonale hanno operato in tutto il cantone per estirpare piantagioni di piccola e media grandezza. In totale sono state 3'000 le piante sequestrate, interamente destinate all'uso come stupefacente.

La cocaina è una sostanza sempre più ricercata. Lugano è sicuramente la città più toccata con 125 sequestri, ma proporzionalmente anche le altre principali città quali Locarno con 40 sequestri, Bellinzona con 14 sequestri e Chiasso con 30 sequestri, sono toccate dal problema.

Il consumo problematico di oppiacei da parte dei tossicomani cronici resta costante. Il trend conferma che il traffico locale è gestito da residenti in Ticino che si spostano in Svizzera tedesca per rifornirsi di eroina, sia per il loro fabbisogno, sia per spacciare a consumatori locali.

Ecstasy e anfetamine sono sostanze ormai surclassate dalla richiesta di cocaina: non rappresentano quindi più un fiorente mercato alle nostre latitudini, ma vanno comunque tenute sotto controllo per i motivi indicati nell'introduzione.

In generale i prezzi medi praticati ai consumatori non si discostano da quanto registrato nel 2008. I prezzi al dettaglio mostrano comunque sensibili variazioni a dipendenza della qualità.

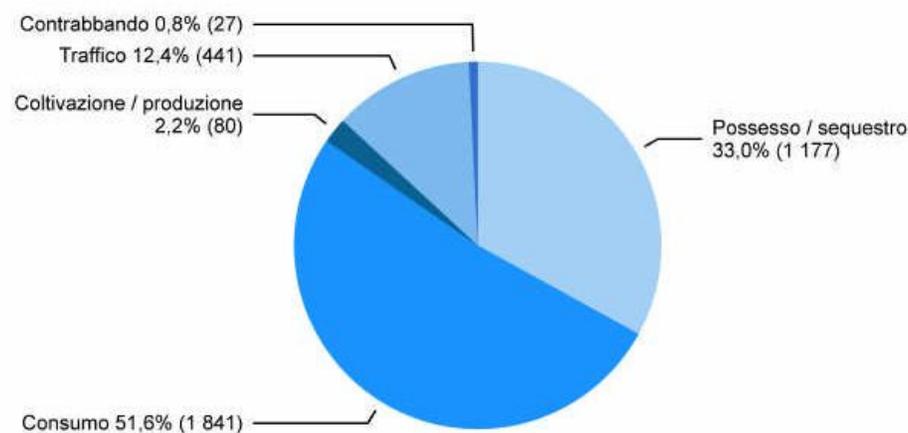
La cocaina la si trova a 100 franchi il grammo, l'eroina a 40 franchi il grammo, la canapa ed i suoi derivati variano dagli 8 ai 15 franchi il grammo.

#### Dati statistici in breve

*(Informazioni più ampie e dettagliate si trovano nel Rapporto d'attività della Polizia cantonale 2009)*

#### Ripartizione per tipo di reato in Ticino

Legge sugli stupefacenti: ripartizione secondo il tipo di reato



Stato della banca dati: 10.2.2010

Fonte: SCP

© 2010 UST

### Panoramica dei quantitativi di sostanze sequestrate in Svizzera e in Ticino

Anno 2009 – Sequestri di stupefacenti	Svizzera	Ticino
Sostanze	Quantità in grammi	Quantità in grammi
<b>Prodotti della canapa</b>		
Cannabis	1'462	260
Canapa (pianta fresca)	1'235'245	300
Canapa (pianta secca)	1'396'415	72'766
Hashish	227'951	12'619
Olio di Hashish	2'983	38
Marijuana	1'799'136	19'467
<b>Stimolanti</b>		
Amfetamina	16'859	139
Ecstasy (MDA)	557	382
Chat	1'256'355	113'136
Cocaina	559'752	14'532
<b>Oppiacei</b>		
Eroina	200'372	17'108
Metadone	798	16
<b>Allucinogeni</b>		
Funghi allucinogeni (Psilocibine)	15'747	811
LSD	1	7
Mescalina (peyote)	409	3

#### 4.4 Valutazione dell'attività svolta

Gli obiettivi che ci si era prefissati nel precedente PCI nell'ambito della repressione erano sostanzialmente tre:

- migliorare la coordinazione tra l'azione penale e quell'amministrativa;
- rafforzare la collaborazione, a tutti i livelli, tra autorità giudiziarie cantonali e federali, tra il Ministero pubblico della Confederazione e quello cantonale;
- avviare una procedura omogenea di raccolta, di analisi e di valutazione dei dati statistici cantonali.

Come verrà esposto nei punti successivi, questi importanti obiettivi sono stati in parte raggiunti, grazie in particolare al dialogo, alla collaborazione e all'impegno di tutti gli "attori" attivi a tutti i livelli nell'ambito delle tossicodipendenze, ma non solo. Sono pure state messe in rete tutte le informazioni, i casi e le esperienze acquisite nel corso delle numerose operazioni (preventive o repressive) e nelle inchieste condotte dalla Polizia negli ultimi anni (es. Indoor, Caldo, ecc.).

I fattori che hanno in parte influito su determinate scelte o decisioni politiche - come quella ad esempio di chiudere il Centro asilanti di Lugano-Besso - sono stati: la visibilità di questa problematica, la maggiore sensibilizzazione da parte dell'opinione pubblica e l'accresciuto coinvolgimento della popolazione, come ad esempio nel caso della costituzione dell'Associazione Besso Pulita.

#### 4.4.1 Azione penale – Procedura amministrativa

Come ricordato in precedenza, sia in Svizzera che in Ticino, lo spaccio di strada di cocaina da parte di cittadini d'origine africana (asilanti o clandestini), è stata in questi ultimi anni, e resta tuttora, una delle priorità della Sezione antidroga della Polizia cantonale.

Tra le misure adottate per affrontare e contenere questo fenomeno, oltre a quelle di carattere prettamente penale (controlli, inchieste, ecc.), sono state applicate sistematicamente le misure coercitive amministrative, la cui applicazione richiede condizioni meno severe, con un dispendio di tempo e di mezzi inferiore rispetto a quelli delle inchieste penali.

In particolare, a partire dal 1. gennaio 2008, con l'entrata in vigore della nuova Legge federale sugli stranieri (LStr), sono state completate e migliorate queste misure coercitive (art. 73 ss. LStr), introducendo il fermo della durata massima di 72 ore per persone sprovviste di permesso (art. 73 LStr), la carcerazione preliminare per garantire l'attuazione della procedura d'allontanamento (art. 75 LStr), il rinvio coatto (art. 76 e 77 LStr) e la carcerazione cautelativa (art. 78 LStr).

Un'altra misura molto importante è quella dell'assegnazione di un luogo di soggiorno e divieto di accedere ad un dato territorio (art. 74 LStr), che consente in particolare di limitare gli spostamenti e la mobilità dello straniero privo di permesso, che perturba o mette in pericolo la sicurezza e l'ordine pubblico.

L'applicazione tempestiva e sistematica di queste misure da parte della Sezione dei permessi del Dipartimento delle Istituzioni ha consentito di sanzionare un elevato numero di persone illegali che avevano scelto il Cantone Ticino quale base per le loro attività e che credevano di poter beneficiare, in certo qual modo, di una certa "impunità".

Grazie alle summenzionate misure è stato possibile sanzionare ed incarcerare queste persone, rimpatriarle nei loro paesi d'origine od ottenerne la riammissione negli Stati terzi da dove provenivano, come riassuntivamente indicato nella tabella sottostante.

#### Carcerazioni amministrative a Basilea ed a Coira-Realta (dal 01.04.2009)

	Infrazioni LStup	Altri reati	Totale	Rimpatri	Scomparsi	Totale giorni di detenzione
<b>2004</b>	3	9	<b>12</b>	9	3	- -
<b>2005</b>	24	1	<b>25</b>	11	4	2'310
<b>2006</b>	7	11	<b>18</b>	15	7	3'047
<b>2007</b>	11	4	<b>15</b>	12	2	3'240
<b>2008</b>	12	2	<b>14</b>	7	8	2'557
<b>2009</b>	10	36	<b>46</b>	38	5	3'380

I risultati sono quindi stati positivi, anche se per il futuro sarebbe auspicabile che la Sezione dei permessi potesse garantire, sia alla Polizia cantonale che al Ministero pubblico, il suo supporto e la sua collaborazione anche all'infuori dei normali orari d'ufficio, in particolare durante i fine settimana, mediante ad esempio un servizio di picchetto.

È infatti durante questi periodi che il numero di persone straniere, asilanti o clandestini raggiungono il nostro Cantone per le loro attività di spaccio e sempre più spesso si rendono necessari provvedimenti di carattere amministrativo.

#### 4.4.2 Rafforzamento della collaborazione tra autorità

Nell'ambito dell'attività investigativa e di contrasto, la Polizia cantonale può ora regolarmente avvalersi della stretta e fattiva collaborazione delle Polizie comunali di Lugano, Locarno, Bellinzona, Mendrisio e Chiasso, del corpo delle Guardie di confine e della Polizia ferroviaria, grazie ad una procedura ormai collaudata che ha dato ottimi risultati e che ha permesso a volte di supplire alla mancanza di effettivi della Polizia cantonale.

Anche a livello federale, la collaborazione tra le diverse Polizie giudiziarie cantonali attive nella lotta allo spaccio di strada, ma anche con la Polizia giudiziaria federale ed il Ministero pubblico della Confederazione, è stata migliorata.

L'attività di spaccio messa in atto in Svizzera da parte di cittadini africani provenienti dall'Africa occidentale, rappresenta, al momento attuale, una delle più grandi minacce non solo per i singoli Cantoni, ma per l'intero Paese. Come dimostrato dalle numerose inchieste, persone e gruppi provenienti dall'Africa occidentale sono attivi in modo importante nel traffico e nella vendita di cocaina in tutte le regioni della Svizzera, con ingenti quantitativi ed illeciti guadagni. Queste persone considerano la Svizzera come una destinazione ideale per lo spaccio di cocaina e il nostro Paese rischia di diventare un importante luogo di deposito e di transito di questa sostanza.

A livello cantonale va pure evidenziata la buona collaborazione con l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento del Dipartimento della sanità e della socialità, che si occupa dell'assistenza dei richiedenti l'asilo ed in particolare per quanto concerne il loro collocamento in appartamenti individuali. Lo scambio regolare d'informazioni con la Polizia cantonale in merito al collocamento dei richiedenti l'asilo ha permesso e permette di avere un maggiore controllo della situazione.

Inoltre, nel mese di luglio 2009, il Ministero pubblico, la Polizia cantonale e le Guardie di confine hanno stabilito con l'Ente Ospedaliero Cantonale di concentrare, presso l'Ospedale regionale di Lugano (dove sono disponibili due camere/celle), tutti i casi riguardanti corrieri sospettati di trasportare (bodypacker) o occultare (bodystuffer) sostanze stupefacenti nel proprio corpo. È stata pure definita e concordata la procedura diagnostica alla quale sottoporre queste persone, sia nel loro interesse personale (per evitare pericoli per la loro salute/vita, in caso di rottura degli involucri occultati, con fuoriuscita della sostanza stupefacente), sia ai fini giudiziari e probatori. Queste persone non possono infatti essere incarcerate presso il Carcere giudiziario La Farera, senza un preventivo ed approfondito esame clinico, perché la struttura carceraria non dispone di celle "speciali" di sorveglianza, né di un supporto medico adeguato.

Sempre in questo contesto, dopo diversi mesi di discussioni ed approfondimenti, è in fase di allestimento il progetto per l'installazione presso l'Ospedale regionale di Lugano di una "toilette" speciale per bodypacker e bodystuffer, analoga a quelle utilizzate nei principali aeroporti europei, per l'evacuazione sicura e controllata di eventuali corpi estranei.

L'auspicio è che questa infrastruttura possa essere realizzata al più presto, grazie alla disponibilità dell'Ente Ospedaliero Cantonale, ma anche al sostegno finanziario del Cantone, in primo luogo per garantire a queste persone un'assistenza medica adeguata e priva di pericoli, ma anche e soprattutto per facilitare il lavoro delle Autorità inquirenti.

#### *4.4.3 Raccolta, analisi e valutazione dei dati statistici cantonali*

Questo obiettivo non è purtroppo ancora stato raggiunto ed il proposito formulato nel precedente PCI è rimasto lettera morta.

Non esiste tuttora una statistica comune sul tema della tossicodipendenza nel Cantone Ticino, comprensiva dei dati della Polizia cantonale, del Ministero pubblico, delle diverse Autorità giudicanti, dei singoli Dipartimenti e di tutti i servizi interessati dalla problematica. Ognuno elabora i propri dati sulla base di propri criteri, senza interagire con gli altri e, nella maggior parte dei casi, i risultati non sono neppure paragonabili.

A questo proposito si segnala che, dal 2009, la statistica criminale di Polizia è stata unificata a livello federale. Tutti i dati vengono ora rilevati secondo criteri unitari in tutti i Cantoni ed elaborati centralmente dall'Ufficio federale di statistica, sia per la Confederazione che per i Cantoni.

L'auspicio è che si possa, a breve termine, finalmente avviare la procedura per una raccolta unitaria e sistematica di tutti questi dati, presso tutti gli "attori" attivi a tutti i livelli nell'ambito delle tossicodipendenze nel Cantone Ticino. Questo permetterebbe di disporre di una "fotografia" complessiva del fenomeno, importante per poi verificare se le varie strategie e misure messe in

atto (preventive, terapeutiche, repressive, ecc.), abbiano dato i frutti sperati e quali modifiche o correttivi debbano essere adottati.

#### 4.5 Raccomandazioni per la repressione

Per quanto concerne il futuro, occorrerà proseguire sulla strada tracciata in questi ultimi anni:

- seguire e monitorare con attenzione l'evolversi della situazione nel traffico e nello spaccio di stupefacenti, in modo tale da non farsi sopraffare dagli eventi ed essere pronti per affrontarne gli sviluppi futuri (es.: evoluzione dello spaccio di strada o la vendita via internet) o il ritorno di precedenti situazioni (es.: possibile ripresa del traffico e dello spaccio di eroina), con strategie pianificate e condivise;
- mantenere, migliorare ed incentivare la collaborazione con tutti gli "attori" attivi a tutti i livelli nell'ambito delle tossicodipendenze e non solo tra Autorità inquirenti e servizi amministrativi;
- semplificare le inchieste di Polizia, in particolare per i casi di lieve entità (es.: piccolo spaccio, consumo personale, ecc.) ed investire più effettivi per un periodo lungo e continuo, per attività di disturbo e prevenzione, per attività d'indagine, di controllo del territorio e di repressione;
- applicare rigorosamente e sistematicamente le misure coercitive amministrative;
- continuare ad agire sui traffici di droga a tutti i livelli e non solo sullo spaccio di strada, forse meno visibili di quest'ultimo, ma sicuramente non meno pericolosi per la salute del cittadino e l'ordine pubblico. Si pensi in particolare all'interesse per i trafficanti di droga per il nostro Cantone, quale paese di transito per l'Italia, come dimostrato da alcuni importanti sequestri di ingenti quantitativi di cocaina effettuati all'aeroporto di Lugano-Agno in questi ultimi anni.

Per poter sviluppare tutti questi compiti e raggiungere gli obiettivi previsti, bisognerà disporre non solo di risorse sufficienti, in personale di Polizia, amministrativo e di risorse finanziarie, ma anche di misure o strumenti di lavoro adeguati alla nuova realtà ed in particolare un supporto amministrativo (Sezione permessi) disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7; un numero sufficiente di celle amministrative per i fermi, le carcerazioni per l'allontanamento o il rinvio coatto; come pure di una struttura speciale per il controllo e la detenzione di bodypacker e bodystuffer.

Dal punto di vista prettamente repressivo, va inoltre ricordato che, a partire dal 1. gennaio 2011, con l'entrata in vigore della modifica della Legge federale sugli stupefacenti approvata in votazione popolare il 30 novembre 2008, i minori saranno maggiormente protetti.

Sarà infatti punito più severamente (con una pena detentiva fino a 3 anni) chi offrirà, fornirà o renderà accessibili in altro modo stupefacenti ad una persona di età inferiore a 18 anni (nuovo art. 19bis), mentre sarà considerata un'infrazione aggravata alla stessa legge e quindi punita con una pena detentiva minima di 1 anno, chi per mestiere, offrirà, fornirà o renderà accessibili in altro modo stupefacenti in centri di formazione (es.: scuole, ecc.) destinati principalmente ai minori o nelle immediate vicinanze (nuovo art. 19 cpv. 2 lett. d).