

Messaggio

numero
8483

data
4 settembre 2024

competenza
DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

- **Piano cantonale quadriennale degli interventi nel campo delle tossicomanie (PCI 2023)**
- **Modifica della legge d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti**
- **Rapporto sulle mozioni:**
 - **del 24 giugno 2020 presentata da Raoul Ghisletta e cofirmatari e ripresa da Fabrizio Sirica “Per un’organizzazione unica che operi nel campo delle problematiche inerenti alcol e dipendenze da sostanza – Per la messa in atto delle raccomandazioni del Gruppo esperti”**
 - **del 31 maggio 2021 presentata da Raoul Ghisletta e cofirmatari e ripresa da Fabrizio Sirica “Per una presa a carico razionale delle problematiche inerenti alcol e dipendenze da sostanza - Per la messa in atto delle raccomandazioni del Gruppo esperti”**
 - **dell’8 maggio 2017 presentata da Carlo Lepori e cofirmatari e ripresa da Laura Riget “Regolamentiamo la cannabis”**

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

in conformità dell’art. 2 della Legge cantonale d’applicazione della Legge federale sugli stupefacenti (di seguito LCStup), vi sottoponiamo per discussione il Piano cantonale quadriennale degli interventi nel campo delle tossicomanie (PCI 2023), elaborato dal Gruppo esperti per le tossicomanie, come previsto dall’art. 4 cpv. 2 lett. a LCStup, unitamente ad alcune modifiche della Legge d’applicazione della legge federale sugli stupefacenti e al rapporto su tre mozioni.

Il Consiglio di Stato ringrazia il Gruppo esperti per il lavoro svolto e trasmette il PCI 2023 al Parlamento unitamente ad alcune sue considerazioni in merito.

I. CONSIDERAZIONI GENERALI

Nel corso degli anni, sia a livello nazionale, sia a livello internazionale, è avvenuto un cambiamento significativo nelle politiche legate alle tossicodipendenze. Questa trasformazione ha comportato un progressivo passaggio dall’approccio centrato prevalentemente sul diritto penale a politiche più ampie, che considerano anche la domanda di sostanze, ponendo maggior enfasi sul benessere dei consumatori e sulle sfide individuali e sociali associate: la riduzione del danno è diventata un elemento essenziale di queste nuove politiche.

Tuttavia, il problema delle dipendenze non si limita alle sostanze illegali, ma si estende anche a quelle legali, fino a comprendere anche i comportamenti compulsivi non legati al consumo. Con questa interpretazione, la politica sulle dipendenze diviene parte integrante della politica sanitaria generale, che promuove la responsabilità individuale e le competenze personali all'interno di quadri regolamentati anche a livello di mercato per via legislativa.

Negli ultimi anni abbiamo osservato anche un cambiamento significativo nei modelli di consumo di sostanze psicoattive, sia illegali (droghe) sia legali (alcol, psicofarmaci, analgesici). Sottolineiamo che le modalità di assunzione o di acquisto di tali sostanze possono avere implicazioni penali. Si tratta di comportamenti complessi e influenzati dalla cultura e dalla società di riferimento. È importante notare che, al di là dei casi più gravi, va annoverata una vasta casistica di consumi meno problematici, che però possono evolvere nel tempo e richiedere interventi di supporto o presa in carico.

I servizi specializzati si concentrano su una minoranza (comunque significativa) di persone confrontate con problemi di dipendenza da sostanze e/o comportamenti compulsivi. Questa popolazione spesso presenta sintomi e disagi a vario livello, tra cui problemi psichiatrici, somatici e disadattamento sociale, che a volte possono comportare anche conseguenze legali.

Data la crescente complessità della presa in carico, i servizi ambulatoriali hanno adattato le loro prestazioni, passando dal tradizionale sostegno psicosociale a un approccio olistico alle dipendenze. Questo approccio multidisciplinare e coordinato mira a fornire prestazioni coerenti ed economiche, migliorando il sistema integrato di interventi sulle dipendenze.

Negli ultimi 20 anni è stato registrato inoltre un aumento significativo dei casi nella popolazione anziana che sta diventando sempre più vulnerabile alla dipendenza da sostanze. Questa stessa casistica si somma all'invecchiamento di quella fascia di popolazione con un pregresso tossicomane che, grazie agli interventi terapeutici, ha aumentato le speranze di vita. Inoltre, l'aumento della speranza di vita ha portato ad un invecchiamento della popolazione già affetta da problematiche legate alla dipendenza. Questi pazienti richiedono un approccio terapeutico specifico, anche se, spesso, il problema della dipendenza non viene riconosciuto poiché i sintomi risultano celati dal deterioramento delle condizioni di salute legate all'età.

Non da ultimo, la pandemia da COVID-19 ha avuto un impatto anche sulla salute mentale delle persone che già erano confrontate con problemi legati alla dipendenza. Le restrizioni legate alla pandemia hanno cambiato l'accesso alle sostanze e hanno influenzato il mercato delle droghe. Allo stesso tempo, anche l'accesso ai servizi di trattamento e supporto ha risentito della pandemia, costituendo un'ulteriore difficoltà per coloro che facevano capo a tali servizi.

Infine, anche la crescente digitalizzazione ha creato nuove forme di dipendenza e stress correlato all'uso prolungato di dispositivi digitali. Pertanto, è importante sviluppare nuove strategie preventive anche per affrontare questi nuovi problemi e promuovere competenze interdisciplinari e trasversali per gestire le nuove tecnologie.

II. OSSERVAZIONI SULLE RACCOMANDAZIONI DEL GRUPPO ESPERTI

Sulla base del quadro d'analisi allestito a livello nazionale, il Gruppo esperti ha esaminato l'evoluzione cantonale identificando alcuni temi che ritiene prioritari.

La strategia nazionale della Confederazione pone l'accento sull'importanza della collaborazione tra partner della politica in materia di dipendenze, affinché massimizzino le sinergie e integrino gli obiettivi della politica sulle dipendenze in altri ambiti politici, con un coordinamento sia a livello strategico, sia operativo. L'obiettivo è armonizzare le strategie cantonali, promuovere la collaborazione con i rappresentanti delle diverse categorie professionali coinvolte e influenzare la politica federale con le esigenze specialistiche e con le priorità d'intervento definite nei Cantoni.

Il Gruppo esperti sottolinea l'importanza di spostare l'approccio alla dipendenza da un focus sugli stupefacenti in senso stretto ad una visione più ampia delle dipendenze. Di conseguenza, suggerisce una revisione e un ampliamento delle attuali basi legali.

Il Gruppo esperti si è interrogato sull'attuale pertinenza della Legge cantonale che riguarda l'applicazione della Legge federale sugli stupefacenti, auspicando una revisione per renderla più attuale affinché non riguardi solo le sostanze illegali, ma includa il più ampio spettro delle dipendenze.

Data la situazione, è fondamentale che la figura del Delegato alle tossicomanie - oggi prevalentemente orientata verso compiti amministrativi volti ad autorizzare collocamenti e alla gestione dei contratti di prestazione - possa nuovamente assumere ruoli di coordinamento tra strutture orientando strategie di intervento, come in passato. Il coordinamento della rete dei presidi territoriali precedentemente descritto, insieme ad una costante attenzione sulle politiche nazionali e cantonali, è oggi indispensabile. Un compito che, data la sua complessità, richiede una risorsa con almeno una percentuale lavorativa pari al 50%, unità che sarà ricavata dalle risorse finanziarie del settore.

In sintesi, il Piano cantonale degli interventi rispecchia l'evoluzione del contesto e delle sfide legate alle dipendenze proponendo misure efficaci per affrontarle, per garantire il benessere delle persone e della società nel suo insieme.

Il Consiglio di Stato si esprime di seguito in merito ad alcuni temi specifici proposti nel PCI.

Impostazione strategica: stupefacenti vs. dipendenze

Il Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie (PCI) si fonda sull'art. 4 della Legge cantonale di applicazione della legge federale sugli stupefacenti, il quale pone l'accento sul fenomeno del consumo illegale di stupefacenti e sulla cura dei "tossicomani classici". Tuttavia l'approccio auspicato dagli esperti e sottolineato nel PCI va al di là dell'unidimensionale statuto d'illegalità e dal riferimento al consumo di sostanze. In virtù delle interconnessioni tra il settore degli stupefacenti e altre politiche pubbliche a carattere sanitario, sociale, assistenziale nonché educativo, il Consiglio di Stato sostiene l'espansione del focus della "politica degli stupefacenti" al ben più vasto campo delle dipendenze, sebbene l'attuale quadro legislativo nazionale non preveda ancora

un'unificazione delle basi legali in materia, almeno per quanto riguarda alcol, tabacco e stupefacenti.

Invecchiamento, dipendenze e cronicizzazione

Il fenomeno delle persone anziane affette da dipendenza è ancora poco conosciuto, il che porta spesso a una mancanza di riconoscimento del problema, e, di conseguenza, di assistenza adeguata. In considerazione dell'evoluzione demografica, ci si aspetta un aumento dei casi di dipendenza nella terza età. Le necessità delle persone anziane con dipendenze saranno integrate nello sviluppo dei servizi e delle strutture a favore delle persone anziane. In particolare, si ritiene che, per garantire supporto di qualità, dovrebbero essere prese in considerazione le seguenti misure:

- fornire un'informazione diffusa a medici e infermieri sulle opzioni di trattamento;
- supportare le case per anziani nel fare riferimento a dei consulenti esperti in problemi di dipendenza, eventualmente affiancati da personale infermieristico formato specificatamente;
- creare posti nelle case per anziani destinati all'accoglienza di persone affette da dipendenze.

Risorse e riallocazione in base al fabbisogno

- *Coordinamento della rete dei servizi*

La strategia nazionale prevede di creare una rete di collaborazione tra i vari partner della politica in materia di dipendenze, coordinando le attività e promuovendo la collaborazione intersettoriale tra i servizi sociali, i servizi sanitari e le autorità civili e penali. Nel nostro Cantone, questo significa coordinare gli interventi dalla bassa soglia, alle terapie sostitutive, alle attività di consulenza territoriale (antenne), ai centri diurni, ai laboratori, fino alle prese in carico residenziali, e dovrebbe anche includere una tempestiva accoglienza una volta superata la fase acuta di trattamento presso la Clinica psichiatrica cantonale o altre strutture stazionarie. Non da ultimo, occorre mantenere una costante attenzione sui programmi e sulle offerte in ambito preventivo.

- *Responsabile del coordinamento (delegato)*

Il Consiglio di Stato è d'accordo con il Gruppo esperti sul fatto che la figura del Delegato alle tossicomanie possa rivestire nuovamente un ruolo di coordinamento, come era in passato, anziché essere (come oggi) dedicata prevalentemente agli stupefacenti e assumere un ruolo proattivo di intervento precoce e nella gestione delle dipendenze più in generale.

Prevenzione di consumi e dipendenze correlate allo stress

In Svizzera, stiamo assistendo a un crescente aumento di disagi sul posto di lavoro, che possono sfociare in sofferenza psichica, disagio che aumenta il rischio di consumi problematici e dipendenze. Questa tendenza non solo si ripercuote sulla produttività del Paese, ma anche sulla salute generale della popolazione e sui costi conseguenti per il sistema economico e sanitario. Il Governo ritiene sia necessario non solo coordinare le forze istituzionali nell'azione applicativa della normativa in tema di prevenzione sul posto di lavoro, ma anche sensibilizzare sia i datori di lavoro, sia i lavoratori sul tema.

Giovani e nuove dipendenze

Il Consiglio di Stato ritiene di estrema importanza evitare il contatto con le sostanze nelle fasce giovanili, soprattutto in momenti di vulnerabilità individuale. Pertanto, è essenziale continuare a svolgere un importante lavoro di prevenzione fin dall'età giovanile, per evitare che i comportamenti a rischio si tramutino in problemi di consumo e in forme di marginalizzazione in età più avanzata. Nel limite del possibile, risulta importante attivare consulenza e misure di prevenzione e di intervento precoce già durante la fase adolescenziale, in particolare con i minorenni affidati a strutture di protezione, che rappresentano una fascia particolarmente a rischio. Il tema dell'abuso precoce e della correlazione con altre problematiche (sofferenza psichica, maltrattamento, esclusione socio-economica) andrà ulteriormente approfondito.

Per quanto riguarda la dipendenza digitale, il Rapporto di sintesi "[La cyberaddiction en Suisse¹](#)" sottolinea la necessità di approfondire gli aspetti di trattamento e riduzione del danno e l'importanza di analizzare le specifiche problematiche correlate, in termini di sofferenza - manifesta o sottostante - generata dall'uso massiccio delle tecnologie digitali. Il Governo ribadisce quanto già indicato nelle Linee direttive 2019-23, ovvero l'importanza di "aumentare le competenze digitali dei futuri cittadini mediante lo sviluppo dell'integrazione del mondo digitale nelle attività di insegnamento e apprendimento nelle scuole cantonali obbligatorie e post obbligatorie".

Sperimentazione canapa

In passato, il Gruppo esperti aveva raccomandato al Consiglio di Stato di evitare di avviare progetti in tale campo prima dell'adozione di una corrispondente base legale. Nel frattempo, il 15 maggio 2021 è entrata in vigore la modifica della Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (LStup) che, con il nuovo articolo 8a LStup, crea le basi legali per lo svolgimento di sperimentazioni scientifiche pilota con canapa limitate territorialmente e temporalmente.

Al momento sono già attive alcune sperimentazioni in sei Cantoni e sul territorio ticinese sono state presentate alcune iniziative attualmente al vaglio dell'Ufficio federale di sanità pubblica, autorità incaricata di rilasciare le autorizzazioni. Il Consiglio di Stato ritiene che, al momento, non siano presenti ostacoli significativi per avviare delle sperimentazioni. Una valutazione fattiva al riguardo dovrà tuttavia trovare giustificazione in particolari specificità cantonali.

Inoltre, in prospettiva futura, per il Governo è importante attirare l'attenzione sulle possibili conseguenze in materia di salute pubblica. In effetti, l'eventuale legalizzazione della sostanza non diminuirebbe i rischi legati ad una diffusione del consumo. Occorrerebbe pertanto porvi rimedio anticipando una riflessione sulle misure fiancheggiatrici atte a ridurre i danni, anche a livello di prevenzione. Si tratterà quindi se del caso di esaminare quali disposizioni legali cantonali adattare per regolamentare la vendita di canapa e dei suoi derivati. In altre parole bisognerà valutarne preventivamente l'impatto adottando conseguentemente normative particolari a livello cantonale (es. pianificazione territoriale,

¹https://www.grea.ch/sites/default/files/cyberaddiction_en_suisse_rapport_final_du_groupe_dexperts_greaifs_2018.pdf

esercizi pubblici, controllo produttori/venditori, idoneità e controlli alla guida). Tutte le misure atte a contenere le conseguenze negative dovrebbero essere anticipate rispetto all'entrata in vigore della nuova normativa in materia di uso ricreativo della canapa.

I Cantoni dovrebbero poi adoperarsi affinché la Confederazione preveda di costituire un fondo adeguato dai proventi della vendita destinato alla prevenzione, alla riduzione del danno e alle altre misure che dovranno essere implementate a favore della salute pubblica.

Modifiche legislative

Allineamento generale alla Legge federale sugli stupefacenti (LStup)

Viste le ultime modifiche della Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope e la necessità di intervenire puntualmente sulla legge cantonale, risalente al 1978, si rende opportuno un allineamento generale di quest'ultima, anche dal profilo formale.

Innanzitutto si prevede di semplificare il titolo della legge in Legge cantonale sugli stupefacenti e di introdurre l'abbreviazione LCStup. Si modificano inoltre le marginali togliendo il riferimento "LST" e adottando una sistematica strutturale coerente con la prassi di tecnica legislativa attuale. Inoltre si abrogano le disposizioni in merito alle autorizzazioni per la produzione e il commercio di stupefacenti che oramai sono di competenza di Swissmedic (art. 4 LStup) e si introducono le competenze per le autorizzazioni per organizzazioni e autorità (art. 14a cpv. 1bis LStup) rispettivamente per la prescrizione, la dispensazione e la somministrazione di stupefacenti (art. 3e LStup). Le autorizzazioni per stabilimenti ospedalieri e per istituti scientifici rimangono invariate, ma si considerano le nuove ordinanze entrate in vigore a livello federale.

Riesame delle attuali basi legali

In considerazione delle raccomandazioni del Gruppo di esperti in materia di dipendenze, il Consiglio di Stato ritiene opportuno avviare un'analisi volta a riesaminare le attuali basi legali. Questo dovrebbe consentire una revisione in linea con i tempi per promuovere un'applicazione più adeguata ed efficace di politiche che non si limitino esclusivamente all'uso di sostanze illegali, ma che abbraccino l'ampio e complesso ambito delle dipendenze. Tale approccio dovrebbe essere esteso non solo alle sostanze (legali e illegali) ma anche ad alcune dipendenze comportamentali, come il gioco patologico o la *cyberaddiction*.

Facoltà di segnalazione

In merito alla facoltà di segnalazione, prevista dall'art. 3c LStup e più volte richiamata dai precedenti Piani cantionali, il Governo propone di non più attendere la riforma delle Autorità regionali di protezione (ARP), ma di definire, almeno fintanto che non sarà terminata la riorganizzazione del settore, il servizio competente a ricevere le segnalazioni.

Per quanto il ricorso a questa possibilità formalizzato da molti Cantoni non abbia prodotto significative segnalazioni dal profilo operativo, è importante ricordare che questa norma consente ai servizi ufficiali e ai professionisti operanti nei settori dell'educazione, della socialità, della salute, della giustizia e della polizia di segnalare i casi esistenti o a rischio di persone affette da turbe legate alla dipendenza da stupefacenti, segnatamente ove si tratti di bambini e giovani. Ciò a condizione che i casi siano stati riscontrati nell'esercizio

dell'attività ufficiale o professionale, l'operatore ritenga sussistere un pericolo considerevole per gli interessati, i loro congiunti o la collettività e abbia la convinzione che una misura assistenziale sia opportuna. Nel caso di minori, la LStup prevede inoltre che sia informato anche il rappresentante legale, salvo che vi si oppongano gravi motivi. Di riflesso, i servizi e i professionisti indicati sono poi esentati dall'obbligo di denuncia del consumo non autorizzato nel caso in cui ricorrano alla facoltà di segnalazione.

Allo stato attuale 19 Cantoni dispongono di una base legale secondo l'art. 3c LStup: in due terzi di essi la competenza è affidata a dei servizi specializzati nelle dipendenze, quattro Cantoni fanno capo a dei servizi cantonali e in due Cantoni questo istituto è integrato presso le autorità civili di protezione.

Il Consiglio di Stato propone, quindi, di seguire l'esempio della maggioranza dei Cantoni e delegare l'accoglienza delle segnalazioni ai servizi specializzati nelle dipendenze, almeno fintanto che la riforma delle autorità di protezione non sarà completata.

Visto quanto precede si propone di inserire un nuovo articolo nella Legge d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti.

Art. 6a Servizi specializzati nelle dipendenze

I servizi specializzati nelle dipendenze sono gli enti preposti per ricevere le segnalazioni di casi esistenti o a rischio di persone affette da turbe legate alla dipendenza secondo l'articolo 3c LStup.

Diritto di segnalazione

Nell'ottica di garantire l'adeguata prescrizione o dispensazione degli stupefacenti, si propone di inserire un nuovo articolo nella Legge d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti.

Art. 14a Diritto di segnalazione

Gli operatori sanitari possono segnalare al Medico cantonale i casi in cui vi sia il fondato sospetto di una prescrizione o dispensazione non adeguata di stupefacenti e sostanze psicotrope.

III. ATTI PARLAMENTARI PENDENTI

Le proposte formulate nel presente messaggio sono state in parte sollevate anche negli atti parlamentari ancora pendenti indicati di seguito. Sulla base delle indicazioni formulate sin qui, completate dalle considerazioni che seguono, si ritiene possano essere ritenute evase le seguenti mozioni.

Mozione n. 1569 del 24 giugno 2020 presentata da Raoul Ghisletta e cofirmatari e ripresa da Fabrizio Sirica "Per un'organizzazione unica che operi nel campo delle problematiche inerenti alcol e dipendenze da sostanza – Per la messa in atto delle raccomandazioni del Gruppo esperti"

La mozione sollecita il Consiglio di Stato ad assegnare ad un'organizzazione unica a livello cantonale la gestione delle problematiche inerenti l'alcol e le dipendenze da sostanza. In particolare chiedeva di trattare alcuni temi prioritari.

a) Tossicodipendenza e invecchiamento

Il nuovo PCI 2023 mette in luce il tema e propone alcune misure concrete.

b) Lavoro di prossimità ed educativa di strada (o educativa territoriale)

L'operatore dei servizi specializzati nelle tossicomanie effettivamente funge sempre più da *case manager* chiamato a coordinare l'attivazione o l'intervento di servizi terzi, con modalità differenti da situazione a situazione. La presa in carico, infatti, diviene sempre più individualizzata, anche in virtù della prosecuzione della differenziazione degli stili di vita cui si assiste da tempo nella nostra società. La definizione di approccio di prossimità ben si addice a questo profilo d'intervento e l'introduzione, per una casistica selezionata e mirata di programmi di sostegno abitativo, va in questa direzione. Per quanto concerne l'educativa di strada (o educativa territoriale), v'è un'apparente contiguità tra l'approccio di prossimità rivolto a soggetti da prendere a carico e l'operato di prevenzione generale del disagio, con interventi collettivi svolti in campo aperto.

Il Governo concorda con la considerazione formulata dal Gruppo esperti secondo cui la promozione del benessere e l'educativa di strada non possono che essere appannaggio anche di altre politiche settoriali, in particolare l'azione sociale e le politiche giovanili, nelle quali hanno un ruolo primordiale i Comuni. In tal senso, si segnala che il tema del sussidiamento cantonale degli operatori di prossimità è stato inserito nel progetto della nuova legge per le attività giovanili, di cui il Governo ha licenziato recentemente il Messaggio.

c) Contatti con la Magistratura e facoltà di segnalazione (art. 3c LStup)

Il Consiglio di Stato, come indicato nel capitolo precedente, condivide la valutazione del Gruppo esperti e dei mozionanti, propone pertanto la definizione del servizio competente tramite un nuovo articolo della Legge cantonale sugli stupefacenti.

d) Informazione corretta e ragionata

Per quanto concerne l'opportunità di un'informazione corretta e ragionata e l'allargamento alle dipendenze abbandonando una prospettiva centrata soprattutto sul consumo non autorizzato di stupefacenti, il Consiglio di Stato saluta con favore la visione della Confederazione verso una Strategia nazionale Dipendenze. Nel solco della discussione avviata a questo proposito si potrà in effetti capire in quali termini sia praticabile e organizzabile un nuovo approccio coerente. Quest'ultimo in prima battuta dovrà confrontarsi con l'attuale strutturazione del settore delle dipendenze e il relativo quadro giuridico sul piano federale, che vede ancora una chiara distinzione tra le politiche rivolte alle sostanze illegali e quelle per le sostanze legali. Un aspetto ritenuto positivo è l'integrazione all'interno di un'unica Commissione federale delle diverse politiche in materia di dipendenze.

Alla luce di quanto proposto nel presente messaggio e degli elementi di dettaglio scaturiti dal PCI, il Consiglio di Stato ritiene adeguate le prestazioni a livello di prevenzione primaria, secondaria e terziaria fornite dagli enti pubblici e privati preposti. Giova peraltro ricordare che la prevenzione primaria mira a impedire l'insorgere delle dipendenze, agendo su fattori di rischio attraverso campagne educative, sensibilizzazione e promozione di stili di vita sani, rivolta soprattutto ai giovani e alle comunità. La prevenzione secondaria si focalizza sulla diagnosi precoce e sull'intervento tempestivo per coloro che hanno già sperimentato comportamenti a rischio o mostrano i primi segni di dipendenza, cercando di

impedire l'aggravamento della situazione. Infine, la prevenzione terziaria è rivolta a chi ha già sviluppato una dipendenza conclamata, concentrandosi sulla riduzione del danno, la riabilitazione e il supporto continuo per evitare ricadute e promuovere il reinserimento sociale. Questi tre livelli di prevenzione agiscono sinergicamente per affrontare le dipendenze in modo globale ed efficace.

Il Consiglio di Stato tuttavia concorda nel volerne meglio coordinare gli interventi in una visione cantonale per il tramite della figura del Delegato alle dipendenze.

Invitiamo pertanto il Gran Consiglio ad accogliere parzialmente la mozione.

Mozione n. 1608 del 31 maggio 2021 presentata da Raoul Ghisletta e cofirmatari e ripresa da Fabrizio Sirica “Per una presa a carico razionale delle problematiche inerenti alcol e dipendenze da sostanza - Per la messa in atto delle raccomandazioni del Gruppo esperti”

La mozione riprende la precedente e ne ribadisce le richieste, soffermandosi in particolare sulla facoltà di segnalazione prevista all'art. 3c LStup a cui, come precedentemente esposto, si dà seguito con il presente Messaggio.

Per quanto riguarda la richiesta di definire un'unica unità amministrativa che si occupi in senso lato del tema e dei contratti di prestazione inerenti sia le dipendenze da alcool, sia le dipendenze da sostanza, si ribadisce che la riattivazione al 50% della figura del Delegato per le dipendenze permetterà di aumentare il coordinamento di tutti i partner della politica in materia di dipendenze. In questo senso sarà possibile avere una visione globale anche dei contratti di prestazione.

L'unico spunto ulteriore rispetto alla mozione precedente concerne la proposta di elaborare una pianificazione cantonale globale del settore, sentendo i Comuni per quanto riguarda il lavoro di prossimità ed educativo di strada. Anche su questo aspetto, la riassunzione di un ruolo di coordinamento da parte del Delegato per le dipendenze permetterà di valutare compiutamente con gli attori della rete di presa a carico e con il Gruppo esperti opportunità e vantaggi di un esercizio pianificatorio anche in questo ambito.

Visto quanto precede invitiamo pertanto il Gran Consiglio ad accogliere parzialmente la mozione.

Mozione n. 1222 dell'8 maggio 2017 presentata da Carlo Lepori e cofirmatari e ripresa da Laura Riget “Regolamentiamo la cannabis”

La mozione chiede al Consiglio di Stato di creare *“un gruppo di lavoro che coinvolga rappresentanti esperti di tutti i pilastri della politica delle droghe e delle varie forze politiche, con l'obiettivo di proporre un progetto pilota di regolamentazione della cannabis in deroga alla Legge federale sugli stupefacenti.”*

Il tema del consumo (prescritto e non prescritto, altresì detto ricreativo) di canapa è di esclusiva competenza federale, così come ogni possibile allentamento in materia di divieto di coltivazione, lavorazione e commercio di questo prodotto e dei suoi derivati.

Come già segnalato, il 25 settembre 2020 il Parlamento ha adottato una modifica dell'art. 8a LStup creando le basi legali per lo svolgimento di sperimentazioni scientifiche pilota con canapa limitate sotto il profilo territoriale e temporale a scopo non medico. La modifica di legge è in vigore dal 15 maggio 2021 con una validità di dieci anni.

Al momento sono già attive sette [sperimentazioni scientifiche pilota in sei Cantoni](#)², che rappresentano un passo significativo verso la comprensione degli effetti e delle implicazioni di nuove politiche in questo settore. I servizi dell'Amministrazione cantonale sono stati sollecitati con un paio di richieste di sostegno, ma i relativi progetti non si sono ancora concretizzati a tal punto da essere oggetto di una richiesta formale dell'Ufficio federale della sanità pubblica verso il Cantone. Il Consiglio di Stato, come detto, ritiene che, al momento, non siano presenti ostacoli significativi per avviare delle sperimentazioni. Una valutazione fattiva su un eventuale avvio di sperimentazioni dovrà tuttavia trovare giustificazione in particolari specificità cantonali.

Il Gruppo esperti è costantemente impegnato a monitorare l'evoluzione di queste sperimentazioni e ha iniziato a riflettere su alcune misure fiancheggiatrici che potrebbero essere promosse a livello cantonale. Queste misure, studiate con attenzione, potrebbero entrare in gioco nel caso in cui si decidesse di passare ad una futura legalizzazione, garantendo così una transizione ordinata e sicura per tutti i cittadini coinvolti. L'obiettivo finale è assicurare che, in ogni fase del processo, siano prese in considerazione le esigenze e le preoccupazioni della popolazione, garantendo un approccio equilibrato e responsabile.

Sulla base di queste premesse prendiamo posizione sulla mozione "*Regolamentiamo la cannabis*" ribadendo di non ritenere opportuno istituire, come chiesto dai mozionanti, un gruppo di lavoro che abbia "*l'obiettivo di proporre un progetto pilota di regolamentazione della cannabis in deroga alla Legge federale sugli stupefacenti*".

Il Consiglio di Stato seguirà certamente con interesse le eventuali sperimentazioni in corso in Svizzera, ma ritiene non esservi necessità di farsi parte attiva in un processo socio-politico e sperimentale in atto gestito a livello federale e fondato su progetti promossi da gruppi di ricerca scientifica e accademica.

Invitiamo pertanto il Gran Consiglio a respingere la mozione.

IV. CONSEGUENZE DI NATURA FINANZIARIA

Queste proposte non comportano alcuna conseguenza finanziaria diretta, poiché sono state sviluppate seguendo scrupolosamente il principio della riallocazione delle risorse. Questo significa che non è necessario stanziare nuovi fondi o risorse aggiuntive per la loro realizzazione. Anche per l'istituzione della posizione al 50% di Delegato alle dipendenze, verranno riallocate risorse interne.

² <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/cannabis/pilotprojekte/bewilligte-pilotversuche.html>

V. RELAZIONE CON IL PROGRAMMA DI LEGISLATURA E IL PIANO FINANZIARIO

Queste proposte corrispondono a quanto previsto nel Programma di legislatura 2023-2027, Asse strategico 3 “Qualità di vita”, Obiettivo 25 “Migliorare la qualità, la sicurezza e l’efficacia del sistema sanitario”, azione 25.3 “Estendere l’approccio alle dipendenze e coordinare gli interventi e le prestazioni a livello cantonale”. Il programma di legislatura prevede infatti l’adozione del messaggio governativo per l’adeguamento della Legge d’applicazione della legge federale sugli stupefacenti nonché l’attuazione di una riorganizzazione del settore con particolare attenzione al coordinamento della rete degli interventi.

VI. CONSEGUENZE A LIVELLO DI ENTI LOCALI

Queste proposte non determinano conseguenze dirette a livello di Enti locali.

VII. COMPATIBILITÀ CON LE LEGGI FEDERALI E CANTONALI

Queste proposte sono compatibili con la legge cantonale e la legge federale in quanto rispondono alle esigenze del diritto federale.

VIII. RISPETTO DELLE NORME CONCERNENTI LE COMMESSE PUBBLICHE

Queste proposte non riguardano le norme concernenti le commesse pubbliche.

IX. CONSEGUENZE AMBIENTALI

Queste proposte non hanno alcuna incidenza sull’ambiente. I servizi e il personale operativo del settore fanno riferimento alle politiche ambientali previste per l’Amministrazione cantonale.

X. CONCLUSIONI

Con le considerazioni esposte, e sottolineando che al momento non si registrano delle emergenze che necessitano di misure straordinarie, il Consiglio di Stato trasmette pertanto il *Piano cantonale quadriennale degli interventi nel campo delle tossicomanie (PCI 2023)*, elaborato del Gruppo esperti, per la discussione in Gran Consiglio, in conformità all’art. 2 della Legge cantonale d’applicazione della legge federale sugli stupefacenti. Inoltre sottopone l’evasione di tre mozioni unitamente ad una modifica della Legge d’applicazione della legge federale sugli stupefacenti, volta segnatamente, oltre che ad un riordino formale, alla designazione dell’istanza competente a ricevere le segnalazioni secondo l’art. 3c LStup.

Messaggio n. 8483 del 4 settembre 2024

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: Christian Vitta

Il Cancelliere: Arnaldo Coduri

Allegato:

Piano cantonale quadriennale degli interventi nel campo delle tossicomanie (PCI 2023), elaborato dal Gruppo esperti, 15 settembre 2023 (allegati su richiesta)

Disegno di

Legge
d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti
modifica del

IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

visto il messaggio del Consiglio di Stato n. 8483 del 4 settembre 2024,

decreta:

I

La legge d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti del 19 giugno 1978 è modificata come segue:

Titolo
Legge cantonale sugli stupefacenti (LCStup)

Ingresso
vista la legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope del 3 ottobre 1951 (LStup);

Capitolo primo
Disposizioni generali, autorità e competenze

Sezione 1
Disposizioni generali

Scopo
Art. 1
La presente legge disciplina i provvedimenti di competenza cantonale previsti dalla legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope del 3 ottobre 1951 (LStup) e dalle relative ordinanze.

Sezione 2
Autorità e competenze

Gran Consiglio
Art. 2

Consiglio di Stato
Art. 3

Gruppo di esperti
a) competenze
Art. 4

b) composizione

Art. 5

Delegato ai problemi delle tossicomanie

Art. 6

Servizi specializzati nelle dipendenze

Art. 6a

I servizi specializzati nelle dipendenze sono gli enti preposti per ricevere le segnalazioni di casi esistenti o a rischio di persone affette da turbe legate alla dipendenza secondo l'articolo 3c LStup.

Capitolo secondo

Provvedimenti

Sezione 1

Provvedimenti generali

Principio

Art. 7

Tipi di provvedimenti generali

Art. 8

Sono considerati provvedimenti generali ai sensi della presente legge:

- a) la prevenzione delle tossicomanie secondo quanto stabilito dalla legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (LSan);
- b) l'istituzione e la gestione di servizi e centri, ambulatoriali o residenziali, coattivi o non, di cura medico-psicologica, educativi, d'assistenza, di reintegrazione sociale, di formazione, di riqualificazione professionale e di altri interventi atti a favorire l'occupazione di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti;
- c) la documentazione, la ricerca, la formazione del personale, la valutazione e la gestione di programmi sperimentali nell'ambito delle tossicomanie.

Sezione 2

Provvedimenti individuali

Garanzia di pagamento e/o assunzione delle spese di presa a carico

Art. 9

Art. 10

abrogato

Collocamento coattivo

Art. 11

Capitolo terzo

Controlli, diritti e obblighi

Stabilimenti ospedalieri

Art. 12

Obbligo di segnalazione

Art. 14

Diritto di segnalazione

Art. 14a

Gli operatori sanitari possono segnalare al Medico cantonale i casi in cui vi sia il fondato sospetto di una prescrizione o dispensazione non adeguata di stupefacenti e sostanze psicotrope.

Messa al sicuro, vendita o distruzione

Art. 15

Capitolo quarto

Autorizzazioni

Art. 16 e 17

abrogati

Autorizzazione per stabilimenti ospedalieri

Art. 18 cpv. 1, 2 e 3

¹Le domande di autorizzazione secondo l'articolo 14 capoverso 1 LStup vanno presentate al Dipartimento nelle modalità prescritte dall'ordinanza sul controllo degli stupefacenti del 25 maggio 2011 (OCStup).

²Le domande di rinnovo devono essere inviate al Dipartimento entro il 30 novembre precedente la loro scadenza.

³ *abrogato*

Autorizzazione per istituti scientifici

Art. 19

¹Le domande di autorizzazione secondo l'articolo 14 capoverso 2 LStup vanno presentate al Dipartimento nelle modalità prescritte dall'ordinanza sul controllo degli stupefacenti del 25 maggio 2011 (OCStup).

²Le domande di rinnovo devono essere inviate al Dipartimento entro il 30 novembre precedente la loro scadenza.

³ *abrogato*

Autorizzazione per organizzazioni e autorità

Art. 19a

¹Le domande di autorizzazione secondo l'articolo 14a capoverso 1^{bis} LStup vanno presentate al Dipartimento nelle modalità prescritte dall'ordinanza sul controllo degli stupefacenti del 25 maggio 2011 (OCStup).

²Le domande di rinnovo devono essere inviate al Dipartimento entro il 30 novembre precedente la loro scadenza.

Custodia di colture e scorte

Art. 20

In caso di estinzione, annullamento o revoca delle autorizzazioni secondo gli articoli 18, 19 o 19a, eventuali colture di piante da alcaloidi o canapa, come pure eventuali scorte di stupefacenti sono affidate alla custodia del Farmacista cantonale, che provvede in conformità all'articolo 3c LStup.

Autorizzazione per la prescrizione, la dispensazione e la somministrazione di stupefacenti

Art. 21

¹Le domande di autorizzazione secondo l'articolo 3e capoverso 1 LStup vanno presentate al Dipartimento nelle modalità prescritte dall'ordinanza sulla dipendenza da stupefacenti del 25 maggio 2011 (ODStup).

²Il Consiglio di Stato disciplina la terapia agonista e il trattamento di persone dipendenti da stupefacenti e/o sostanze psicotrope.

Autorizzazione per l'istituzione e la gestione di servizi ambulatoriali e centri residenziali

Art. 22

Art. 23

abrogato

Capitolo quinto

Sussidiamento

Sezione 1

In generale

Provvedimenti sussidiabili

Art. 24

Spese computabili

Art. 25

Verifica dei bilanci

Art. 26

Approvazione di tariffe e rette

Art. 27

Ipoteca legale

Art. 28

Diritto sussidiario

Art. 29

Per il resto si applicano per analogia le disposizioni della legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.

Sezione 2

Entità dei sussidi

Progetti di prevenzione

Art. 30

Per la realizzazione di progetti di prevenzione secondo l'articolo 8 lettera a, lo Stato può concedere un sussidio fino ad un massimo del 75% della spesa preventivata.

Spese di investimento di servizi e centri ambulatoriali e residenziali

Art. 31

Spese di esercizio di servizi e centri ambulatoriali

Art. 32

Documentazione, ricerca, formazione del personale e sperimentazione

Art. 33

Capitolo sesto

Garanzia di pagamento e/o assunzione delle spese di presa a carico

Procedura per la garanzia di pagamento e/o assunzione delle spese di presa a carico

Art. 34 cpv. 4

⁴Contro le decisioni del Delegato in materia di garanzia di pagamento e/o assunzione delle spese di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento in centri residenziali di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti è data facoltà di reclamo al Delegato entro 30 giorni.

Riconoscimento dei centri residenziali

Art. 35

Modalità di versamento

Art. 36

¹Di principio l'importo assunto viene versato direttamente all'ente collocante.

²Gli importi percepiti indebitamente devono essere restituiti.

³Per la restituzione e la relativa prescrizione si applicano per analogia le disposizioni della legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.

Capitolo settimo

Disposizioni penali

Infrazioni alla LStup

Art. 37

¹Le infrazioni di cui agli articoli 19–27 LStup sono perseguite dall'autorità giudiziaria competente in virtù della legge sull'organizzazione giudiziaria del 10 maggio 2006 (LOG).

²L'autorità giudiziaria competente ordina parimenti i provvedimenti di cura e di reintegrazione ritenuti necessari.

³Nei casi previsti dall'articolo 19a cifra 3 LStup designa il medico responsabile del trattamento o dell'assistenza prescritti.

Altre contravvenzioni

Art. 38

Facoltà d'indagine

Art. 39

Sequestri

Art. 40

Confisca

Art. 41

Comunicazione

Art. 42

L'autorità di perseguimento penale notifica all'Ufficio federale di polizia, al più presto ma al massimo entro tre mesi dall'apertura dell'istruzione, qualsiasi procedimento penale promosso per infrazione alla LStup.

Capitolo ottavo

abrogato

Art. 43

abrogato

Capitolo nono

Disposizioni finali

Entrata in vigore

Art. 45

II

¹La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

²Il Consiglio di Stato ne stabilisce l'entrata in vigore.

Piano cantonale quadriennale degli interventi nel campo delle tossicomanie – PCI 2023

Rapporto al Consiglio di Stato

Gruppo esperti
Bellinzona, 15 settembre 2023



Indice

0. SINTESI	I
1. INTRODUZIONE	I
2. EVOLUZIONE DEL CONTESTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE	3
3. CASISTICA E OFFERTA A LIVELLO CANTONALE	7
3.1 QUADRO DI RIFERIMENTO	7
3.2 PANDEMIA E TOSSICODIPENDENTI	9
3.3 NON ESISTE UNA SOLA RISPOSTA ALLA COMPLESSITÀ	10
3.4 DAL LAVORO DI PROSSIMITÀ, ALLA BASSA SOGLIA, FINO ALL'INTERVENTO STRUTTURATO AMBULATORIALE	11
3.5 LE PRESTAZIONI A LIVELLO RESIDENZIALE	12
3.5.1 REMUNERAZIONE LAMAL DELLE DEGENZE IN PSICHIATRIA E PRESA A CARICO DELL'UTENZA CON DIPENDENZA E/O DOPPIA DIAGNOSI - SITUAZIONE OSSERVATA PRESSO LA CLINICA PSICHIATRICA CANTONALE (CPC)	14
3.6 I GIOVANI	16
3.7 TRATTAMENTO AMBULATORIALE ED EVOLUZIONE DEI CENTRI DI COMPETENZA MULTIDISCIPLINARI	19
3.8 LA RIDUZIONE DEL DANNO E I CENTRI DI ACCOGLIENZA	22
3.9 OCCUPAZIONE DEL TEMPO E REINSERIMENTO PROFESSIONALE	25
3.10 USO E ABUSO DI SOSTANZE PSICOATTIVE E OSSERVATORIO SULLE SOSTANZE	25
3.11 RILEVAMENTI DELLA MAGISTRATURA E DELLA POLIZIA CANTONALE	29
3.12 IL SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA	29
3.13 RIORIENTAMENTO DELL'OFFERTA	30
3.13.1 GIOVANI 12-25	30
3.13.2 OFFERTE DI PRESA IN CARICO INTERMEDIE	32
3.13.3 OFFERTA DI ATTIVITÀ OCCUPAZIONALI	32
3.13.4 FLESSIBILIZZAZIONE E SPECIALIZZAZIONE NELLE PRESE IN CARICO RESIDENZIALI	32
3.13.5 FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIO SANITARI	33
3.13.6 OSSERVATORIO SOSTANZE	33
4. STRESS E USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE	34
4.1 ASPETTI GENERALI	34
4.2 LA REALTÀ SVIZZERA	34
4.3 STRESS - LAVORO CORRELATO	36
4.4 STRESS E DIPENDENZA	37
4.5 IL "MIND DOPING" LAVORATIVO	38
4.6 L'ALCOL, UN ESEMPIO	38
4.7 CONSIDERAZIONI FINALI SULLA RILEVANZA DEL CONTESTO SOCIALE E LAVORATIVO	39

5. DIPENDENZE NELLA TERZA ETÀ	41
5.1 ASPETTI GENERALI	41
5.2 ASPETTI SPECIFICI	41
5.3 RICERCHE SULL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE DIPENDENTE	42
5.4 IPOTESI D'INTERVENTO	44
6. SOCIETÀ DIGITALE E CYBERADDICTION	47
6.1 SOCIETÀ DIGITALE E SFIDE IN AMBITO EDUCATIVO E SOCIALE	47
6.2 PASSI ATTUATI NELLE SCUOLE CANTONALI	50
7. STRATEGIA NAZIONALE DIPENDENZE E NUOVE FORME DI DIPENDENZA	52
7.1 MISURE SPECIFICHE PER LE NUOVE FORME DI DIPENDENZA	53
8. FACOLTÀ DI SEGNALAZIONE	54
9. CONSIDERAZIONI FINALI E RACCOMANDAZIONI	56
ALLEGATI	61
GLOSSARIO	62

0. Sintesi

Il presente Piano cantonale degli interventi (PCI) è la risultanza del lavoro svolto fino al 2020. L'avvento della pandemia ha sospeso l'attività del Gruppo esperti che a fine 2022 ha deciso di aggiornare il documento integrando i cambiamenti nel frattempo intervenuti anche a seguito del periodo pandemico. Un riesame generale delle tematiche settoriali sarà pertanto affrontato nell'ambito del prossimo quadriennio dalla nuova Commissione che sarà designata dal Consiglio di Stato a partire dal 1. gennaio 2024.

Evoluzione

L'evoluzione riscontrata negli ultimi anni a livello nazionale e internazionale conferma come il baricentro nelle politiche delle tossicomanie stia continuando a spostarsi, seppur lentamente, dal ricorso al diritto penale a politiche globali. Pur mantenendo alto il livello di guardia verso chi gestisce i traffici di stupefacenti, infatti, da un approccio politico in precedenza finalizzato alla mera gestione dell'offerta di droghe si è passati a politiche che si occupano pure della domanda, cioè dei consumatori e delle problematiche individuali e sociali di cui sono portatori. La riduzione del danno è così oggi divenuta una componente irrinunciabile delle moderne politiche delle tossicomanie. In questo ambito si inserisce pure l'attuale sperimentazione in atto nel nostro Paese in materia di consumo di canapa.

Più difficoltoso, sia da noi sia nel panorama internazionale, è invece il passaggio da una politica centrata sulle sostanze, in particolare sul loro statuto legale o meno, a un approccio che arrivi a comprendere, oltre gli stupefacenti, pure le sostanze legali.

La politica sul consumo di sostanze (legali e illegali) è quindi sempre più interpretata a livello nazionale quale componente di una politica sanitaria ben più generale, che verte sulla responsabilità personale e sulle competenze individuali al consumo inserite all'interno di quadri di regolamentazione.

Da questo punto di vista, ci si è interrogati a sapere se l'attuale legge cantonale d'applicazione alla LStup sia ancora d'attualità, concludendo che sia ormai giunto il momento di mettere mano a una revisione che renda la stessa al passo coi tempi e consenta una più confacente ed efficace attuazione di una politica non limitata alle sole sostanze illegali, bensì al complesso e variegato ambito delle dipendenze.

Casistica

Negli ultimi anni si è verificato un cambiamento progressivo e sostanziale nella modalità di consumo improprio di sostanze psicoattive illegali (droghe) o legali (alcol, psicofarmaci, analgesici). L'uso e l'abuso di sostanze psicoattive legali e illegali rappresenta un fenomeno complesso che si declina nella società in modi diversi e dipendono pure dalla cultura prevalente nella comunità di riferimento.

È opportuno, infatti, ricordare che, prima delle situazioni gravi e conclamate vi è una casistica più ampia, connotata da consumi meno problematici, ma che nel tempo possono evolvere in modo negativo e aggravarsi sino a determinare la necessità e la richiesta di interventi di presa a carico.

I servizi specializzati con mandato pubblico si occupano di quella percentuale fortunatamente minoritaria, ma numericamente non trascurabile, di persone che presentano una sofferenza bio-psico-sociale dovuta o aggravata dall'abuso di sostanze e/o da condotte compulsive e patologiche nell'ambito delle nuove dipendenze.

Si è ormai diffuso un poli-consumo di sostanze psicoattive multiple affiancato a un quadro di patologie somatiche e/o psichiatriche che determinano un quadro clinico complesso.

Altre nuove e preoccupanti derive quali l'inizio precoce (in prima adolescenza) dell'abuso di cannabinoidi e di farmaci (specialmente, ma non solo, alcol, benzodiazepine e codeina) sono segnalate in aumento con inevitabili conseguenze sfavorevoli sulla crescita e la riuscita personale dei nostri giovani.

L'evidenza sociosanitaria della prevalenza del poli-consumo ha portato nella letteratura specializzata alla definizione di un Disturbo da uso di sostanze (DUS), mettendo l'accento, più che sul tipo di sostanza utilizzato dal paziente, sull'analogia dei meccanismi bio-psico-sociali che sottendono all'instaurarsi della malattia della dipendenza.

Questa popolazione fragilizzata e dalla vita perlopiù marginale presenta aree di sintomi e disagio diffusi a più livelli. Malattie psichiatriche, somatiche, durata e cronicizzazione dei consumi, disagio psicosociale, condotte a rischio, problematiche familiari, disadattamento, conseguenze giudiziarie e invecchiamento precoce sono tra le principali caratteristiche. In questi casi si tratta di una fascia di popolazione particolarmente in difficoltà e bisognosa, portatrice di rischi sia personali sia per la salute pubblica (come le condotte di spaccio e/o diffusione di malattie trasmissibili) e in alcuni casi anche per la società tutta (aggressività e condotte antisociali).

Per fare fronte alla sempre maggiore complessità della presa in carico, i servizi ambulatoriali hanno adattato ai complessi bisogni dell'utenza le loro prestazioni: al tradizionale sostegno psico-sociale, si è dapprima aggiunta la terapia con agonisti oppioidi, condotta secondo le linee guida proposte dalla Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze, fino a giungere ad un vero e proprio approccio olistico alle dipendenze. La presa in carico pluri interdisciplinare condiviso, inserito in una prospettiva di lavoro e coordinamento di rete continuo, permette di operare in un'ottica olistica, attenta alla concreta complessità delle problematiche presentate dall'utenza, dando modo di raggiungere l'obiettivo di erogare prestazioni coerenti e omogenee, secondo criteri di appropriatezza, riqualificazione ed economicità, consolidando il sistema integrato d'interventi sulle dipendenze.

In ambito clinico, queste persone sono definite "pazienti difficili" o "casi complessi" per i quali è necessario un intervento di presa in carico in rete con professionisti portatori di curriculum formativi differenziati e complementari, attivi nei vari ambiti sociosanitari, socioeducativi e della sicurezza.

Inoltre un cambiamento di paradigma si rende opportuno a seguito dell'introduzione del sistema di remunerazione tariffale TARPSY e dalla riduzione di garanzia di copertura dei collocamenti stazionari ospedalieri da parte degli assicuratori malattia: i pazienti, soprattutto quelli complessi, finiscono per essere dimessi precocemente per la mancata copertura dei costi. Inoltre, nei casi di ricaduta con nuovo ricovero, le strutture psichiatriche stazionarie sono confrontate con penalizzazioni dal punto di vista finanziario fino al mancato pagamento

dei soggiorni da parte dell'assicurazione malattia, portando inevitabilmente con sé una riduzione delle prestazioni erogate oppure un aumento del costo a carico dell'ente pubblico.

Quotidianamente molti reparti ospedalieri (pronto soccorso, medicina interna, geriatria, oncologia, ecc.) si prendono cura di pazienti che presentano, oltre alla patologia per la quale vengono curati, concomitanti problemi di dipendenza. La maggior parte degli ospedali, tuttavia, non ha le competenze richieste per una valutazione globale e per un intervento generale per la presa in carico. Sarebbe quindi auspicabile orientarsi all'esterno e appoggiandosi a un'équipe mobile di tossicodipendenze, oppure reindirizzare il paziente verso una struttura specializzata in tossicodipendenze, gruppi di sostegno o, quando richiesto, a un reparto psichiatrico.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato un evento globale traumatizzante e non a caso ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale delle persone in tutto il mondo. La stessa ha avuto un impatto significativo sulla popolazione con dipendenze: la possibilità di accesso alle sostanze e le modalità di consumo sono radicalmente cambiate.

Anche il mercato globale delle droghe ha subito forti cambiamenti: le restrizioni di viaggio e le misure di distanziamento sociale hanno comportato cambiamenti anche nelle rotte e nelle modalità di trasporto delle droghe che non sembra tuttavia mai essere giunto da uno stop completo.

La pandemia ha poi compromesso, come per i sistemi sanitari, l'accesso ai servizi di trattamento e supporto, con strutture che hanno dovuto ridurre le loro attività o adattarsi al modello di cure remote. Ciò ha rappresentato una sfida per le persone con dipendenze che dipendevano da questi servizi per il sostegno e la gestione delle proprie condizioni.

A fronte di queste premesse, la situazione locale alle nostre latitudini ha tuttavia avuto un impatto meno severo del previsto e nel complesso, le persone con una dipendenza hanno superato la pandemia meglio del previsto, fisicamente, ma spesso anche psicologicamente. Questa è la conclusione a cui sono giunti gli esperti delle *addiction*.

I giovani

Il consumo di sostanze e gli eccessi puntuali associati sono spesso limitati al periodo che precede l'assunzione di responsabilità a livello professionale e familiare. La persistenza di comportamenti come il fumo, l'abuso di alcol e l'uso di sostanze legali e illegali indica che le restrizioni, come il divieto di vendita ai minori o il controllo del mercato delle droghe, da sole non sono sufficienti. È necessario sviluppare nuove strategie di prevenzione per mitigare le conseguenze negative che questi comportamenti possono avere sugli individui e sulla società. Questo è particolarmente importante in un contesto in cui le opportunità per socializzare e "fare festa" sono in aumento, i modelli di vita sono sempre più diversificati e molte persone cercano di utilizzare le sostanze per alleviare il disagio personale. La promozione di comportamenti sani tra adolescenti e giovani adulti richiede non solo l'intervento di servizi specializzati, ma anche un dibattito più ampio sulla posizione delle sostanze psicoattive nella vita quotidiana di ciascun individuo.

Dipendenze e invecchiamento

Una delle maggiori sfide alla quale è confrontato il mondo occidentale è l'invecchiamento della popolazione e l'ambito delle dipendenze non è escluso da tale fenomeno.

Un aspetto da non sottovalutare nella fascia di popolazione sopra i 65 anni, infatti, consiste nell'abuso di sostanze: negli ultimi 20 anni è stato registrato un netto aumento dei casi di dipendenza, rendendo la presa in carico del paziente anziano più difficile e onerosa. In tale contesto va menzionato che nel paziente anziano la dipendenza frequentemente non è diagnosticata perché mascherata da sintomi non specifici attribuiti alle malattie della persona anziana. Nell'età avanzata diminuisce la capacità del corpo di elaborare ed eliminare medicinali e bevande alcoliche, di conseguenza diminuisce la soglia minima per un effetto tossico. Il bicchiere di vino al pasto che ha accompagnato la persona per decenni, nell'età avanzata può già costituire un rischio.

L'età delle persone con un problema di dipendenza è in aumento. I professionisti e i servizi attivi nella presa a carico delle persone dipendenti e delle persone anziane sono confrontati con problematiche complesse. Un trasferimento di know-how tra professioni e una collaborazione interdisciplinare sono indispensabili per rafforzare l'intervento precoce e per garantire una presa a carico adeguata delle persone anziane.

Alla luce di queste informazioni il Gruppo esperti auspica che nell'aggiornamento della pianificazione integrata LANz-LACD siano considerate maggiormente le necessità delle persone con dipendenze. In particolare, il Gruppo ritiene che dovrebbero essere valutate le seguenti misure:

- la possibilità per le case per anziani di poter far riferimento a dei consulenti per problemi di dipendenza;
- la predisposizione di posti nelle case per anziani per accogliere persone con dipendenze.

Stress lavorativo e uso di sostanze psicoattive

Nella società occidentale, il valore e l'identità dell'individuo sono costruiti sempre più intorno al suo ruolo professionale. In un mondo del lavoro in cui è richiesto un rendimento sempre più alto e in cui sono in gioco interessi economici importanti, la percentuale di persone stressate sul posto di lavoro è in netto aumento. Gli effetti di uno stress negativo prolungato e un'incapacità nel ricorrere a strategie di coping funzionali, potrebbero influenzare il rischio di sviluppare sintomatologie croniche fisiche o psichiche, portando le persone stressate a essere maggiormente inclini a seguire impulsi quali il fumare, eccedere, bere, abusare di farmaci prescritti o sostanze in generale, come modalità per affrontare lo stress quotidiano. Ciò spiega l'importanza di comprendere meglio come funziona lo stress e lo sviluppo di strategie preventive adeguate al fine di salvaguardare la salute sul posto di lavoro.

Società digitale e cyberaddiction

Negli ultimi trent'anni vi è stato un importante sviluppo della digitalizzazione che ha rivoluzionato le pratiche della comunicazione e ha portato un profondo cambiamento strutturale nel mondo del lavoro. L'introduzione di tecnologie digitali ha preso sempre più importanza, divenendo irreversibile anche per quanto concerne l'educazione, la cultura e la vita della società in generale. Oltre a indubbi vantaggi, l'incremento delle tecnologie digitali ha comportato un evidente aumento dello stress e di forme di esaurimento percepiti da buona parte della popolazione attiva, con relativo rischio di sviluppare diverse forme di dipendenza.

Con l'avanzare della digitalizzazione sono, in generale, divenute necessarie nuove competenze, non solo digitali, ma soprattutto interdisciplinari o trasversali. Queste

competenze vanno quindi promosse, sostenute e sviluppate negli adulti ma anche nei bambini e nei giovani. Per quanto riguarda in particolare l'iniziazione di questi ultimi all'utilizzo dei media digitali, diversi interrogativi s'impongono (vedi capitolo 6).

Le risposte istituzionali

La presa in carico di persone con problemi di dipendenza presenta spesso gravi problemi di aderenza a piani di intervento sociosanitario: diviene quindi viepiù importante offrire loro programmi di cura integrati inter e multidisciplinari secondo un approccio bio-psico-sociale.

Per afferire a delle cure adeguate questi pazienti necessitano di un intervento d'équipe e di rete. Senza un adeguato aggancio quest'utenza non riesce ad accedere alle prestazioni, rispettivamente le abbandona precocemente. Il lavoro si declina pertanto dalla prossimità, nei luoghi di aggregazione, alla bassa soglia, come luogo di protezione dedicato all'accoglienza per rispondere ai bisogni primari di vita (vitto, igiene, cure di base) fino al sostegno abitativo e alla presa in carico strutturata.

Le prestazioni offerte dai Centri di competenza multidisciplinari offrono prescrizione, somministrazione e controllo della terapia con agonisti oppioidi e/o specifica per i problemi di addiction, terapie psichiatriche e psicoterapeutiche, diagnosi e trattamenti specifici legati allo scompenso somatico, accanto a un indispensabile sostegno socioeducativo.

Rispetto al precedente approccio classico delle Antenne, la novità dei Centri di competenza multidisciplinare, consiste nel considerare in modo integrato l'offerta degli interventi, in risposta agli specifici problemi e sofferenze dei pazienti/utenti. L'obiettivo è di offrire una risposta il più possibile personalizzata, specifica, adeguata ai bisogni e quindi economica.

L'esperienza fatta finora dimostra l'importanza di mantenere - "sotto lo stesso tetto" - la bassa soglia e la presa in carico sociosanitaria vera e propria per gli aspetti positivi di sinergia e facilitazione dell'accesso alle cure che questa collaborazione comporta. La continuità della cura rappresenta un obiettivo prioritario, in collaborazione con i servizi sociali e sanitari sul territorio.

Dal profilo residenziale emerge la necessità di una maggiore varietà e flessibilità del percorso terapeutico in funzione dei nuovi bisogni espressi dall'evoluzione della casistica e dai cambiamenti in atto sul fronte dei trattamenti.

Considerata la presenza di diversi attori impegnati nella presa in carico sul territorio, riveste particolare importanza la loro messa in rete affinché sia garantita al soggetto una continuità di presa in carico e terapeutica.

Inoltre diviene viepiù importante offrire o potenziare una presa in carico in strutture intermedie (potenziamento del sostegno abitativo e appartamenti protetti o camere di bassa soglia) con una maggiore offerta di attività occupazionali.

Considerazioni finali, risorse e riallocazione in base al fabbisogno

In conclusione al PCI il Gruppo esperti rimanda alla impostazione strategica volta al passaggio della visione dagli stupefacenti in senso stretto a un più ampio approccio alle dipendenze. Conseguentemente anche le attuali basi legali dovrebbero essere riviste per renderle al passo con i tempi.

La Confederazione nella strategia nazionale pone l'accento sull'importanza della messa in rete dei partner della politica in materia di dipendenze a livello intersettoriale affinché sfruttino le sinergie e integrino gli obiettivi della politica in materia di dipendenze in altri ambiti politici. Il coordinamento avviene a livello sia strategico, sia operativo. Il suo obiettivo è l'armonizzazione reciproca delle strategie cantonali di attuazione della politica in materia di dipendenze, la collaborazione con i rappresentanti delle diverse categorie professionali interessate e il coordinamento della politica federale con le esigenze specialistiche e con le priorità d'intervento definite nei Cantoni.

Per le ragioni esposte diventa ora indispensabile che la figura del delegato alle tossicomanie possa riassumere, come in passato, questo ruolo di coordinamento, oggi prevalentemente dedicato agli stupefacenti. Il coordinamento della rete dei presidi territoriali precedentemente descritto unitamente ad un costante sguardo ampliato sulle politiche nazionali e cantonali diviene oggi un compito imprescindibile da parte del nostro Cantone. Detto compito dovrebbe essere assunto dedicando a questa complessa materia una risorsa con una percentuale lavorativa pari al 50%, già allocata in passato.

I. Introduzione

La Legge cantonale d'applicazione (LCStup) della Legge federale sugli stupefacenti (LStup) prevede all'art. 4 cpv. 2 lett. a che ogni 4 anni il Gruppo esperti (GE) sottoponga al Consiglio di Stato un progetto di Piano cantonale degli interventi nelle tossicomanie (PCI).

Una volta licenziato dal Governo all'indirizzo del Gran Consiglio, in conformità all'art. 2 lett. a LCStup il Piano cantonale degli interventi è in seguito discusso in Parlamento.

Il Consiglio di Stato con risoluzione governativa n. 6307 dell'11 dicembre 2019, per il periodo 2020-2023, ha designato a far parte del Gruppo esperti, i seguenti membri:

- Daniele Intraina, già Direttore di Ingrado Servizi per le dipendenze, dal 2021 Direttore dell'OSC, Presidente;
- Eduardo Carrasco, Fondazione Il Gabbiano;
- Raffaella Ada Colombo, Direttrice della CPC dell'OSC;
- Martin Hilfiker, Direttore del Servizio per le dipendenze da sostanze di Comunità familiare;
- Esther Lienhard Salek, rappresentante del Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport;
- Giorgio Merlani, Medico cantonale;
- Andrea Pagani, Procuratore generale del Ministero pubblico;
- Mauro Fabrizio Ramsauer, Rappresentante dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino;
- Ursula Züblin, Ufficio del Giudice dei provvedimenti coercitivi.

Al Gruppo di lavoro partecipa il Delegato ai problemi delle tossicomanie che assume anche il compito di segretariato.

Nel corso dell'agosto 2020 il Gruppo esperti ha trasmesso alla Divisione della salute pubblica il Piano cantonale degli interventi PCI 2020, ma la gestione dell'emergenza Coronavirus ha assorbito la maggior parte delle risorse della Direzione della Divisione durante il periodo pandemico e pertanto il rapporto non è stato trasmesso al Parlamento. Il Gruppo esperti nel periodo pandemico non ha più svolto riunioni.

Il Delegato per i problemi delle tossicomanie, signor Matteo Ferrari, è stato posto al beneficio della pensione a contare dal 1° gennaio 2022, di conseguenza il Consiglio di Stato ha nominato, il 18 maggio 2022, la signora Monica Rivola quale nuova Delegata.

Il Presidente del Gruppo esperti e la nuova Delegata hanno deciso nell'autunno 2022 di riattivare il Gruppo.

Nell'ambito della riattivazione del Gruppo esperti alcuni membri hanno annunciato le proprie dimissioni, di conseguenza il Consiglio di Stato con risoluzione governativa n. 38 dell'11 gennaio 2023 ha deciso i seguenti avvicendamenti:

- signora Barbara Bonetti Matozzo in sostituzione della signora Esther Lienhard Salek;
- dr. med. Alberto Moriggia in sostituzione del dr. med. Mauro Fabrizio Ramsauer;
- la signora Monica Rivola, nuova Delegata ai problemi delle tossicomanie in sostituzione del signor Matteo Ferrari.

Nell'incontro del 1° dicembre 2022, il Gruppo ha deciso di voler aggiornare il PCI integrando gli importanti cambiamenti che ha portato il periodo pandemico.

Il PCI 2023 è quindi frutto del lavoro svolto sino al 2020 completato con gli aggiornamenti per le singole aree di competenze intervenuti nel periodo pandemico.

Un riesame più generale delle tematiche sarà affrontato nell'ambito del prossimo quadriennio dalla nuova Commissione che sarà designata dal Consiglio di Stato a partire dal 1° gennaio 2024.

2. Evoluzione del contesto internazionale e nazionale

L'evoluzione riscontrata negli ultimi anni a livello internazionale conferma come il baricentro nelle politiche delle tossicomanie stia continuando a spostarsi, seppur lentamente, dal ricorso al diritto penale a politiche globali. Pur mantenendo alto il livello di guardia verso chi gestisce i traffici di stupefacenti, infatti, da un approccio politico in precedenza finalizzato alla mera gestione dell'offerta di droghe si è passati, con un ritmo più o meno serrato a seconda dell'area geografica, a politiche che si occupano pure della domanda, cioè dei consumatori e delle problematiche individuali e sociali di cui sono portatori. La riduzione del danno è così oggi divenuta una componente irrinunciabile delle moderne politiche delle tossicomanie, anche se con declinazioni differenti nelle varie macroregioni del mondo.

Quest'evoluzione non stupisce chi segue il dibattito nazionale visto che in Svizzera la riduzione del danno è stata ancorata nella Legge federale sugli stupefacenti (LStup) con la votazione popolare del 30 novembre 2008 sulla revisione legislativa scaturita dalle esperienze fatte sul campo negli anni '80 e '90 e poi messa in vigore il 1° luglio 2011. Da allora, infatti, la politica della Confederazione e dei Cantoni in materia di stupefacenti è definita per legge come una "politica dei quattro pilastri", nella quale l'applicazione del diritto penale è complementare agli interventi negli altri ambiti d'azione:

Art. 1a Principio dei quattro pilastri

¹ *La Confederazione e i Cantoni prevedono misure nei quattro settori seguenti (principio dei quattro pilastri):*

- a. prevenzione;*
- b. terapia e reinserimento;*
- c. riduzione dei danni e aiuto alla sopravvivenza;*
- d. controllo e repressione.*

² *In tale ambito, la Confederazione e i Cantoni tengono conto delle esigenze della protezione generale della salute e della gioventù.*

Più difficoltoso, sia da noi sia nel panorama internazionale, è invece il passaggio da una politica centrata sulle sostanze, in particolare sul loro statuto legale o meno, a un approccio che arrivi a comprendere, oltre gli stupefacenti, pure le sostanze legali.

È pur vero che nel 2017 in Svizzera è stata avviata una Strategia nazionale dipendenze che mira a superare la (doppia) dicotomia tra sostanze legali e illegali rispettivamente tra dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali, cioè non legate al consumo di sostanze, ma non è ancora prefigurabile con quali tempi e modi ci si possa avviare a una revisione legislativa in tal senso. Non a caso, l'arco temporale di tale riflessione strategica è stato fissato dal Consiglio federale in modo particolarmente ampio con l'adozione di una Strategia nazionale dipendenze 2017-2024, proprio per rimarcare come le riflessioni socioculturali sottese a tale approccio siano ancora a venire.

Sulla canapa si è invece registrata a livello internazionale una dinamica ben più rapida. Da un lato, il ricorso alla canapa con finalità mediche si sta rapidamente diffondendo, mentre ad aprile 2023 è salito ormai ad oltre venti il numero degli Stati degli USA nei quali è prevista una regolamentazione dell'uso ricreativo di questa sostanza, che si conferma essere di gran

lunga lo stupefacente più consumato in tutte le regioni del mondo. Dopo l'Uruguay, che ha funto da apripista, anche il Canada, il Messico e il Sud Africa hanno adottato un approccio di regolamentazione a livello nazionale, mentre nell'Unione europea l'approccio seguito nei Paesi bassi e in Spagna si basa piuttosto su di un principio di opportunità, rinunciando cioè a perseguire il consumo nonché la produzione e il commercio di canapa a uso ricreativo fin tanto che restano gestiti localmente e senza ripercussioni sull'ordine pubblico.

In Svizzera, il dibattito sull'uso ricreativo della canapa si svolge invece più lentamente, anche se l'adozione della multa disciplinare per il consumo non autorizzato, introdotta nella Legge sugli stupefacenti (LStup) il 1° ottobre 2013, costituisce indubbiamente un passo nella direzione di una modifica nell'approccio verso una sostanza che sempre più sembra aver assunto nell'opinione pubblica e nei consumi della popolazione generale la valenza di un prodotto voluttuario, al pari di alcol e tabacco.

Il 19 giugno 2023 il Tribunale federale ha emesso una sentenza di principio che modifica l'interpretazione dell'art. 19b della Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope. Il Tribunale federale ha stabilito che una quantità minima (fino a 10 gr.) di canapa o di suoi derivati destinati al consumo personale non può essere sequestrata e confiscata.

Nel 2014, su richiesta del Consiglio di Stato, il Gruppo esperti aveva riesaminato la questione del consumo ricreativo di canapa, constatando come in Ticino non sussistesse un'emergenza, ma ribadendo che la principale preoccupazione in merito all'uso ricreativo resta il consumo da parte di minorenni, in particolare le loro possibilità di accesso alla sostanza nonché i contenuti e le modalità di comunicazione dei messaggi sul consumo di canapa che vengono diffusi tramite i media. Bisogna, infatti, evitare la banalizzazione della sostanza, ricordandone gli indubbi effetti negativi sul cervello in evoluzione dell'adolescente, così come per il consumo di altre sostanze il cui accesso è pure vietato ai minorenni. La banalizzazione presso i giovani purtroppo è già in corso, in parte anche a causa dell'insoddisfacente attuale situazione legislativa, che vede un divieto di principio accompagnarsi a un'evoluzione reale ben differente, vanificando così il messaggio della pericolosità insita nel consumo di sostanze psicotrope in giovane età.

L'impasse nazionale in merito è comprensibile poiché, in un paese federalista come la Svizzera, difficilmente si possono adottare repentini cambi di paradigma in politiche caratterizzate anche da differenti percezioni ed esperienze generazionali. Si ricorda che il Consiglio federale aveva formulato nel 2001 all'attenzione delle Camere una proposta in merito a una nuova soluzione per la canapa, che però non aveva trovato sufficiente sostegno in Parlamento.

Dopo un lungo dibattito politico il 15 maggio 2021 è entrata in vigore una modifica della LStup che autorizza le sperimentazioni pilota per l'uso ricreativo della canapa. Al momento sono già attivi alcuni progetti pilota in sei Cantoni e sul territorio ticinese sono state avviate alcune iniziative attualmente al vaglio dell'Ufficio federale di sanità pubblica, autorità incaricata di rilasciare le autorizzazioni.

Le condizioni per lo svolgimento di sperimentazioni pilota sono disciplinate nell'Ordinanza sulle sperimentazioni pilota secondo la legge sugli stupefacenti (OSPStup). L'Ufficio federale della sanità pubblica autorizza e vigila su detta sperimentazione, sentiti i Cantoni. L'obiettivo è di acquisire maggiori conoscenze sui vantaggi e gli svantaggi di una

dispensazione controllata della canapa e ottenere una comprovata base scientifica per eventuali decisioni in materia di regolamentazione del consumo della canapa.

Resta imprescindibile la maggiore età dei partecipanti che non potranno superare i 5'000 soggetti per ogni progetto, comprovato il loro consumo regolare di canapa. Considerato come detta sperimentazione dovrà avere una portata nazionale e comprendere un variegato numero di consumatori e di condizioni culturali, geografiche e sociali.

Questo percorso dovrà come indicato fornire la base scientifica all'eventuale regolamentazione di questa sostanza. La presente sperimentazione prevede esplicite misure per la protezione dei minorenni che, come detto, sono esclusi dalla ricerca.

Da segnalare, inoltre, la decisione del Consiglio federale d'istituire da gennaio 2020 un'unica Commissione federale per le questioni relative alle dipendenze e alla prevenzione delle malattie non trasmissibili (CFDNT), abrogando le tre precedenti commissioni settoriali: quella per le dipendenze (che aveva sostituito a inizio 2016 la Commissione federale per le questioni di droga), quella per i problemi legati all'alcol e quella per la prevenzione del tabagismo.

La politica sul consumo di sostanze (legali e illegali) è quindi sempre più interpretata a livello nazionale quale componente di una politica sanitaria ben più generale, che verte sulla responsabilità personale e sulle competenze individuali al consumo inserite all'interno di quadri di regolamentazione.

A tal proposito, si ricorda che il presente Piano cantonale degli interventi in ambito delle tossicomanie trova la propria base legale nell'art. 4 LCStup, cioè la Legge cantonale d'applicazione della Legge federale sugli stupefacenti (LStup). Di principio, pertanto, ci si concentra sul fenomeno del consumo (illegale) di stupefacenti e sulla presa a carico dei "tossicomani classici", anche se l'approccio perseguito dagli esperti diviene sempre più ampio, staccandosi dallo statuto d'illegalità e perfino dal riferimento al consumo di sostanze, per comprendere nell'analisi fattori socioeconomici, come lo stress sul mercato del lavoro (si veda il capitolo 4 Stress e uso di sostanze psicoattive), che possono indurre al consumo di sostanze sia illegali sia legali, oppure l'abuso del ricorso a comportamenti che possono anch'essi evolvere in dinamiche di dipendenza, si pensi alla digitalizzazione e al conseguente rischio dell'insorgere di una vera e propria cyber-dipendenza (si veda il capitolo 6 Società digitale e cyberaddiction).

Sulla base delle innegabili interazioni e interconnessioni tra il settore definito dalla LCStup e altre politiche pubbliche a carattere sanitario, sociale, assistenziale nonché educativo, il Gruppo esperti ha pertanto mantenuto un focus più ampio della "politica degli stupefacenti" intesa in senso stretto.

Da questo punto di vista, ci si è interrogati a sapere se l'attuale legge cantonale d'applicazione alla LStup sia ancora d'attualità, concludendo che sia ormai giunto il momento di mettere mano a una revisione che renda la stessa al passo coi tempi e consenta una più confacente ed efficace attuazione di una politica non limitata alle sole sostanze illegali, bensì al complesso e variegato ambito delle dipendenze. L'attuale rischio è di una frammentazione degli interventi a discapito di un approccio integrato più volte evidenziato nel presente Piano cantonale degli interventi, lo stesso testo legislativo appare, senza ombra di dubbio, anacronistico.

Per una visione ancora più allargata del fenomeno del consumo di sostanze, si rinvia al Piano cantonale alcol e tabacco, mentre per l'estensione alle dipendenze comportamentali si rinvia alla già citata Strategia nazionale dipendenze 2017-24.

3. Casistica e offerta a livello cantonale

3.1 Quadro di riferimento

Negli ultimi anni si è verificato un cambiamento progressivo e sostanziale nella modalità di consumo improprio di sostanze psicoattive illegali (droghe) o legali (alcol, psicofarmaci, analgesici). L'uso e l'abuso di sostanze psicoattive legali e illegali rappresenta un fenomeno complesso che si declina nella società in modi diversi e che dipendono anche dalla cultura prevalente nella comunità di riferimento.

È opportuno, infatti, ricordare che, prima delle situazioni gravi e conclamate, oggetto del presente Piano cantonale, c'è una casistica più ampia, connotata da consumi meno problematici, ma che nel tempo possono evolvere in modo negativo e aggravarsi sino a determinare la necessità e la richiesta di interventi di presa a carico.

Indipendentemente dall'interpretazione e dall'ideologia sottostante a tali fenomeni e alla loro diffusione nella popolazione generale, i servizi specializzati con mandato pubblico si occupano di quella percentuale fortunatamente minoritaria, ma numericamente non trascurabile, di persone che presentano una sofferenza bio-psico-sociale dovuta o aggravata dall'abuso di sostanze e/o da condotte compulsive e patologiche nell'ambito di nuove dipendenze (da gioco, da internet, ecc., -queste ultime frequentemente associate con l'assunzione di alcol e droghe-). In questa popolazione negli ultimi anni si è osservata una sostanziale modifica delle abitudini: dal consumo, perlopiù nel passato legato a una singola sostanza, si è ormai diffuso un poli-consumo di sostanze psicoattive multiple assunte insieme o in alternanza a dipendenza dell'effetto desiderato euforizzante o calmante. Il poli-consumo rappresenta la regola nella stragrande maggioranza dei casi che giungono all'osservazione dei servizi territoriali preposti. Quest'aspetto sociale e patologico sembra essere ancora sottostimato nella rilevanza della sua diffusione e sulle relative conseguenze. Altre nuove e preoccupanti derive quali l'inizio precoce (in prima adolescenza) dell'abuso di cannabinoidi e di farmaci (specialmente, ma non solo, alcol, benzodiazepine e codeina) sono segnalate in aumento con inevitabili conseguenze sfavorevoli sulla crescita e la riuscita personale dei nostri giovani.

L'evidenza sociosanitaria della prevalenza del poli-consumo ha portato nella letteratura specializzata alla definizione di un Disturbo da uso di sostanze (DUS), mettendo l'accento, più che sul tipo di sostanza utilizzato dal paziente, sull'analogia dei meccanismi bio-psico-sociali che sottendono all'instaurarsi della malattia della dipendenza.

Una sentenza del Tribunale federale amministrativo dell'11 luglio 2019, basata sulle evidenze mediche eziopatogenetiche della ricerca neuro scientifica oggi disponibili relative a una possibile condizione di malattia legata alla dipendenza da sostanze psicoattive, dimostra il cambiamento di paradigma culturale in atto.

L'esperienza quotidiana registrata nelle strutture per il trattamento e l'accoglienza di persone dipendenti, conferma i dati della ricerca e dimostra come una parte consistente di utenza che si affida ai servizi specializzati è portatrice di problematiche multiple bio-psico-sociali che non si esauriscono nel mero concetto della doppia diagnosi che, in queste circostanze, appare assai riduttiva.

Questa popolazione fragilizzata e dalla vita perlopiù marginale presenta aree di sintomi e disagio diffusi a più livelli. Malattie psichiatriche, somatiche, durata e cronicizzazione dei consumi, disagio psicosociale, condotte a rischio, problematiche familiari, disadattamento, conseguenze giudiziarie e invecchiamento precoce sono tra le principali caratteristiche che si registrano nel corso di un'esistenza di vita disadattata e sofferente tipica di questa casistica. In questi casi si tratta di una fascia di popolazione particolarmente in difficoltà e bisognosa, portatrice di rischi sia personali sia per la salute pubblica (come le condotte di spaccio e/o diffusione di malattie trasmissibili) e in alcuni casi anche per la società tutta (aggressività e condotte antisociali).

In ambito clinico, queste persone sono definite "pazienti difficili" o "casi complessi" per i quali è necessario un intervento di presa in carico in rete con professionisti portatori di curriculum formativi differenziati e complementari, attivi nei vari ambiti sociosanitari, socioeducativi e della sicurezza.

Per fare fronte alla sempre maggiore complessità della presa in carico, i servizi ambulatoriali hanno adattato ai complessi bisogni dell'utenza le loro prestazioni: al tradizionale sostegno psico-sociale, si è dapprima aggiunta la terapia con agonisti oppioidi, condotta secondo le linee guida proposte dalla Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze. Come già sottolineato, le conoscenze che si sono accumulate negli anni definiscono la dipendenza come una malattia e non più come un vizio della persona dato da una mancanza di volontà. In realtà, si tratta di un fenomeno complesso dalle multiple sfaccettature e nella presa a carico delle dipendenze l'intervento socioeducativo va abbinato ad aspetti clinici.

In questo contesto, per essere efficace l'attività deve viepiù declinarsi in un ambito di lavoro concreto e riferimento teorico di tipo interdisciplinare che richiede a tutti gli operatori uno sforzo di formazione ed esercizio al lavoro d'équipe e di rete. La presa in carico ha il suo centro nell'utente/paziente che è incentivato a porsi il più possibile come soggetto (partner) e non oggetto passivo del suo percorso di cura.

Per quanto attiene in modo specifico alla Medicina delle dipendenze (perlopiù nei decenni scorsi con interventi che si limitavano alla mera terapia sostitutiva nella dipendenza da oppiacei e alla farmacoterapia), quest'ultima ha ritrovato un suo indispensabile ruolo teorico e clinico e rappresenta una sfida teorica e procedurale in controtendenza con la sempre maggiore specializzazione settoriale, che resta peraltro indispensabile per la progressiva estensione delle conoscenze specifiche e tecniche che non possono essere possedute dal singolo. Nello specifico clinico, occorre che i medici dell'area somatica e psichiatrica (con psicologi e psicoterapeuti) lavorino insieme agli infermieri specializzati in salute mentale e in cure generali. Quest'assetto, che prevede anche consulti condivisi, ha fino a oggi fornito buoni risultati in termini di gradimento, specificità, adeguatezza, efficacia e verosimilmente economicità delle cure.

In generale, data l'inevitabile complessità e interrelazione delle professionalità implicate nel piano di cura e di sostegno, collaborazione, condivisione, coordinamento, partecipazione, conoscenza reciproca e costruzione di un linguaggio e di un sapere comune (che integri quello che è dato dal proprio specifico paradigma formativo), sono i concetti intorno ai quali si declinano sapere e procedere dell'operatore delle dipendenze.

3.2 Pandemia e tossicodipendenti

La pandemia di COVID-19 ha rappresentato un evento globale traumatizzante e non a caso ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale delle persone in tutto il mondo. La paura e l'incertezza associate alla diffusione della pandemia, le notizie e le immagini circolate hanno veicolato sofferenza e dolore. Inoltre anche le attività produttive, professionali, commerciali e finanziarie hanno accusato il colpo, incrementando il sentimento di incertezza e creando disoccupazione e concretamente situazioni di precarietà economica. Tutti questi aspetti poi non hanno potuto essere adeguatamente mitigati a causa delle misure di distanziamento sociale e alle restrizioni che hanno solo aumentato i livelli di ansia, depressione, stress e isolamento sociale e questo senza poter fare affidamento su reti informali e formali di aiuto. Tutto questo ha avuto un forte impatto negativo sulla salute mentale delle persone.

Gli effetti psicologici della pandemia, sia in generale che specificamente per la popolazione con dipendenze, sono stati indubbi. La pandemia ha avuto un impatto significativo sulla popolazione con dipendenze: la possibilità di accesso alle sostanze e le modalità di consumo sono radicalmente cambiate. Il distanziamento sociale e la chiusura di attività del divertimento notturno ed altre - tipicamente connesse al consumo - sono scomparse. Parallelamente molti individui hanno sperimentato una maggiore vulnerabilità a causa dell'instabilità economica, della perdita di lavoro e della mancanza di supporto sociale. Questi fattori hanno contribuito ad un aumento del rischio di ricadute, depressione e ansia tra le persone con dipendenze.

La percezione è poi forte che vi siano poi stati molti comportamenti "compensatori" rispettivamente di "auto-terapia" sia nella popolazione tossicodipendente, ma anche per la popolazione generale. L'alimentazione, l'uso di bevande alcoliche, l'uso di tecnologie ed il movimento fisico sono raramente rimaste nei valori di riferimento per le singole persone nel pre- durante e post pandemia.

Anche il mercato globale delle droghe ha subito forti cambiamenti: le restrizioni di viaggio e le misure di distanziamento sociale hanno comportato cambiamenti anche nelle rotte e nelle modalità di trasporto delle droghe che non sembra tuttavia mai essere giunto da uno stop completo.

La pandemia ha poi compromesso, come per i sistemi sanitari, l'accesso ai servizi di trattamento e supporto, con strutture che hanno dovuto ridurre le loro attività o adattarsi al modello di cure remote. Ciò ha rappresentato una sfida per le persone con dipendenze che dipendevano da questi servizi per il sostegno e la gestione delle proprie condizioni.

A fronte di queste premesse, la situazione locale alle nostre latitudini ha tuttavia avuto un impatto meno severo del previsto e nel complesso, le persone con una dipendenza hanno superato la pandemia meglio del previsto, fisicamente, ma spesso anche psicologicamente. Questa è la conclusione a cui sono giunti gli esperti delle *addiction*.

Diversi studi e dati a livello nazionale e cantonale hanno sorpreso gli stessi operatori: le persone in terapia sostitutiva avrebbero, potenzialmente, avuto più probabilità di essere infettate dal virus COVID-19 rispetto al resto della popolazione. I professionisti delle *addiction* hanno però osservato pochi casi con decorsi gravi, considerate le precarie

condizioni fisiche. Le ragioni possibili sono diverse, tra queste una possibile immunità incrociata legata ai comportamenti e agli stili di vita a cui queste persone sono esposte.

Durante il periodo pandemico va sottolineato come il sistema interdisciplinare, di sostegno e monitoraggio dei Servizi per le dipendenze abbia contribuito ad arginare e contenere la diffusione del virus con il rafforzamento immediato di misure di prevenzione e di azioni rispettivamente di interventi precoci di trattamento e cura. Durante la prima ondata di COVID-19 i numeri di utenti tossicodipendenti che hanno contratto il virus sono stati molto limitati. Nelle successive ondate vi sono stati più soggetti contagiati, ma sempre con decorsi blandi.

È verosimile che questa fascia di popolazione abbia fatto registrare una maggiore resilienza a causa dei seguenti motivi:

- minor consumo dovuto alle minori occasioni d'incontro (lockdown);
- l'assenza dalla scena aperta ha ridotto i fattori di stress dovuti allo spaccio e in generale all'illegalità;
- il periodo pandemico ha favorito, come in buona parte della popolazione, il diffondersi di un approccio particolarmente solidale e di attenzione verso le fasce più fragili della popolazione. In particolare gli operatori hanno dovuto attuare strategie volte a garantire una migliore vicinanza alla solitudine espressa da questa casistica.

Ciononostante non si può negare che il periodo pandemico abbia rappresentato, in particolare per questa utenza, momenti di difficoltà dovute alle restrizioni e alle misure di protezione. Rileviamo che per le persone anziane si è configurata la necessità di intensificare i contatti sociali che per questa utenza sono già limitati. L'aver mantenuto contatti a distanza ne ha in parte ridotto l'impatto negativo.

Le misure di protezione contro il COVID-19 hanno portato con sé molte sfide che hanno messo i professionisti nelle condizioni di trovare nuove modalità di sostegno e di presa in carico.

Le recenti statistiche hanno evidenziato che durante la pandemia le sostanze hanno continuato ad essere consumate in egual misura. L'ipotesi che il mercato della droga avrebbe conosciuto un rallentamento non ha trovato conferma.

3.3 Non esiste una sola risposta alla complessità

Per le problematiche che questi utenti fragilizzati portano con sé, si richiedono interventi interdisciplinari coerenti, coordinati e personalizzati. Resta quindi imperativo prevedere, assieme all'utente/paziente e alla sua famiglia, l'allestimento di un piano di presa in carico bio-psico-sociale i cui obiettivi devono considerare priorità, risorse e limiti. I "pazienti difficili" o "casi complessi" (definizioni della letteratura scientifica psichiatrica e psico-terapeutica per persone che presentano disturbi psichici e comportamentali gravi, difficili da inquadrare e gestire) che soffrono di un Disturbo da uso di sostanze (DUS) vivono spesso nella marginalità con aspetti di degrado nella vita quotidiana: abitano nella precarietà di appartamenti o in stanze di pensione che faticano a gestire, con difficoltà anche nel mantenere l'igiene personale e degli spazi, così come a livello nutrizionale. Difficoltà

presenti anche nel provvedere alle piccole incombenze amministrative necessarie alla vita civile.

Il loro stile di vita molto spesso si rifà a un funzionamento psico-comportamentale incentrato sul solo presente immediato (causato dai loro disturbi e dal consumo) con gravi problemi di aderenza ai piani d'intervento sociosanitario: difficile per queste persone recarsi agli appuntamenti programmati, seguire puntualmente una terapia per una malattia infettiva, dar seguito alle consegne date loro dagli operatori (per esempio richiedere un documento in un ufficio, aprire la corrispondenza, pagare le fatture, ma anche fare la spesa).

Dal punto di vista medico, questi pazienti sono portatori di tutto il corteo noto di malattie psichiche e fisiche anche gravi e che necessiterebbero una cura specifica e costante.

La complessità che contraddistingue la presa a carico di persone difficili con problematiche di dipendenza mette spesso in crisi la coerenza d'intervento e la continuità delle cure degli attori territoriali coinvolti, con importanti conseguenze anche in termini finanziari dovute alle ripetute sollecitazioni degli attori di primo intervento (continui ricoveri, interventi di polizia ecc.) oltre a un mancato raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia terapeutica. Il criterio base di valutazione degli interventi deve quindi tendere alla coerenza e all'ottimizzazione dell'efficacia e verifica sistematica dei risultati in percorsi attivi orientati ai bisogni dell'utente. Il principio di efficienza ed economicità implica l'implementazione e l'adozione di strumenti per il controllo di gestione. Diventa fondamentale evitare sovrapposizioni di competenze e semplificare le procedure amministrative, condizioni che richiedono l'adozione di un modello di coordinamento fra diversi ambiti istituzionali dell'azione pubblica (community work).

L'approccio pluri interdisciplinare condiviso, inserito in una prospettiva di lavoro e coordinamento di rete continuo, permette di operare in un'ottica olistica, attenta alla concreta complessità delle problematiche presentate dall'utenza, dando modo di raggiungere l'obiettivo di erogare prestazioni coerenti e omogenee, secondo criteri di appropriatezza, riqualificazione ed economicità, consolidando il sistema integrato d'interventi sulle dipendenze.

3.4 Dal lavoro di prossimità, alla bassa soglia, fino all'intervento strutturato ambulatoriale

Per afferire a cure adeguate questi pazienti necessitano di un intervento d'équipe che si declina dalla bassa soglia fino alla terapia medica specialistica. Senza un adeguato aggancio quest'utenza non riesce ad accedere alle prestazioni, rispettivamente le abbandona precocemente. L'operatore di prossimità, possibilmente accompagnato dall'infermiere di prossimità (e puntualmente anche dal medico in caso di necessità), riesce bene a contattare questa popolazione nei problematici luoghi di aggregazione, mantenendone un monitoraggio anche quando le persone "escono dai radar dei servizi", sensibilizzandole rispetto alle condotte a rischio per la salute, sostenendole senza pregiudizi, accompagnandole in tutto il loro percorso.

Il Centro a bassa soglia, nato come un luogo dedicato all'accoglienza e al sostegno educativo ai bisogni primari, ha conosciuto nel tempo un'evoluzione divenendo una struttura con funzione di "milieu therapy". Diverse attività si sono aggiunte nel tempo come il sostegno abitativo, le attività di occupazione del tempo anche in esterno e di prevenzione del contagio da malattie trasmissibili, con la sensibilizzazione e la partecipazione degli utenti (distribuzione di kit d'iniezione con intervento educativo volto alla problematizzazione delle abitudini di consumo). In collaborazione con la Medicina delle dipendenze, è offerto bisettimanalmente uno sportello di consulenza psicologica senza necessità di prendere anticipatamente un appuntamento (aspetto che come già descritto rappresenta un ostacolo praticamente insormontabile per una parte dei pazienti che non posseggono ancora un adeguato senso dell'organizzazione e della continuità del tempo) che ha riscosso una buona partecipazione con l'obiettivo del raggiungimento di una maggiore continuità nella cura e del funzionamento personale.

3.5 Le prestazioni a livello residenziale

La continua diminuzione dei collocamenti stazionari (a fine 2022 erano dieci le persone in collocamento terapeutico), unita all'avvenuta chiusura di strutture residenziali, conferma le tendenze anticipate nei passati Piani cantonali degli interventi.

In genere, si è diversificata la tipologia di percorso delle persone dipendenti da oppiacei e, anche a causa dell'età, parte di loro ha già effettuato uno o più trattamenti residenziali. Vi è pure chi rifugge da lunghi periodi di cura. L'evoluzione delle tossicodipendenze ha comportato soprattutto una diversificazione della casistica. Emerge pertanto la necessità di una maggiore varietà e flessibilità del percorso terapeutico. A causa dell'accresciuta età media di una parte dei dipendenti da oppiacei in collocamento, della contemporanea presenza di una specifica casistica di giovani e dell'aumento dei casi di comorbidità psichiatrica, occorre che il progetto terapeutico e educativo sia sempre più personalizzato e necessitante di un adeguamento dell'approccio anche in ambito residenziale. D'altra parte, anche il post-acuto diventa sempre più importante: a oggi non vi è una struttura adeguatamente predisposta per quei pazienti che, in fase di dimissione dalla Clinica psichiatrica cantonale, non sono ancora in grado di sostenere un percorso ambulatoriale immediato. Questi soggetti, portatori di una problematica bio-psico-sociale complessa e non risolta, necessiterebbero di strutture protette che li affianchino e li sostengano fino a raggiungere uno stato di salute compatibile con la presa in carico ambulatoriale successiva. Tale casistica oggi non trova risposte presso le strutture residenziali avendo queste ultime un'impostazione orientata a un'utenza con sintomi e consumi stabilizzati dopo il classico percorso di cura stazionaria ospedaliera. Per questa casistica andrebbe pianificato un passaggio intermedio necessario per coloro che, terminato il percorso di cura residenziale, necessitano ancora di sostegno: per esempio la possibilità di soggiorno dapprima in appartamenti protetti e successivamente in luoghi che permettano il ripristino di un'autonomia totale, dove possibile, o affiancata da progetti di sostegno abitativo, dove necessario. In tali situazioni, che sovente vedono intervenire più servizi pubblici e privati, si rende opportuno affiancare agli interventi specialistici un ruolo di case manager.

L'evoluzione dei collocamenti residenziali dipende quindi da più fattori, molti dei quali non influenzabili direttamente dagli enti che gestiscono le strutture o dalle Antenne. Si ritiene essenziale poter garantire in futuro una maggiore e sufficiente differenziazione dell'offerta

al fine di rispondere all'evoluzione dei bisogni della casistica, promuovendo una maggiore varietà e flessibilità del percorso in ambito residenziale, con una migliore complementarità tra le strutture e una maggiore specializzazione.

È utile sottolineare come sia necessario rispondere a nuovi bisogni rilevati come prioritari, quali per esempio il sostegno a pazienti dipendenti collocati in strutture protette da parte di operatori delle dipendenze o ancora le prestazioni da modulare sulle esigenze di persone che hanno un lavoro regolare e che necessitano di essere seguite la sera, durante il fine settimana e le vacanze.

L'implementazione di queste possibilità di presa in carico consentirebbe di raggiungere una parte attualmente non coperta dell'utenza target con verosimilmente una maggiore gestione del craving e una diminuzione delle ricadute.

I bisogni rilevati indicano anche la necessità di estendere un'offerta ampliata di prestazioni di sostegno anche alle persone che presentano una situazione di dipendenza cronica, perlopiù accompagnata da multiple comorbidità di ordine psichiatrico e/o somatico. Attualmente sul territorio non si dispone di strutture adeguate con un'assistenza socioeducativa del genere della bassa soglia sulle 24 ore. Uno degli aspetti importanti per la progettazione futura basata sulla realtà dell'utenza più bisognosa, fragile e a rischio riguarda soluzioni abitative con sostegno dedicate a persone impossibilitate, per ragioni legate al loro quadro clinico complessivo, a mantenere l'astinenza dal consumo di sostanze, così come richiesto dalle strutture residenziali presenti ora sul territorio cantonale. Per tali casistiche un sostegno al domicilio non è sufficiente, un collocamento in comunità non è indicato (alle spalle hanno già più percorsi residenziali falliti) e l'accesso ad altre strutture, per esempio in ambito della Legge sull'integrazione socioprofessionale degli invalidi (LISPI) è negato a causa del consumo.

A livello giurisprudenziale, la citata sentenza del Tribunale federale dell'11 luglio 2019, ha modificato la giurisprudenza nell'ambito dell'assicurazione invalidità. Di principio, infatti, la tossicodipendenza in sé non giustificava da sola il riconoscimento di un'invalidità ed era ritenuta rilevante solo se sviluppata in seguito a una malattia oppure se causa una malattia o un infortunio. La giurisprudenza anteriore partiva dall'idea che il tossicomane stesso era responsabile del suo stato e che in principio la dipendenza potesse essere trattata con l'astinenza. Come detto, il cambio di giurisprudenza, ha modificato l'approccio della valutazione stabilendo che è necessario chiarire se la dipendenza da sostanze diagnosticata da specialisti influisca sulla capacità lavorativa della persona interessata. La dipendenza è stata in tal modo ricondotta a un fenomeno di natura patologica per il quale, analogamente ad altri disturbi mentali cui si applicano criteri oggettivi, occorre valutare se il soggetto sia in grado di svolgere un'attività a tempo pieno o parziale. Anche in ambito peritale, i medici nella prassi di presentazione del caso, non segnalano la dipendenza come causa primaria, ma puntano su altri temi.

Per quanto concerne i collocamenti coattivi, giusta l'art. 426 CC, di persone con dipendenze da sostanze si applicano le modalità e la procedura previste dalla legge sull'assistenza sociopsichiatrica. I collocamenti coattivi possono essere effettuati anche presso i servizi e i centri residenziali dove avvengono i collocamenti volontari, purtuttavia l'assunzione di spese di cura, di degenza e di trattamento in tal caso non sono assunti dal Cantone.

I costi di gestione (compenso, spese, tasse) della misura di protezione sono a carico della persona interessata o di chi è tenuto al suo sostentamento (art. 19 LPMA). Se la persona interessata o chi altrimenti è tenuto al suo sostentamento non vi fa fronte, tali costi sono anticipati dall'autorità regionale di protezione (ARP). Nel caso in cui le spese non possano essere recuperate dall'interessato o da chi è tenuto al suo sostentamento, le stesse sono a carico del Comune di domicilio della persona interessata (art. 3 cpv. 3 ROPMA).

La questione legata alle garanzie di pagamento delle rette resta aperta poiché i Comuni non se ne prendono a carico.

Si rileva inoltre che nell'applicazione delle misure ordinate dalle ARP occorrerebbe, al fine di valutarne l'adeguatezza, poterle concertare con le strutture d'accoglienza.

3.5.1 Remunerazione LAMal delle degenze in psichiatria e presa a carico dell'utenza con dipendenza e/o doppia diagnosi - situazione osservata presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC)

Un cambiamento di paradigma si rende opportuno a seguito dell'introduzione del nuovo sistema di remunerazione tariffale TARPSY e dalla riduzione di garanzia di copertura dei collocamenti stazionari ospedalieri da parte degli assicuratori malattia: i pazienti, soprattutto quelli complessi, finiscono per essere dimessi precocemente per la mancata copertura dei costi. Inoltre, nei casi di ricaduta con nuovo ricovero, le strutture psichiatriche stazionarie sono confrontate con penalizzazioni dal punto di vista finanziario fino al mancato pagamento dei soggiorni da parte dell'assicurazione malattia, portando inevitabilmente con sé una riduzione delle prestazioni erogate oppure un aumento del costo a carico dell'ente pubblico. Si evidenzia sempre più che gli assicuratori malattia, nell'esercizio delle loro decisioni, richiedono che la cura stazionaria di condizioni acute nelle tossicomanie sia di durata non superiore a 7-10 giorni, esigendo che debba esserci al più presto una presa a carico ambulatoriale-territoriale.

Nonostante, dall'osservatorio della CPC, si insista sulla presenza di una casistica clinica complessa caratterizzata da doppia diagnosi o poliabusi, sia in fase di binge-drinking sia in corso di franca dipendenza, gli assicuratori malattia sostengono la necessità di limitare la degenza alla fase di disintossicazione acuta prettamente a specificità somatica, invitando a demandare il seguito immediato della presa a carico al servizio ambulatoriale territoriale preposto alle dipendenze.

Inoltre, si registra esservi un ampio margine di discrezionalità nell'apprezzamento delle situazioni da parte dei vari assicuratori malattia, che possono arrivare anche a differire fortemente, contravvenendo così al principio di equità posto alla base della LAMal, assicurazione universale e obbligatoria deputata a offrire prestazioni omogenee.

In tale scenario si evidenzia una possibile evoluzione che potrebbe comportare più rischi:

- a) una maggiore pressione a degenze brevi nello stazionario: ciò comporta, come conseguenza, che condizioni di complessità psicopatologica non siano ancora in fase di stabilizzazione alla dimissione e richiedano quindi una presa a carico immediata e intensiva da parte delle strutture presenti sul territorio e preposte alle dipendenze, non sufficientemente attrezzate per tale presa a carico. Un importante fenomeno di

riammissioni a breve: nel 2022, il 25.0% (2019: 17.6%) delle degenze in CPC legate all'uso di alcol o sostanze hanno comportato una riammissione entro 30 giorni (2019:15 giorni) dalla dimissione, contro il 15.4% (2019: 12.1%) dei casi in cui non era presente una problematica di dipendenza. Nel caso di frequenti riammissioni e ove si configura una condizione di alto utilizzo delle strutture, a volte non è garantita la copertura assicurativa degli assicuratori malattia che non riconoscono più le degenze come acute, bensì croniche, anche qualora i ricoveri siano su ordine medico (ex ricovero coatto). Problematiche psicopatologiche soggiacenti l'abuso in acuto delle sostanze, alla luce delle procedure diagnostiche imposte da TARPSY, non possono essere riconosciute in termini economici se non con chiara e motivata spiegazione (rapporto medico) tale da giustificare all'assicuratore malattia la durata e la qualità della presa a carico dopo aver trattato lo stato acuto collegato alla sostanza;

- b) laddove la degenza si protrae a causa dell'attesa d'inserimento in strutture territoriali per le tossicodipendenze, le procedure TARPSY prevedono in automatico delle tariffe notevolmente inferiori a quelle riconosciute per l'acuto, vale a dire che sono considerate degenze "in attesa di trasferimento o sociali".

Dei 2'167 casi clinici transitati in CPC nel 2022 (1'942 nel 2019), ben 984 (45.4%) (nel 2019 936 casi) presentavano una diagnosi principale o secondaria legata all'uso di sostanze psicoattive (F10 e F11-F19). Il 47.9% dei pazienti riammessi durante l'anno presenta questa diagnosi.

Le tabelle seguenti descrivono la casistica CPC 2022 e 2019 con riferimento alle diagnosi legate al consumo di sostanze (alcol compreso).

	2022		2019	
	N	N	N	%
Diagnosi principale o secondaria F10-F11-19	984	45.4	936	45.4
Senza diagnosi indicata di dipendenza	1183	51.8	1006	54.6
TOTALE	2167	100	1942	100

Tabella 1: Casi transitati in CPC 2022 e 2019: presenza di una diagnosi legata al consumo di sostanze

	Diagnosi principale o secondaria F10-F11-19		Senza diagnosi indicata di dipendenza	
	N=984	%	N=1183	%
Sesso				
-uomini	677	68.8	556	47.0
-donne	307	31.2	627	53.0
Età media	39.3		48.4	
Modalità di ricovero				
-volontario	605	61.5	810	68.5
-coatto	379	38.5	373	31.5
Precedenti in CPC				
-1° ricovero	250	25.4	497	42.0
-2°-3° ricovero	186	18.9	288	24.3
-4° ricovero o più	548	55.7	398	33.6

Tabella 2: Casi transitati in CPC 2022 alcune caratteristiche, presenza di una diagnosi legata al consumo di sostanze

Pazienti riammessi nell'anno	2016 N=282		2017 N=290		2018 N=289		2019 N=314		2020 N=310		2021 N=304		2022 N=376	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F10-F19	132	46.8	138	47.6	149	51.6	179	57.0	158	51.0 ¹	150	49.3	180	47.9

Tabella 3: Percentuale di pazienti (teste) ammessi più volte nell'anno alla CPC con presenza di una diagnosi legata al consumo di sostanze

3.6 I giovani

Il consumo di sostanze e gli eccessi puntuali associati sono spesso limitati al periodo che precede l'assunzione di responsabilità a livello professionale e familiare. La persistenza del tabagismo, dell'abuso di alcol e del consumo di sostanze psicoattive legali e illegali evidenziano i limiti delle misure che mirano a ridurre la disponibilità dei prodotti (divieti di vendita ai minori di 18 anni, consumo di farmaci *off-label*, controllo del mercato degli stupefacenti) e la necessità di sviluppare delle nuove strategie di prevenzione al fine di ridurre le conseguenze che questi comportamenti possono avere sugli individui e sulla comunità in un contesto caratterizzato dall'aumento delle possibilità di uscire e "far festa", dalla diversificazione degli stili di vita e da comportamenti di consumo orientati a ridurre disagi e malesseri personali. I comportamenti di consumo di adolescenti e giovani adulti non sollecitano unicamente i servizi specializzati, ma richiamano anche la necessità di un esteso dibattito sociale sullo spazio che le sostanze psicoattive occupano nella vita quotidiana di ogni persona.

¹ A partire dal 2020 è cambiato il sistema di rilevamento di conseguenza i dati a partire dal 2020 sono difficilmente paragonabili con gli anni precedenti

La canapa rimane una sostanza attrattiva per i giovani. Nonostante un apparente interesse iniziale rispetto al CBD, i giovanissimi sembrano ricercare lo sballo. Nell'immaginario collettivo, anche il consumo di canapa (così come avviene per il consumo di alcol) viene normalizzato/banalizzato e i rischi associati vengono spesso sottostimati; inoltre è una sostanza facilmente reperibile nel mercato nero anche da parte dei minorenni (Ingrado, 2020; SAD, 2020). Il fatto che il pronto soccorso pediatrico segnali una diminuzione rispetto ai ricoveri da THC (PS Pediatrico, 2022), non vuol dire che non ci sia un consumo. In pediatria, infatti, vengono visti quei giovani il cui consumo di canapa è associato simultaneamente a quello dell'alcol. Negli ultimi anni si assiste ad un "miglioramento" per quanto riguarda la qualità della canapa con coltivazioni che permettono di arrivare ad un THC molto elevato e questo aspetto aumenta il rischio di intossicazioni. Questo è preoccupante se si pensa che la canapa è una delle sostanze di sperimentazione consumate dai giovanissimi. Inoltre, secondo i professionisti il mercato della canapa sembra essere redditizio per i giovani spacciatori con un mercato fiorente. I giovani vedono la canapa come una sostanza che porta essenzialmente più benefici che aspetti negativi. Oltre a questo, vi è anche tra i genitori una generazione che fuma canapa, o l'ha fumata in passato, rendendo il discorso più complesso. Il consumo di canapa sperimentale e ricreativo, a livello iniziale, può assumere nel tempo uno spazio sempre maggiore nella vita dei giovani, arrivando a sostituire o influenzare importanti compiti di crescita, diventando sempre più problematico fino ad instaurare una vera e propria dipendenza.

Il consumo di canapa continua ad essere un argomento attuale e complesso. Lo sviluppo di studi pilota in Svizzera lo dimostra. Questi studi intendono analizzare il fenomeno di consumo di canapa in un contesto più regolamentato. A differenza del passato dove la discussione o riflessione sulla canapa comprendeva la logica penalizzare o depenalizzare, la base legislativa sulla quale si fonda la sperimentazione degli studi pilota, prende in considerazione e porta avanti una modalità di affrontare la questione canapa con lo scopo di tutelare meglio la salute dei giovani. Si spera che questo modello regolamentato abbia un impatto sul consumo dei giovani e si possa gestire meglio il mercato nero per salvaguardare la salute e la sicurezza pubblica. Determinanti saranno i diversi progetti sperimentali che riflettono il contesto locale sul territorio svizzero.

Per quanto concerne il consumo di psicofarmaci a scopo ricreativo, il consumo di farmaci che contengono codeina a scopo stupefacente sembra in diminuzione, mentre il consumo di benzodiazepine sul territorio ticinese sembra essere in aumento, in particolare tra i più giovani (FOPSI, 2019, 2020). Nei discorsi dei giovani il consumo di benzodiazepine sembra essere più normalizzato tanto da apparire agli occhi di alcuni come una vera e propria tendenza.

La fascia di età di giovani dipendenti sotto i 25 anni difficilmente trova risposte adeguate presso le strutture presenti. La gestione ambulatoriale in caso di abuso di sostanze psicoattive (al di fuori di un uso di THC transitorio, ricreativo e legato agli aspetti di ricerca e trasgressione, tipici dell'età giovanile) è al momento difficoltosa all'interno delle strutture dedicate alle tossicodipendenze per diverse ragioni tra le quali, per esempio, i rischi di amplificazione del consumo a seguito dell'incontro con utenti più anziani. Per la casistica dei minorenni, si registra una carenza di personale sanitario e socioeducativo specializzato e ciò rappresenta un limite evidente per la presa in carico di situazioni che esulano dalla consulenza puntuale. In quest'ambito peraltro, i servizi FAST (Famiglia/Adolescenza/Sostanza/Terapia), avviato nel 2015 da Antenna Icaro, e MAPS (Mediazione/Adolescenti/

Parenti/Sostanze), avviato nel 2016 da Ingrado, sono una buona risposta a situazioni di giovani consumatori non troppo problematici e ai loro famigliari. Tali attività andrebbero ulteriormente potenziate, anche alla luce delle preoccupanti e mutate abitudini di consumo e dell'aumento del disagio giovanile a queste correlate, come da più parti segnalato. FAST e MAPS non permettono tuttavia di sostenere quella popolazione di giovani con consumi importanti che sviluppano una dipendenza. I casi più problematici necessiterebbero collocamenti in ambiti interdisciplinari adatti alla fascia d'età, mentre il collocamento presso le strutture oggi a disposizione risulta spesso non idoneo e a rischio.

Il problema dei cosiddetti giovani NEETs (persona che non studia e non lavora) è un problema ormai riconosciuto a livello europeo. Esso riguarda la marginalizzazione, nel mercato del lavoro, di giovani che a causa di fattori soggettivi e oggettivi finiscono col ricadere in una condizione di abbandono e rinunciano di conseguenza alla ricerca di prospettive d'impiego e di crescita professionale. La situazione e il contesto di difficoltà che questi giovani vivono sono spesso problemi riportati da lontano, per difficoltà sociali ed economiche riscontrate già in famiglia.

In questo senso anche il Ticino conosce il problema dei NEETs: circa 800 giovani, infatti, sono indirizzati a percorsi alternativi perché non trovano una loro collocazione dopo le scuole medie e si orientano verso l'Istituto della transizione e del sostegno (ITS). La fase di transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione post-obbligatoria è particolarmente delicata e nel secondo biennio della scuola media (ciclo di orientamento) sono state introdotte diverse misure per prevenire l'abbandono scolastico e la rottura con i percorsi di inserimento professionale e formativi. Attraverso il Servizio di sostegno pedagogico che durante l'intero iter scolastico offre un sostegno scolastico e socioeducativo volto a prevenire varie forme di insuccesso, rispettivamente disadattamento, scolastico e abbandono, la differenziazione curricolare permette di accompagnare in modo mirato allievi che presentano difficoltà e/o che vivono situazioni di vulnerabilità a diversi livelli. Anche progetti come il LIFT e il Case management FP (che permette di accompagnare giovani con fragilità sociali e famigliari in questa fase di transizione) offrono un valido supporto per prevenire traiettorie di abbandono e ritiro sociale. Nel settore della formazione professionale, l'ITS è la struttura cantonale incaricata con l'anno scolastico 2014/15 di coordinare le misure d'intervento rivolte ad aiutare i giovani a tre livelli. Dapprima nella transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione post-obbligatoria per l'integrazione nella vita professionale e sociale, tramite pre-tirocinio di orientamento (PTO), pre-tirocinio d'integrazione (PTI) e semestre di motivazione (SeMo). In seguito, con specifiche forme di sostegno per iniziare, mantenere e terminare una prima formazione professionale di base (proseguimento del case management). Infine, sostenendo i giovani a rischio d'insuccesso nel loro percorso formativo, con un sostegno principalmente scolastico (sostegno individuale nella formazione professionale).

Altri ragazzi invece abbandonano il percorso di formazione e si trovano in situazione di Drop-out², mentre in Ticino, alla fine del 2022, c'erano 567 (nel 2018: 976) ragazzi in assistenza tra i 18 e i 25 anni.

² Si veda il Rapporto SUPSI/DFP "A 20 anni in assistenza: percorsi di vita dei giovani ticinesi beneficiari di aiuti sociali" di Jenny Marcionetti, Spartaco Calvo ed Elena Casabianca, 2018.

Questo fenomeno, è da tenere sotto controllo ed è importante evitare comportamenti a rischio in momenti di fragilità individuali che spesso non sono rilevati in tempo. Si tratta dunque di fare un lavoro di prevenzione importante sin da giovani, per evitare che i comportamenti a rischio si tramutino in problemi di consumo e in forme di marginalizzazione in età più avanzata.

In quest'ottica, quanto presentato dal Consiglio di Stato con il messaggio n. 7782 del 7 gennaio 2020 "Progetto Obiettivo 95%", cioè la modifica della Legge della scuola con l'introduzione dell'obbligo formativo fino alla maggiore età, va nella direzione auspicata.

In questi anni stiamo assistendo ad un fenomeno che ha assunto carattere importante anche nel nostro Cantone, ovvero la diffusione del consumo di crack. Spesso questa sostanza è associata ad un consumo giovanile, anche se non solo. Solitamente questa tipologia di utenti consumano altre sostanze. A seguito delle intossicazioni questi giovani afferiscono anche alla Clinica psichiatrica cantonale in genere il fine settimana. A fronte di importanti scompensi psicosomatici vengono spesso ricoverati dai PS con modalità coatte. In CPC pertanto viene gestita la fase acuta e post acuta, monitorando costantemente anche la parte organica, considerato che si tratta di una sostanza che causa anche effetti a livello cardiocircolatorio oltre che a livello psichico (allucinazioni, deliri, ecc.). Superata la fase iniziale che può durare da alcune ore a qualche giorno, viene intrapreso un approccio terapeutico relativo alla dipendenza basato su elementi psico-educazionali. A livello farmacologico vengono curati esclusivamente i sintomi.

Inoltre, per quanto concerne i ricoveri in psichiatria di pazienti minorenni, dall'osservatorio specifico della Clinica psichiatrica cantonale si evidenzia come nel 2022 siano transitati 72 casi di pazienti che al momento dell'ammissione erano minorenni, di cui 14 al Reparto per i disturbi del comportamento alimentare (DCA). Di questi casi, 32 (44.4%) erano connotati da diagnosi - primaria o secondaria legata all'uso di sostanze.

In totale, nel 2022 presso la CPC si sono contate 3'056 giornate di degenza per pazienti minorenni (1'751 nel 2018), equivalenti a una presenza media giornaliera di 8.37 pazienti minorenni (4.8 nel 2018) - se consideriamo solo i pazienti minorenni con diagnosi primaria o secondaria legata all'uso di sostanze la presenza media è stata di 4.33.

3.7 Trattamento ambulatoriale ed evoluzione dei Centri di competenza multidisciplinari

L'evoluzione del settore residenziale è in relazione con il potenziamento e il miglioramento della presa in carico ambulatoriale, volta a permettere agli utenti di restare presso il loro domicilio, mantenendo legami affettivi e attività abituali. L'avvento dei Centri di competenza multidisciplinari è stato ed è sicuramente uno degli aspetti più innovativi dell'attuale offerta in campo ambulatoriale.

Dai mutamenti essenziali avvenuti in corrispondenza con i cambiamenti dell'orientamento generale e legislativo nell'ambito degli interventi legati agli stupefacenti, i Centri di competenza ambulatoriali, che hanno preso avvio nel 2007, sono evoluti seguendo la complessità data dai cambiamenti in atto e dalle caratteristiche dei pazienti che a essi si

affidano. Come già accennato, cambiamenti nelle abitudini (poli-consumo, inizio precoce, ma anche l'ingresso sul mercato di nuove sostanze psicoattive) s'intrecciano con altri fenomeni sociali quali la migrazione e le richieste aumentate di velocità e performance in tutti i campi della vita personale, con aumento dei fenomeni di difficoltà scolastica e lavorativa che possono sfociare in emarginazione ed esclusione, a loro volta terreno fertile sia per l'abuso di sostanze sia per i disturbi psichici. La sofferenza multilivello che le persone portano all'attenzione dei Centri di competenza ambulatoriale richiede un'analisi e una risposta personalizzata: le situazioni affettive, sociali, abitative, giudiziarie, somatiche e psichiatriche devono poter essere prese in considerazione contemporaneamente dalle diverse figure professionali in campo. L'analisi e la presa in carico devono essere concertate con il paziente e scaturire in un piano di cura secondo una valutazione condivisa di priorità e limiti. Da un mandato iniziale legato prevalentemente al sostegno ai bisogni primari e alla somministrazione della terapia sostitutiva nella tossicodipendenza da eroina, le strutture ambulatoriali sono oggi chiamate a rispondere alle sfide della complessità bio-psico-sociale presentate dall'utenza e dalla loro comunità primaria. I centri interdisciplinari in questo contesto rappresentano la migliore, più razionale ed economica risposta a questi problemi complessi.

Come sottolineato in precedenza, le prestazioni offerte dai Centri di competenza multidisciplinari integrano e si declinano dalla bassa soglia fino alle specifiche terapie specializzate: prescrizione, somministrazione e controllo della terapia con agonisti oppioidi e/o specifica per i problemi di addiction, terapie psichiatriche e psicoterapeutiche, diagnosi e trattamenti specifici legati allo scompenso somatico, accanto all'indispensabile sostegno socioeducativo.

Sia gli operatori sociosanitari sia quelli socioeducativi, e non da ultimo gli utenti stessi, usufruiscono e beneficiano di questa migliore integrazione degli interventi. Come detto, rispetto al precedente approccio classico delle Antenne, la novità dei Centri di competenza multidisciplinare consiste nel considerare in modo integrato l'offerta degli interventi, in risposta agli specifici problemi e sofferenze dei pazienti/utenti, anche l'ambito sanitario (psichiatrico, internistico ed infermieristico). L'obiettivo è offrire una risposta il più possibile personalizzata, specifica e adeguata. Quest'approccio si dimostra particolarmente efficace e sta facendo registrare un importante aumento delle domande di prese in carico, spesso per auto-segnalazione da parte degli utenti stessi e delle loro famiglie. La presenza di una comorbidità di ordine psichiatrico e/o somatico caratterizzante parte della popolazione con problematiche di consumo (registrata da recenti indagini statistiche sul carico diagnostico dei pazienti seguiti), conferma la necessità di continuare a operare in questa direzione. I pazienti restano agganciati durante il trattamento, manifestando giovamento. Questo indirizzo conferma ulteriormente l'attrattività del modello di presa in carico integrata proposto dalle Antenne verso persone dipendenti che altrimenti manifesterebbero poco interesse a farsi seguire unicamente per gli aspetti psico-sociali. D'altro canto, come noto, questa specifica casistica tende a sfuggire o a non mantenere un regolare sostegno sanitario offerto da altri presidi.

In termini di lavoro di rete, partner privilegiato nei casi di doppia diagnosi è il Centro di competenza per le tossicodipendenze dell'OSC, rappresentato da un reparto di degenza specializzato presso la CPC. Quest'ultimo lavora in continuo contatto e collaborazione con le Antenne. Una collaborazione con le cliniche psichiatriche private è pure in atto. Per le prospettive future, sarà di utilità un ulteriore sviluppo della psichiatria di liaison e, per quanto

riguarda la rete ambulatoriale, con i medici di famiglia, gli psichiatri OSC e privati e le farmacie.

Se consideriamo i Centri di competenza dal punto di vista operativo possiamo distinguere tre livelli nell'intervento di cui l'utenza target può beneficiare, spesso interconnessi tra loro.

I primi due sono caratteristici della cosiddetta "bassa soglia":

- a) intervento di prossimità nei luoghi di vita e d'incontro;
- b) accoglienza e sostegno presso luoghi di accoglienza diurna, con la richiesta di minime regole d'ingaggio all'utente;
- c) contratto terapeutico ambulatoriale con presa a carico socioeducativa e sanitaria.

L'esperienza fatta finora dimostra il beneficio di mantenere - "sotto lo stesso tetto" - la bassa soglia e la presa in carico sociosanitaria vera e propria per gli aspetti positivi di sinergia e facilitazione dell'accesso alle cure che questa collaborazione comporta. La continuità della cura rappresenta un obiettivo prioritario, in collaborazione con i servizi sociali e sanitari cantonali e comunali.

Investire su approcci di *liaison* (connessione)

Quotidianamente molti reparti ospedalieri (pronto soccorso, medicina interna, geriatria, oncologia, ecc.) si prendono cura di pazienti che presentano, oltre alla patologia per la quale vengono curati, concomitanti problemi di dipendenza. La maggior parte degli ospedali, tuttavia, non ha le competenze richieste per una valutazione globale e per un intervento generale per la presa in carico. Sarebbe quindi auspicabile orientarsi all'esterno e appoggiandosi a un'équipe mobile di tossicodipendenze, oppure reindirizzare il paziente verso una struttura specializzata in tossicodipendenze, gruppi di sostegno o, quando richiesto, a un reparto psichiatrico.

Tuttavia, questa divisione del lavoro non è così semplice da attuare; in effetti:

- come molti Cantoni, in Ticino non disponiamo di un centro ospedaliero di riferimento in grado di svolgere attività mobili e/o di collegamento con altre strutture ospedaliere;
- inoltre, sebbene vi siano sul territorio competenze d'intervento di carattere socio-educativo attive nel campo delle dipendenze, sono ancora pochi gli ospedali che se ne avvalgono a causa del diverso approccio tra le diverse professionalità.

La diretta conseguenza di questa configurazione è che soluzioni semplici, efficaci ed economiche – come ad esempio interventi brevi – non sono attuati all'interno degli ospedali. In assenza di tali interventi "*Just in Time*", molto spesso i pazienti vengono indirizzati al settore psichiatrico, il che porta all'utilizzo di risorse sproporzionate e all'esplosione dei costi sanitari.

Particolare attenzione va posta sull'attuazione di misure incentrate sullo sviluppo dell'intervento precoce all'interno delle strutture ospedaliere così da affrontare anche altri assi complementari, rivolti a pazienti identificati da tempo come affetti da un problema di dipendenza (ad esempio la transizione).

Terapia con somministrazione di eroina controllata

Come riportato dall'Ufficio federale della sanità pubblica, una terapia a base di diacetilmorfina è indicata per chi soffre di una dipendenza grave dall'eroina ed è dispensata in centri specializzati.

La terapia basata sulla prescrizione della forma farmaceutica dell'eroina, consiste nella somministrazione strettamente regolamentata e controllata di diacetilmorfina nel quadro di un monitoraggio medico e psicosociale. Sperimentata per la prima volta in Svizzera nel 1994 in uno studio di coorte, questa terapia si è imposta come misura terapeutica in seguito ai risultati positivi ottenuti ed è stata così iscritta nella legge sugli stupefacenti in occasione della sua revisione nel 2011. Nel 2021, circa 1'700 persone dipendenti hanno seguito questa terapia in 22 centri ambulatoriali specializzati e un penitenziario. In Svizzera, circa l'8% delle persone tossicodipendenti beneficia anche di una terapia a base di diacetilmorfina.

Le autorizzazioni, la sorveglianza, il controllo e l'informazione relativi a questa terapia sono di competenza dell'UFSP.

Gli obiettivi della terapia basata sulla prescrizione di diacetilmorfina corrispondono a quelli di altre terapie con agonisti oppioidi:

- creare un legame terapeutico a lungo termine;
- migliorare lo stato di salute psicofisica delle persone e favorire la loro integrazione sociale;
- indurre un consumo a basso rischio e creare le condizioni per un'astinenza duratura;
- allontanare i consumatori da ambienti illegali e prevenire la criminalità legata all'approvvigionamento di sostanze.

Anche alle nostre latitudini aumentano le richieste e le evidenze terapeutiche che richiedono l'attivazione di questo genere di somministrazione controllata che porterebbe ad una migliore gestione di pazienti o potenziali pazienti che ne beneficerebbero in termini di riduzione del danno e di gestione e riduzione anche del fenomeno dello spaccio e del consumo. Diversi studi hanno evidenziato un'efficacia di questo approccio terapeutico dal punto di vista dei costi-benefici economici e sociali. Attualmente in Ticino questa modalità di prescrizione non è ancora data. È in atto all'interno di Ingrado un progetto di valutazione e di implementazione del trattamento con eroina controllata in pazienti cronici e resistenti a diversi regimi di terapia. Il progetto è accompagnato da uno studio su equità, etica, inclusività e qualità dei trattamenti farmacologici in pazienti con dipendenza da oppioidi.

3.8 La riduzione del danno e i Centri di accoglienza

Il concetto di riduzione del danno può essere ricondotto ai mutamenti degli impianti legislativi nazionali e internazionali e, ancora più da lontano, dal cambiamento di paradigma introdotto dall'OMS nella definizione della salute, evoluto da un primo concetto di "mancanza di malattia" a quello di "situazione di completo benessere fisico e psichico della popolazione". Ciò ha rappresentato un capovolgimento delle strategie di mantenimento della salute e ha dato impulso all'evoluzione delle politiche sanitarie. Da un atteggiamento relativamente passivo, in cui la tutela della salute era concepita solo come profilassi e cura medica delle manifestazioni patologiche, si è passati gradualmente a una concezione dinamica che

presuppone la presa di coscienza dei problemi generali, un'informazione capillare sui fattori di rischio, una responsabilizzazione individuale che si fonda su comportamenti attivi tesi al mantenimento della salute e, nel campo delle dipendenze, al riconoscimento personale e collettivo dei multipli fattori che sottendono le problematiche di abuso e dipendenza da sostanze psicoattive.

Ciò spiega la necessità di una combinazione sempre più complementare e integrata tra terapie ambulatoriali, accoglienza di bassa soglia e lavoro di prossimità, nell'ambito delle politiche delle dipendenze in generale e delle tossicodipendenze in particolare.

In termini concreti, la politica della riduzione del danno o del rischio ha come obiettivo quello di minimizzare i rischi sanitari e sociali cui si espone il consumatore.

Indirettamente, intende poi agire anche sui pregiudizi sociali che possono aumentare l'isolamento e impedire il ricupero delle persone dipendenti.

La riduzione del danno non è l'alternativa all'uscita dal problema della dipendenza. La salute e la rete sociale sono le principali risorse che possono portare una persona verso una maggiore autonomia. Per questo è necessario che la prima non sia compromessa e che la seconda continui a funzionare.

Appartengono classicamente a questo importante pilastro i seguenti aspetti:

- accoglienza a bassa soglia;
- programmi di riduzione delle complicazioni somatiche;
- misure che si propongono di stabilizzare la salute delle persone con un consumo attivo;
- progetti che favoriscano il mantenimento dell'integrazione sociale e ne facilitano la reintegrazione;
- miglioramento dell'offerta all'interno del carcere per consumatori coinvolti in procedure penali.

Una particolare attenzione va rivolta all'accoglienza di bassa soglia che conosce sul territorio un'esperienza affermata: quella del Centro di accoglienza diurna (CAD) di Lugano che ha visto la sua concretizzazione grazie alla collaborazione tra la Città (messa a disposizione di spazi adeguati, agevolazione alla locazione, assunzione delle spese d'investimento e, a lungo, anche di gestione) e il Cantone (recente assunzione delle spese di gestione). L'apertura di Centri a bassa soglia costituisce una delle risposte più adeguate per fare fronte al bisogno delle persone che vivono situazioni di emarginazione derivanti dal consumo di droghe. Uno studio realizzato nell'ormai lontano 2003, conosciuto come Rapporto Rehm³, evidenziava circa 200 persone con un deficit d'integrazione sociale e/o con rischi notevolmente maggiori d'infezione HIV, HBV e HCV nonché un maggiore ricorso al pronto soccorso. Queste persone possono ora fare riferimento, almeno quelle che gravitano su Lugano, a detta struttura e beneficiare di un sostegno per i loro bisogni primari (pasti caldi, igiene personale, sostegno sanitario, ricerca di un lavoro ecc.) avendo la possibilità, se adeguatamente supportati, di intraprendere in seguito una terapia.

³ Rilevamento del fabbisogno di trattamento per persone con problemi primari in relazione al consumo di oppiacei nel Canton Ticino, Rapporto finale, Jürgen Rehm, Ralph Lengler, Heidi Bolliger, Ambros Uchtenhagen, Benedikt Fischer, agosto 2003.

Sul territorio non vi sono laboratori LISPI con una soglia di accessibilità sufficientemente bassa per consentire di accogliere la casistica sopradescritta. Inoltre, occorre tenere in considerazione che gli attuali laboratori protetti sono accessibili solo a chi beneficia di una rendita o di un provvedimento AI. Parecchi utenti con problematiche di dipendenza sono invece a beneficio solo di prestazioni assistenziali erogate dall'USSI.

Il mutato ruolo del Centro di accoglienza diurno, per il tramite del quale, come detto, l'utenza è agganciata e orientata alle successive prestazioni, ne è un concreto esempio. Il costante e indicativo aumento dei passaggi quotidiani, ma soprattutto l'aumentato tempo di sosta dell'utenza, rappresentano indicatori di un approccio necessario, richiesto ed apprezzato. Il CAD è una delle risposte più adeguate per fare fronte al bisogno delle persone che vivono situazioni di emarginazione derivanti dal consumo di droghe. Questo comporta l'assunzione da parte degli educatori del CAD anche di uno specifico ruolo di case manager proprio per la posizione e la relazione assunta nei confronti dell'utenza frequentatrice.

Si segnalano però ulteriori importanti necessità: un consolidamento dell'offerta di bassa soglia comunque già presente in altri centri urbani, un ampliamento e adeguamento degli orari di apertura ai bisogni dell'utenza con aperture serali, di sabato e di domenica.

L'aumentata complessità di evidenti situazioni che vedono coinvolte persone con un consumo cronico, molto spesso portatori di comorbidità e spesso esposti a rischi con un evidente difficoltà di collocamento provvisorio, a volte con un "drop out" da strutture o percorsi, a volte situazioni di forte marginalità e precarietà, solleva la necessità di riflettere sull'attivazione di interventi di "*Housing first*", nello specifico di appartamenti protetti di "bassa soglia" che permettano la gestione in acuto di situazioni che spesso evidenziano una difficile risoluzione istituzionale in tempi utili.

Ad oggi queste situazioni sono state spesso collocate, con evidenti difficoltà ed impatti secondari nefasti dovuti alla convivenza con altra utenza, in strutture quali Casa Martini a Locarno o Casa Astra a Novazzano.

Gruppo di lavoro "Riduzione del danno e COVID-19"

Durante il periodo pandemico, alla luce delle mutevoli condizioni ed in prospettiva allo svilupparsi di nuove modalità di consumo ed esposizione ai rischi a livello svizzero è stata creata una Task Force "Riduzione del danno e COVID-19" su mandato dell'UFSP coordinato da Infodrog. Gli obiettivi del gruppo di lavoro sono stati: identificare le sfide centrali per le offerte di riduzione del danno, sviluppare approcci di soluzioni, elaborare esempi di buone pratiche e metterli a disposizione in forma scritta⁴.

⁴https://www.infodrog.ch/files/content/schadensminderung_fr/2020_covid_19/FR_Gt_Reduction_des_risques_COVID19.pdf

3.9 Occupazione del tempo e reinserimento professionale

Una riflessione sull'utilità di poter replicare modelli di bassa soglia, potenziando ulteriormente progetti di occupazione del tempo, si rende oggi necessaria. L'esperienza pilota, che ha visto i settori di bassa soglia aumentare l'offerta, sta dimostrando che l'impatto sul consumo e l'atteggiamento dei consumatori cronici stabilizzati porta interessanti benefici e permette di gettare nuove basi relazionali per affrontare una presa in carico maggiormente strutturata. Nel peggiore dei casi dà modo a quest'utenza di avere momenti di non consumo e d'impiego diverso della loro quotidianità, rimotivandoli e stimolandoli verso altri interessi non legati al mero consumo.

Per quanto attiene alla ricerca e all'inserimento nel mondo del lavoro, la questione è complessa e si scontra con le difficoltà causate da una discontinuità derivante dai disagi vissuti dall'utenza tossicomane e da una situazione congiunturale del mondo del lavoro sicuramente non favorevole.

I criteri elevati di accesso a laboratori protetti LISPI e gli usuali programmi di reinserimento non permettono di far aderire a tale offerta la popolazione tossicodipendente. Sottolineiamo ancora una volta come un'occupazione strutturata del loro tempo rappresenti un importante diversivo al consumo continuo.

A questo proposito, si cita come abbia preso avvio nel 2018 il Laboratorio21, un progetto cantonale nato all'interno del Servizio per le dipendenze da sostanze di Comunità familiare ed oggi facente parte della sua offerta integrata. Tale struttura accoglie ambulatorialmente persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti (in regime di astinenza, in regime di assaggio, ricaduta o consumo saltuario, rispettivamente persone in regime di consumo monitorato) offrendo loro la possibilità di un'esperienza lavorativa tramite progetti educativi personalizzati. Laboratorio21 non è solo un luogo di lavoro, ma anche un luogo in cui le persone beneficiano di un accompagnamento individuale durante un percorso di almeno sei mesi.

L'utenza arriva tramite segnalazioni dei partner sul territorio e, valutata la possibilità d'inserimento, si stipulano contratti personalizzati di partecipazione alle attività, definendo con l'utente gli obiettivi personali d'inserimento, che sono poi man mano verificati e adattati alla ricerca di un bilanciamento tra l'accompagnamento educativo e l'attività laboratoriale. Sino a fine 2022, sono state accolte 205 persone, per un totale di oltre 55'000 ore lavorate. Questa struttura è pensata quale supporto per un'utenza per la quale in precedenza non era concretamente possibile mettersi alla prova nel mondo lavorativo, in quanto difficilmente i datori di lavoro accolgono persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti, rispettivamente alla prima ricaduta sovente è subito interrotto il rapporto contrattuale. Si deve, infatti, tener presente che il presentarsi al lavoro è di per sé già una grande conquista per quest'utenza, che altrimenti rimarrebbe senza alternative concrete.

3.10 Uso e abuso di sostanze psicoattive e Osservatorio sulle sostanze

Come ampiamente documentato storicamente, la ricerca e l'utilizzo di sostanze psicoattive è presente dall'antichità. Praticamente da sempre gli esseri umani hanno cercato euforia,

tranquillità, sollievo dal dolore psichico e fisico e anche l'accesso a stati di coscienza alterati a fine spirituale, sperimentando ed estraendo i principi attivi dapprima dalla natura e in seguito, con i progressi della farmaceutica, per sintesi chimica.

In un contesto invariato durato per secoli, nel nostro continente venivano utilizzati alcol, oppio ed estratti dalle piante officinali come l'Hypericum. Alla fine dell' '800 la cocaina era importata e i primi derivati dall'oppio (morfinina e in seguito eroina) sintetizzati e prescritti a fini terapeutici. Nel secolo scorso si è riscontrata un'accelerazione, che prosegue ai giorni nostri, nella ricerca e nella sintesi di prodotti sempre più differenziati e potenti.

Oppioidi sintetici (Ossicodone, Fentanyl) hanno portato da un lato a un miglioramento importante nella gestione del dolore somatico grave come quello oncologico, ma dall'altro sono stati sottovalutati nella loro forte capacità intrinseca di dare dipendenza, hanno creato gravi problemi e morti per overdose, soprattutto negli USA, dove è in corso una vera e propria emergenza dovuta a una gestione inappropriata di tali farmaci.

Anche sul nostro territorio tali prodotti sono reperibili sul mercato nero e rappresentano un fenomeno da monitorare e non sottovalutare. Un mandato importante della medicina delle dipendenze riguarda la sensibilizzazione rivolta alla prescrizione di questi prodotti e di altri, come per esempio le benzodiazepine. Queste ultime (specie quelle a breve durata d'azione) sono in grado, soprattutto quando assunte a dosaggi molto elevati, o nella popolazione giovanile dal cervello ancora in via di maturazione e quindi molto sensibile, di indurre una grave dipendenza molto difficile da curare.

Nella sostanza, i medici e gli infermieri delle dipendenze hanno il compito di informare e sostenere una prescrizione mirata dei farmaci, orientando gli operatori con protocolli che permettano il riconoscimento dei pazienti a potenziale rischio di malattia della dipendenza.

Alcuni prodotti inizialmente insospettabili, come per esempio farmaci prescritti per i dolori neuropatici (Pregabaline, nome commerciale Lyrica, entrata nelle abitudini dei tossicodipendenti ticinesi che la utilizzano sniffandola), possono avere effetti psicoattivi. La questione della prescrizione di Metilfenidato (nomi commerciali Ritalin, Focalin, ecc.) resta controversa, in parte per la sua prescrizione, specie nel passato, come farmaco sostitutivo per la dipendenza da cocaina, e in parte per i criteri non del tutto specificati della diagnosi di ADHD (Disturbo da deficit di attenzione e iperattività), che rappresenta l'indicazione corretta per questo tipo di trattamento.

Attualmente esistono delle linee guida internazionalmente divulgate per queste terapie anche in caso di doppia diagnosi, poiché è nota l'aumentata prevalenza delle sindromi ipercinetiche (ICD 10) nella popolazione tossicodipendente.

Un altro aspetto da non trascurare, oltre ai prodotti già citati, riguarda le Nuove sostanze psicoattive (NPS/NSP) reperibili sul mercato: psicostimolanti, allucinogeni, cannabinoidi sintetici, dissociativi, in formulazioni sempre nuove e difficili da monitorare e depistare.

Il quadro complessivo rispetto alla prevenzione e alla terapia dei pazienti consumatori, oggi perlopiù poli-consumatori, è complesso e rischioso: la medicina delle dipendenze deve operare su un terreno instabile e a tratti sconosciuto, rimanendo molto prudente nella prescrizione dal punto di vista sia qualitativo sia quantitativo. Un monitoraggio attento dei

consumi (anche con le concentrazioni ematiche dei farmaci), l'attenzione alle interazioni farmacologiche, farmacocinetiche e farmacodinamiche nonché l'esecuzione di regolari visite mediche e controlli strumentali come l'elettrocardiogramma (ECG) permettono la gestione della condizione clinica dei pazienti e del rischio.

Allo scopo di monitorare il mercato delle droghe legali ed illegali, anche su invito del Gran Consiglio che nella sua seduta del 18 settembre 2017 invitata a tale monitoraggio, sotto l'egida del Medico cantonale, è stato creato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di raccogliere e scambiare le informazioni sull'uso di alcool e altre sostanze psicoattive. Il gruppo di lavoro, cui si sono aggiunte negli anni più figure professionali, comprende oggi una serie di professionalità provenienti da una base larga e differenziata, circostanza che permette di ottenere un quadro senza precedenti del consumo di sostanze legali e illegali sul territorio cantonale. Al gruppo di lavoro partecipano, infatti, rappresentanti della Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi Autoambulanze, rappresentanti dei Pronto soccorso degli ospedali pubblici, medici pediatri, psichiatri, il responsabile dell'Istituto di Scienze Farmacologiche dell'Ente Ospedaliero Cantonale, specialisti attivi nell'ambito dei servizi per le dipendenze e organizzazioni operanti nella riduzione del rischio così come assistenti sociali attivi nel lavoro di prossimità rispettivamente servizi per la gioventù a livello comunale. Sotto il profilo della sicurezza partecipano la Polizia cantonale, con l'unità di Polizia amministrativa, con rappresentanti del Gruppo Visione Giovani e dei servizi antidroga, e il Magistrato dei minorenni. Dall'ambito della vita notturna partecipano sia rappresentanti di Gastro Ticino sia organizzatori di eventi. In incontri annuali ha luogo una condivisione delle informazioni in possesso dei diversi enti che permette di allestire una fotografia piuttosto precisa delle sostanze circolanti e dei nuovi comportamenti, monitorando le fasce d'età più coinvolte e i luoghi del consumo.

In occasione degli incontri sono scambiati e confrontati i dati in possesso dei diversi enti e organizzazioni con un quadro globale che quasi sempre conferma l'impressione del singolo. In una realtà piccola come il Canton Ticino, grazie anche alla conoscenza personale tra gli specialisti, ciò permette una raccolta e trasmissione d'informazioni preziose essenzialmente in virtù di una collaborazione informale, che talvolta rasenta il volontariato. La partecipazione dei singoli al citato gruppo di lavoro è caratterizzata ormai da un'elevata adesione, probabilmente anche basata sulla consapevolezza dei singoli che la cooperazione in quest'ambito è indispensabile: condividendo le proprie formazioni si riceve in cambio un quadro aggiornato e affidabile della situazione con cui tutti sono confrontati.

Nel caso di elementi particolarmente allarmanti, per esempio un accumulo di casi di intossicazione con "nuove" sostanze, vi è la possibilità di trasmettere al gruppo le informazioni anche in modo proattivo. Sarebbe in tal senso opportuno ancora meglio definire le modalità di allerta, concordando all'interno di quest'osservatorio per quali casistiche allertare il gruppo e definendo i canali da usare a tal scopo.

Il gruppo di lavoro produce un rapporto annuale (allegato n. 4): senza pretesa di scientificità assoluta e cifre statisticamente significative, si offre comunque alle autorità competenti in materia e agli esperti attivi sul territorio una fotografia piuttosto nitida e attuale della realtà del consumo sul territorio.

In estrema sintesi si può affermare che In Ticino, il rischio maggiore in termini d'impatto sulla salute resta il consumo puntuale eccessivo di alcol. Nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 30 anni, nel periodo 2007-2017, la prevalenza di giovani che dichiara eventi di *binge drinking* è di circa 1 persona su 4 e la tendenza è in crescita. Analizzando i dati relativi agli interventi in ambulanza per assunzione eccessiva di alcol nel periodo 2013-2021, mostrano che dal 2016 si è invertito il trend decrescente, raggiungendo un picco massimo nel 2017. Successivamente, si evidenzia nuovamente un trend decrescente, probabilmente influenzato dalla condizione d'isolamento pandemico degli ultimi due anni (2020-2021). La fascia d'età più toccata dal fenomeno è l'intervallo a cavallo della maggiore età, cioè compreso tra i 15 e i 20 anni.

Per quanto concerne le sostanze psicoattive, dai dati in uscita dai Pronto soccorso, le intossicazioni da canapa rappresentano la casistica più frequente ed è da sottolineare come nei reparti pediatrici le intossicazioni da canapa siano sovente associate al concomitante consumo eccessivo di alcol. Le prevalenze dei ricoveri per assunzione di altre sostanze psicoattive restano limitate e riguardano principalmente cocaina e benzodiazepine.

Rispetto agli anni passati, il consumo a scopo stupefacente di farmaci contenenti codeina – ad esempio, lo sciroppo per la tosse Makatussin® miscelato a bevande zuccherate - sembra in calo; trattandosi di un farmaco acquistabile in farmacia è forse anche merito dei controlli rigidi introdotti. Tuttavia, secondo i professionisti del settore, il sopracitato consumo di benzodiazepine e di psicofarmaci in generale, è un fenomeno in generale aumento ed è da monitorare con attenzione. L'acquisizione avviene sia a livello casalingo (farmaci scaduti, dimenticati) sia sul mercato nero ove si osserva, tra l'altro, la drastica diminuzione dei prezzi. Per ciò che concerne le nuove sostanze psicoattive, la farmacovigilanza rileva che nel periodo 2020-2021 non sono state segnalate intossicazioni nei Pronto soccorso EOC relative a nuove sostanze. Inoltre, almeno per il momento, non si registrano analisi o intossicazioni da cannabinoidi sintetici in Ticino.

Un aspetto cruciale sollevato dal Gruppo di Monitoraggio è la necessità di una gestione integrata di dati e informazioni tra i portatori d'interesse. Nel rispetto della legge, del segreto professionale e della protezione dei dati dei soggetti interessati, si auspica comunque un rafforzamento della collaborazione tra le parti al fine di identificare nuove tendenze, nuove sostanze illegali introdotte sul mercato e luoghi/contesti ove avviene il consumo e il traffico delle sostanze stupefacenti, al fine di scambiare le informazioni tra gli enti e professionisti per una migliore tutela e protezione della salute pubblica.

Per quanto concerne la politica cantonale sulle questioni legate all'uso di alcol e tabacco, esiste nel Cantone un "Programma d'azione cantonale "Prevenzione alcol, tabacco e prodotti affini" 2021-2024" (allegato n. 6) che si basa sulle esperienze favorevoli in termini di approccio multi- & interdisciplinare. Il Programma d'azione cantonale "Prevenzione alcol, tabacco e prodotti affini" vuole essere un esempio di realizzazione su scala cantonale della Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT) 2017-2024. Fa figura di pioniere in quanto implementa in maniera concreta il cambiamento di paradigma voluto dalla Strategia MNT di raggruppare i programmi di prevenzione sotto un unico cappello al fine di potenziare le attività di prevenzione del tabacco e di consumo eccessivo di alcol, e quindi di accrescerne l'efficacia. Il presente programma sostituisce il Programma cantonale tabagismo 2015-2019 e il Piano d'azione cantonale alcol 2015-2018.

La visione del programma si basa sul concetto che “Chi consuma alcol, tabacco e prodotti affini adotta un comportamento consapevole e nel rispetto degli altri” si declina su 3 obiettivi strategici composti in totale da 32 misure di prevenzione comportamentale e strutturale mirate e orientate su gruppi bersaglio ben identificati.

3.11 Rilevamenti della Magistratura e della Polizia cantonale

Occorre qui partire da una premessa essenziale: la Polizia cantonale, dapprima, e la Magistratura, poi, vengono a conoscenza nel corso della loro ampia attività solo di una parte modesta del complessivo consumo di sostanze stupefacenti presente sul territorio cantonale.

Ciononostante sono constatabili i seguenti dati salienti.

In primo luogo deve ritenersi per accertato che è la canapa lo stupefacente più utilizzato negli ultimi sei anni (2017 - 2022) così come all'occhio salta il costante aumento del numero dei giovanissimi consumatori di questa droga.

In secondo luogo vi è che nelle maglie degli inquirenti finiscono prevalentemente gli uomini (80-85%) rispetto alle donne (15-20%).

In terzo luogo si constata che negli anni è aumentata l'età, che talvolta supera i 60 anni, dei consumatori di oppiacei a conferma del fatto che le cure e i collocamenti possibili sul territorio permettono un aumento degli anni di vita di questa particolare categoria di consumatori.

In quarto luogo vi è la preoccupante comparsa del crack dal 2018 nonché l'ormai consolidato fenomeno del policonsumo di stupefacenti con, a farla da padrone, il binomio fra due sostanze (80%; ad esempio cocaina ed eroina) seguito da un utilizzo di tre sostanze (15%).

Infine, ma non da ultimo, va certo annoverato l'abuso di sostanze alcoliche, il quale, non di rado a braccetto con l'uso di stupefacenti, conduce alla commissione di una significativa parte dei reati, talvolta gravi, contro la vita e l'integrità della persona (art. 111 e segg. CP). Fenomeno, questo, che ha un impatto, verso il basso, delle pene erogate.

Per ogni dettaglio sull'evoluzione del consumo di droghe, dal 2017 al 2022, constatato dagli inquirenti cantonali, si rinvia agli allegati statistici (cfr. allegato n. 7).

3.12 Il Servizio di Medicina Penitenziaria

Sulla base di un rapporto preliminare, il Consiglio di Stato ha incaricato il Dipartimento delle istituzioni e il Dipartimento della sanità e della socialità di concretizzare la nuova organizzazione del Servizio di Medicina Penitenziaria, la cui attività ha preso concretamente avvio a metà 2018, operando su mandato dei due Dipartimenti in base a un contratto di prestazione.

Il personale operante è costituito da un Caposervizio di medicina penitenziaria (medico internista EOC, attivo al 100%), un medico internista EOC (attivo al 40%), due medici psichiatri OSC (attivi all'80% rispettivamente al 70%), un infermiere di salute mentale OSC (attivo al 50%), una psicologa e psicoterapeuta OSC (attiva al 50%), 775% di infermieri somatici e un agente specializzato sotto la direzione del Direttore delle strutture carcerarie ticinesi.

I primi obiettivi prefissati erano l'organizzazione del nuovo servizio e l'introduzione della cartella informatizzata e modulo fatturazione, obiettivi raggiunti a fine 2018.

È stata implementata una cartella informatizzata ad hoc, nel rispetto della privacy e del trattamento dei dati sensibili e per la prima volta è stata creata una cartella condivisa EOC/OSC.

Nel 2019, sono stati consolidati il sistema di fatturazione e la cartella informatizzata condivisa EOC/OSC, è stato integrato il servizio EOLAB (analisi di laboratorio) e sono stati allestiti documenti relativi alla gestione dei detenuti in reparto (comparto Sicurezza, al 9° piano dell'OCL) su alcune patologie specifiche. È stato definito un protocollo di collaborazione per la gestione dei pazienti detenuti in Pronto Soccorso, segnatamente per quanto attiene alla loro carcerabilità e interrogabilità, condiviso fra EOC, in particolare Pronto Soccorso, Polizia, Ministero pubblico e le Strutture carcerarie cantonali (SCC).

Le attuali priorità consistono in:

- valutazione e controllo dei pazienti in terapia sostitutiva, con coordinamento fra Servizio di medicina penitenziaria e Ufficio del medico cantonale;
- programma di prevenzione delle malattie infettive all'interno delle SCC, con screening epatiti B e C, HIV, preparazione di materiale informativo per i detenuti.

Rispetto alla popolazione carceraria, sono stati presi in carico 52 pazienti tossicodipendenti con terapia sostitutiva già impostata sul territorio o dal nuovo servizio. Di questi, 5 pazienti presentavano doppia diagnosi (tossicomania e diagnosi psichiatrica maggiore), mentre gli altri pazienti tossicodipendenti presentavano disturbi della personalità.

Questi sono valutati all'entrata sia dal punto di vista somatico sia psichiatrico. S'intraprende da subito una terapia secondo le necessità cliniche e, qualora il paziente arrivi dal nostro territorio, si prende contatto con i servizi corrispondenti.

Una parte significativa dell'attività è dedicata ai contatti con la rete esterna al fine di agevolare la reintegrazione sul territorio e la presa in carico quando sopraggiunge la scarcerazione. Qualora il detenuto fosse rimpatriato, si provvede tramite l'Ufficio dell'assistenza riabilitativa (UAR) a trovare gli agganci dovuti sul territorio di appartenenza.

3.13 Riorientamento dell'offerta

3.13.1 Giovani 12-25

Come evidenziato in precedenza, i comportamenti legati al consumo di sostanze di adolescenti e giovani adulti non sollecitano unicamente i servizi specializzati, ma richiamano

anche la necessità di un esteso dibattito sociale sullo spazio che le sostanze psicoattive occupano nella vita dei giovanissimi.

È altresì chiaro che il consumo di sostanze da parte di un giovane può essere anche il frutto di una situazione personale di malessere. L'esperienza e i dati statistici confermano che questo disagio deriva sovente da situazioni familiari complesse, causato direttamente o indirettamente dalla cerchia ristretta dei familiari. Così un malessere sociale, la malattia di un genitore o una mancata attenzione da parte degli adulti può diventare un fardello importante per un ragazzo. Questo, spesso se non adeguatamente sostenuto, potrebbe sfociare in consumo o in disagio psichico o entrambe le cose. È necessario considerare anche quella parte di consumo in cui il giovane è alla mera ricerca della sperimentazione e della trasgressione, che se inquadrati in un contesto di riferimento non difficoltoso, non sfociano necessariamente in una dipendenza.

Se la pandemia da COVID-19 ha rappresentato un evento globale traumatizzante ed ha avuto un impatto significativo sulla salute mentale di tutte le persone, essa ha toccato in modo ancora più importante i giovani. Il periodo pandemico ha evidenziato che i giovani hanno pure sofferto dell'isolamento, soprattutto in una fase della vita in cui lo sviluppo dell'adolescente è delicato e fragile. Questo fenomeno ha toccato in modo significativo la salute mentale dei giovanissimi anche in Ticino (cfr. capitolo 3.6).

A livello nazionale, l'osservatorio svizzero della salute, nel suo bollettino del mese di febbraio 2022⁵, mette in evidenza che la salute mentale dei giovani in Svizzera, nel periodo tra il 2017 e il 2020/2021, è peggiorata in modo sostanziale ed il numero di giovani con disturbi psichici è più che raddoppiato. La stessa rivista segnala altresì che dal 2012 il numero di ospedalizzazioni di bambini e adolescenti è in costante crescita.

Anche il contesto scolastico sta conoscendo un cambiamento importante in questo periodo post-pandemico. Le scuole medie, in particolare, sono confrontate con un numero crescente di nuove situazioni di abbandono scolastico o di isolamento sociale da parte dei giovanissimi. Pure nel contesto legato ai Centri educativi per minori (CEM) il disagio generale dei giovani è diventato preoccupante e si manifesta in tutte le strutture del territorio.

La Commissione sottolinea la necessità di approfondire a livello cantonale la tematica del disagio giovanile, in particolare nelle sue manifestazioni di ritiro sociale. Questa modalità di espressione del malessere impedisce qualsiasi relazione e intervento educativo, proprio per l'impossibilità fisica di raggiungere la persona stessa. Le scuole e i servizi sono in estrema difficoltà di fronte a questo fenomeno (non più solo) emergente. Sarebbe necessario chinarsi sulla tematica, approfondirla in relazione alla realtà cantonale e cercare di identificare e costruire le collaborazioni e sinergie che permettono una maggior possibilità di successo.

Per questo motivo è importante verificare l'adeguatezza delle strutture residenziali per minori presenti sul nostro territorio e valutare un eventuale riorientamento con una specializzazione nella presa a carico di giovani consumatori di sostanze e/o con disagio psichico. Sicuramente sarà necessario identificare nuovi progetti occupazionali che possano garantire a questi giovani, tra i 13 e i 18 anni, delle attività occupazionali adeguate, creando maggiori sinergie con i servizi già attualmente presenti sul territorio.

⁵ Bollettino_obsan_sante-psych_2022_02

In conclusione è importante rammentare che, per sostenere i giovani ed evitare che un semplice comportamento a rischio possa trasformarsi in una dipendenza, è necessario sviluppare delle nuove strategie di prevenzione.

“È necessario ancor di più che oggi, dopo una crisi sanitaria così importante, tutti gli attori implicati a livello istituzionale, dei Cantoni e della Confederazione, collaborino mano nella mano per mettere in piedi le misure necessarie per rinforzare il lavoro di prevenzione con i giovani” (Anche Anne Lévy, Direttrice dell’UFAS).

3.13.2 Offerte di presa in carico intermedie

- **Potenziamento del sostegno abitativo**

Su questo tema, già menzionato nel precedente Piano cantonale degli interventi si è preso atto di un progressivo potenziamento di personale presso le Antenne e si auspica si prosegua su tale strada.

- **Appartamenti protetti o camere di bassa soglia**

In fase post-acuta diventa sempre più importante offrire una struttura di presa in carico intermedia: a oggi non vi è una struttura adeguatamente predisposta per quei pazienti che, in fase di dimissione dalla Clinica psichiatrica, non sono ancora in grado di sostenere un percorso ambulatoriale immediato.

Tali soggetti, portatori di una problematica bio-psico-sociale complessa e non risolta, necessiterebbero di strutture protette che li affianchino e sostengano fino a raggiungere uno stato di salute compatibile con una presa in carico ambulatoriale. Questa casistica oggi non trova risposte presso le strutture residenziali, orientate a un’utenza con sintomi e consumi stabilizzati dopo il classico percorso di cura stazionaria ospedaliera. Lo stesso dicasi per le strutture in ambito LISPI non attrezzate per la gestione di utenti con problematiche di dipendenza (fatta eccezione per l’alcolismo).

3.13.3 Offerta di attività occupazionali

Si è preso atto del positivo avvio dell’attività del Laboratorio21 che consente di offrire esperienze d’inserimento lavorativo protette a un’utenza dal consumo di sostanze gestito e che, di fatto, presenta grosse difficoltà nell’accedere ai normali programmi d’inserimento. Si segnalano ulteriori necessità: un consolidamento dell’offerta di bassa soglia già presente nel Luganese anche in altri centri urbani, un ampliamento e adeguamento degli orari di apertura dei Centri ai bisogni dell’utenza con aperture serali, di sabato e di domenica e un potenziamento dell’offerta di programmi occupazionali e del tempo libero.

3.13.4 Flessibilizzazione e specializzazione nelle prese in carico residenziali

A causa dell’accresciuta età media di una parte dei dipendenti da oppiacei in collocamento, della contemporanea presenza di una specifica casistica di giovani e dell’aumento dei casi di comorbidità psichiatrica, occorre che il progetto terapeutico e educativo sia sempre più personalizzato e necessitante di un adeguamento dell’approccio anche in ambito residenziale.

Una maggiore differenziazione delle prestazioni dovrebbe rispondere alle esigenze di persone che hanno un lavoro regolare e che richiedono di essere seguite la sera, durante i

fine settimana e le vacanze. L'implementazione di tali possibilità di presa in carico consentirebbe di raggiungere una parte attualmente non coperta dell'utenza target con verosimilmente una migliore gestione del craving e una diminuzione delle ricadute.

Un cambiamento di paradigma si rende oggi viepiù necessario a seguito dell'introduzione del nuovo TARPSY e dalla riduzione di garanzia di copertura dei collocamenti stazionari da parte degli assicuratori malattia. I pazienti, infatti, soprattutto quelli complessi, rischiano di essere dimessi precocemente per la mancanza di copertura dei costi. Inoltre, nei casi di ricaduta con nuovo ricovero, le strutture psichiatriche stazionarie sono confrontate con penalizzazioni finanziarie fino al mancato pagamento dei soggiorni da parte degli assicuratori malattia, portando inevitabilmente con sé una riduzione delle prestazioni erogate rispettivamente un aumento del fabbisogno a carico dell'ente pubblico. Gli assicuratori, infatti, sostengono la necessità di limitare la degenza alla fase di disintossicazione acuta prettamente a eventuali specificità somatiche, invitando a demandare il seguito immediato della presa a carico al servizio ambulatoriale territoriale preposto alle dipendenze.

3.13.5 Formazione degli operatori sociosanitari

Non solo va proseguita la regolare formazione continua offerta a chi opera nel campo delle dipendenze (servizi di prima linea), ma va offerta consulenza pure a strutture e servizi di seconda linea, che entrano in contatto anche con utenza che ha problemi di dipendenza. Quali esempi di strutture e servizi "di seconda linea", che entrano in contatto con un'utenza tossicomane, si pensi a strutture penitenziarie, strutture ospedaliere, case per anziani e servizi d'assistenza e cura a domicilio.

3.13.6 Osservatorio sostanze

Da tempo i professionisti del settore si interrogano sulla modalità migliore di raccogliere e condividere informazioni in merito alle sostanze circolanti, i canali di distribuzione e i luoghi di consumo. Tali informazioni sono in realtà già in possesso degli attori principali, ma in modalità frammentata, per cui ognuno dispone di un pezzo del puzzle, senza averne il quadro totale. Da alcuni anni esiste ora sul territorio una nuova realtà di collaborazione nata informalmente tra professionisti del settore e coordinata dall'Ufficio del medico cantonale, che sotto il nome di "Focus group monitoraggio consumi ricreativi" annovera rappresentanti del sistema sanitario (144, EOC, psichiatri, farmacologi, ecc.), professionisti attivi nell'ambito dei servizi per le dipendenze, assistenti sociali comunali nonché la Polizia cantonale (Polizia amministrativa, Gruppo visione giovani, Servizi antidroga) e il Magistrato dei minorenni e rappresentanti "della vita notturna". S'invita a valutare la necessità di formalizzare la cooperazione in corso e a definire le possibilità di azione nei casi di allerte.

4. Stress e uso di sostanze psicoattive

4.1 Aspetti generali

Gli svizzeri soffrono sempre di più sul posto di lavoro. Un'evoluzione che si ripercuote non solo sulla produttività del Paese, ma anche sulla salute della popolazione, nonostante un tasso di disoccupazione del 2.1% (dato SECO riferito a febbraio 2023) e un debito pubblico relativamente contenuto. Eppure, oltre un terzo degli svizzeri si dice affaticato dal lavoro. Una quota in progressione del 7 per cento in dieci anni, secondo le cifre della Segretaria di Stato dell'economia (SECO).

L'Organizzazione mondiale della salute (OMS) ritiene lo stress uno dei più grandi rischi per la salute nel XXI secolo, riconoscendo dopo decenni di studi lo stress-lavoro correlato come sindrome meritevole di attenzione sanitaria e come concausa di depressione e malattie psico-fisiche maggiori.

Lo stress cronico e i suoi effetti sulla salute (depressione, burn-out, malattie cardiovascolari, problemi osseo-muscolari, ecc.) fanno aumentare il tasso di assenteismo e fenomeno del presentismo (inteso quale fenomeno che vede i lavoratori presenti sul posto di lavoro, anche se non in grado di lavorare in modo produttivo), inducendo effetti negativi sulla produttività. Secondo delle stime della SECO, i costi dello stress ammonterebbero a 6.5 miliardi di franchi l'anno per le imprese e la comunità (Obsan 2023). In un rapporto pubblicato nel 2015, l'Ufficio federale di statistica ha puntato il dito sulla forte esposizione dei lavoratori ai rischi psicosociali, che ormai superano quelli fisici: il 45.4% degli intervistati, infatti, dice di provare forti tensioni psichiche al lavoro. Attualmente, l'estrema concorrenza fra lavoratori, spesso proprio voluta dalle aziende, i ritmi frenetici imposti ai lavoratori stessi, ma anche dalla vita quotidiana, e l'estrema pressione subita sono tutti fattori che possono portare più facilmente, rispetto al passato, a soffrire di stress. Di frequente, poi, per i dipendenti parlare nelle aziende di stress è fuori luogo perché per molti è sinonimo di ammettere scarse abilità gestionali o qualifiche generali insufficienti. La nostra società, in particolar modo, è interamente organizzata intorno al lavoro. Realizzarsi professionalmente è diventato un obbligo, eppure, secondo quanto rilevato dall'Istituto universitario di salute sul lavoro di Losanna, si ritiene che solo dal 10% al 20% dei posti lo consenta davvero. Una situazione che causa frustrazione e delusione, i quali possono poi condurre a sindromi di esaurimento professionale. La pressione delle prestazioni e della concorrenza, la precarietà, la generalizzazione del lavoro in uffici open space, i conflitti tra colleghi, così come l'esigenza di disponibilità che va di pari passo con le innovazioni tecnologiche, sono solo alcuni esempi che possono spiegare l'aumento del degrado della salute legato al lavoro.

4.2 La realtà svizzera

Mondo del lavoro

Qualunque siano le cause di malessere nel mondo del lavoro, la Svizzera attualmente non ha ancora del tutto i mezzi per farvi fronte. Secondo il piano di azione globale dell'OMS, ogni dipendente dovrebbe avere accesso a un servizio di consulenza di salute. Nel nostro Paese

però il numero di medici del lavoro è ancora troppo esiguo (a oggi con titolo FMH e specializzazione in medicina del lavoro, sono 249) e la maggior parte di loro è specializzata in rischi fisici classici. Per ovviare a tale carenza, l'Istituto universitario di salute sul lavoro lo scorso anno ha aperto un centro di consulenza, sulla falsariga di ciò che viene fatto in Francia da una decina d'anni. Benché i romandi siano un po' più sensibili al problema, influenzati in particolare dalla mediatizzazione dei suicidi presso France Telecom, secondo Brigitta Danuser, direttrice dell'Istituto universitario di salute sul lavoro di Losanna, non vi sono grandi differenze tra le regioni linguistiche del Paese. Sul fronte delle imprese, gli sforzi compiuti negli ultimi anni non convincono gli esperti di salute. Certo, c'è una proliferazione di seminari di motivazione, di stimolazione dello spirito di squadra e di coaching del personale, ma i metodi di management moderni, improntati alla concorrenza e all'insicurezza, a medio termine rischiano di avere conseguenze negative per i collaboratori e pertanto pure per l'azienda stessa.

Giovani

I giovani svizzeri sono per lo più scontenti della loro vita, ma negli ultimi dieci anni sono aumentati lo stress psicologico e il consumo eccessivo di alcol e di medicinali. Il dato emerge da un sondaggio condotto su un campione di 100'000 19enni nell'ambito dello "Young Adult Survey Switzerland (YASS)", realizzato nei centri di reclutamento dell'esercito per conto delle Inchieste federali fra la generazione X. La percentuale di giovani adulti con pensieri suicidi è ad esempio quasi raddoppiata negli ultimi anni, passando dall'11% nel 2014/15 al 20% nel 2018/19. I principali fattori di rischio per il disagio mentale sono le interruzioni nel percorso scolastico e il basso livello di istruzione oltre ad un periodo caratterizzato da incertezze legate al periodo pandemico e all'instabilità geopolitica mondiale.

L'indagine mostra un quadro in chiaroscuro. I giovani adulti fumano meno (si è passati dal 25% nel 2010/11 al 17% nel 2018/19), mentre il consumo eccessivo di alcol è aumentato (dal 10% nel 2010/11 al 17% nel 2018/19). È diminuito anche il tasso di chi pratica sport, sceso dall'84% nel 2010/2011 al 74% nel 2018/19. I responsabili del sondaggio evidenziano anche in questo caso una correlazione fra stile di vita poco sano e basso livello d'istruzione.

In una ricerca commissionata dal Cantone, SUPSI (studio COSMO) ha approfondito il tema della salute mentale degli adolescenti e giovani adulti durante la pandemia attraverso una parte quantitativa e una qualitativa. Lo studio quantitativo fa leva sulla vasta mole di informazioni raccolte da USI e SUPSI nell'ambito dello studio nazionale Corona Immunitas con l'obiettivo di investigare le traiettorie di stato mentale dei giovani durante la pandemia e la persistenza di possibili disegualianze all'interno del gruppo analizzato. Lo studio qualitativo ha approfondito le criticità vissute dai giovani nel corso della pandemia, partendo questa volta dal punto di vista dei giovani stessi e lasciando loro la parola all'interno di una serie di focus group. Lo scopo è stato quello di esplorare le difficoltà incontrate dai giovani durante la pandemia, le strategie utilizzate per farvi fronte e la loro evoluzione nel tempo, con le ricadute che hanno avuto sull'identità e sulla percezione del futuro. I risultati dei due studi hanno fornito le basi per la formulazione di raccomandazioni di policy fondate su evidenze scientifiche.

4.3 Stress-lavoro correlato

Anche se molti fattori contribuiscono alla salute mentale e al benessere dei lavoratori, è comprovato che l'ambiente di lavoro svolge un ruolo significativo. In un buon ambiente psicosociale, il lavoro può giovare molto alla salute mentale dei lavoratori dal momento che rappresenta un assetto strutturato per un lungo arco di vita e sviluppa senso di inclusione sociale, di identità e di status, opportunità di crescita e maggiore fiducia. Per contro, un ambiente psicosociale inadeguato può avere effetti negativi significativi sulla salute dei lavoratori.

Per stress-lavoro correlato s'intende una situazione di malessere che deriva da condizioni di lavoro non ottimali. È definito anche come percezione di uno squilibrio da parte del lavoratore tra le richieste e le pressioni esercitate e le capacità di cui esso dispone per farvi fronte. Sovente, si confondono pressione (che per alcuni può essere percepita come accettabile) e stress. La pressione sul lavoro è inevitabile e può addirittura fungere da pungolo per migliorare il rendimento con le risorse personali disponibili. Quando però la pressione si fa regolarmente acuta perché mancano i mezzi personali e organizzativi, essa conduce invece allo stress.

Da un punto di vista biologico, gli eventi stressanti causano un aumento dei livelli ematici di ormoni dello stress, come il cortisolo. La cosiddetta "lotta-fuga" è la risposta cerebrale normale allo stress, nel senso che tutto il sangue confluisce nei muscoli in modo tale da essere pronti all'azione. È però importante distinguere uno stress cronico da uno normale; stressor moderati e con durata limitata sono percepiti come "piacevoli"; per alcuni, lo stress è uno stimolo che migliora il rendimento. È uno stress positivo. Tali individui cercano situazioni "stressanti", intese come esperienze nuove o altamente stimolanti, le quali promuovono il rilascio degli ormoni dello stress. In quest'ottica, c'è chi afferma che lo stress – allora spesso ridefinito come sfida o motivazione – sia una condizione necessaria alla riuscita socioprofessionale.

Tuttavia, stressor intensi, imprevedibili e prolungati come il conflitto interpersonale, sollecitazioni permanenti, interruzioni continue del lavoro, grandi quantità di informazioni da gestire e nuove tecnologie, producono un senso di impotenza appresa e sintomi simili a quelli depressivi. Lo stress in questo caso diviene un inibitore delle capacità, che impedisce di lavorare bene. Si tratta di uno stress negativo contro il quale è necessario combattere se si vuole accedere a una vita di miglior qualità.

Lo stress può pertanto assumere valenza positiva o negativa, in particolare a seconda della sua intensità. Uno stress che resta nei margini, chiaramente soggettivi, di "stimolo che migliora il rendimento" può portare benefici all'attività socioprofessionale. Quando esso però supera i limiti, pure soggettivi, oltre i quali diviene invece "inibitore della capacità", la prestazione socioprofessionale cala. Si può quindi affermare che, come per parecchi altri fattori, si è di fronte a una "curva a U rovesciata": inizialmente lo stress esercita un effetto benefico poiché favorisce un aumento di produttività, mentre una volta oltrepassato il suo "valore ottimale" esso manifesta effetti nefasti sulla prestazione lavorativa individuale. La soglia di tale valore ottimale è chiaramente individuale e può essere facilmente soggetta all'influenza di altri fattori che possono contribuire a ridurla, perlomeno temporaneamente.

In ogni caso, uno stress cronico aumenta il rischio di sviluppare depressione, sindromi immunodepressive, tensione muscolare, bruxismo, dolori alle spalle, al collo, emicrania, solo per citarne alcuni. Quando ciò accade, il nostro corpo e sistema fisiologico si ritrovano a vivere un costante stato di emergenza.

Il posto di lavoro è un contesto che fornisce un'esposizione quasi ordinaria allo stress cronico. Le cause dello stress- lavoro correlato sono tante e variano in base al tipo di lavoro svolto. Le più comuni sono ambientali: un posto di lavoro rumoroso, malsano, scomodo. Anche la turnazione, gli orari troppo lunghi o il lavoro notturno possono essere causa di stress. E ancora, un lavoro ripetitivo e arido, un carico eccessivo di compiti per un breve periodo come pure conflitti con colleghi e superiori. Ma lo stress può insorgere anche in contesti ambientali ritenuti sani da un punto di vista di sicurezza sul posto di lavoro. Nel contesto lavorativo del XXI secolo dobbiamo costantemente affermarci in qualità di lavoratori competenti ed efficaci, in continua ricerca di riconoscimento. Per tale motivo, lo stress sul lavoro può includere fattori quali le esigenze lavorative, la capacità di avere il controllo sulle decisioni e il grado di sostegno sociale nell'ambito lavorativo. L'evento o la circostanza stressante, presi singolarmente, possono non essere così dannosi. Ciò che conta è come la persona valuta lo stress e come si relaziona con esso. Le persone in posti di lavoro in cui non percepiscono sé stessi come aventi un determinato controllo risultano essere più vulnerabili nello sviluppare ansia e depressione clinica così come malattie cardiovascolari, oltre che poter aggravare condizioni cliniche ivi presenti (per esempio, è riconosciuto che sottoporsi a uno stress a lungo termine potrebbe determinare livelli elevati di glucosio nel sangue, andando a incidere negativamente in caso di diabete). Pertanto, quello che è importante è il significato che l'evento o la circostanza ha per l'individuo.

I rischi e le conseguenze dello stress-lavoro correlato sono molteplici. Si parte da un calo della soddisfazione lavorativa per arrivare ad atteggiamenti negativi verso gli altri e verso sé stessi. Ad esempio, il burnout o il presentismo, per i quali i costi generati dalla perdita di produttività sarebbero superiori a quelli dovuti all'assenteismo. Anche l'iperinvestimento emotivo è una tendenza ossessiva che rientra nell'ambito delle dipendenze comportamentali e che si traduce principalmente in un intenso desiderio di successo e in una paura eccessiva di fallimento, senza che vi siano necessariamente in gioco grandi interessi. Le conseguenze di una cattiva gestione dello stress potrebbero sfociare in inquietudine e apprensioni permanenti, depressione, crisi d'ansia e di panico, disturbi dell'adattamento o delle strategie di sopravvivenza. Queste ultime, qualora non sostenute da adeguate strategie di coping, possono influenzare il rischio di dipendenza aumentando la risposta impulsiva e l'auto-medicazione.

4.4 Stress e dipendenza

A livello cantonale, i dati dell'ISS 2017 non evidenziano delle differenze significative tra il gruppo ad alto stress lavorativo rispetto al gruppo a medio-basso stress per quanto concerne l'assunzione di farmaci. Le differenze tra questi due gruppi si fanno invece significative quando si considerano i soli farmaci psicotropi. In particolare, la discrepanza è massima per il consumo di farmaci sedativi e/o sonniferi (6.8% vs. 2.8%), seguita dal consumo di farmaci sedativi e/o sonniferi e antidepressivi (3.1% vs. 0.3%) e quella relativa ai soli farmaci antidepressivi (2.1% vs. 0.6%). Un'altra differenza significativa riguarda il consumo di antidolorifici: le persone che accusano un alto stress lavorativo dichiarano

un'assunzione di antidolorifici da "più volte" a "ogni giorno" nel corso degli ultimi 7 giorni nel 17.7% dei casi mentre nelle persone a medio-basso stress lavorativo la prevalenza scende al 7.6%. Per quanto concerne il ricorso ai servizi sanitari nel corso degli ultimi 12 mesi, le persone ad alto stress lavorativo si sono sottoposte da 1 a 12 visite mediche generaliste nel 74.5% dei casi e a visite mediche specialistiche nel 45.3% dei casi. Lo stesso dato nelle persone a medio-basso stress scende rispettivamente al 64.7% e al 35.5% dei casi.⁶

In Ticino, tra i due gruppi, non si riscontrano differenze rilevanti nel consumo di alcol sia per il consumo di birra (rispettivamente, 16.3% vs. 15.4%) che per il consumo di vino (20.2% vs. 22.9%) nel corso degli ultimi 12 mesi. Più in generale, il consumo di alcol a rischio medio-alto⁷ vede una differenza di 1 punto percentuale tra i due gruppi (7.5% vs 6.5%).⁸

4.5 Il "mind doping" lavorativo

Il termine "doping" nasce nel contesto dello sport agonistico e designa l'assunzione di sostanze vietate o il ricorso a metodi illegali per aumentare, in modo intenzionale e pianificato, il rendimento fisico dell'atleta. Di recente, tale termine è entrato anche nel contesto lavorativo per indicare l'assunzione di determinate sostanze. Il cosiddetto "mind doping" (chiamato anche potenziamento neuronale o psichico, doping cerebrale, attivazione cerebrale o potenziamento cognitivo) indica l'assunzione intenzionale e pianificata di sostanze allo scopo di potenziare artificialmente alcuni stati psichici quali la concentrazione, la memoria e l'attenzione come pure per aumentare intenzionalmente il proprio rendimento o migliorare il proprio umore.

Nel 2022, in Svizzera, l'1,9% della popolazione generale dichiarava di aver assunto almeno una volta nei 12 mesi precedenti farmaci per l'aumento dell'attenzione o delle prestazioni cognitive. Le persone giovani, fino ai 34 anni, assumono prodotti per il potenziamento delle prestazioni cognitive più spesso rispetto alle persone delle fasce di età meno giovani; si osserva questo comportamento più frequentemente nei giovani uomini (4,8%; prevalenza a 12 mesi)⁹.

Chi assume sostanze nel contesto lavorativo lo fa per tenere sotto controllo problemi di salute in generale, per affrontare disturbi causati dallo stress, quali dolori o nervosismo, per distogliere l'attenzione da pensieri stressanti o per compensare le carenze nel rendimento causate da stress o malattie.

4.6 L'alcol, un esempio

L'Ufficio internazionale del lavoro (BIT/ILO) stima che nel mondo tra il 3% e il 5% delle persone con un lavoro sia alcoldipendente. Secondo un rapporto dell'UFSP e della SUVA del 2011, il 2% dei salariati – ossia circa 70'000 persone in Svizzera – ha un consumo

⁶ Indagine Stress e Lavoro, SPVS-UMC, 2020.

⁷ Un rischio medio-alto equivale al consumo quotidiano superiore ai 20 g di alcol puro per le donne e superiore ai 40 g per gli uomini.

⁸ Indagine Stress e Lavoro, SPVS-UMC, 2020.

⁹ MonAM – Sistema di monitoraggio svizzero delle Dipendenze e delle Malattie non trasmissibili. Medicamenti per il potenziamento delle prestazioni cognitive (età: 15+), 2022.

problematico di alcol. L'abbassamento di produttività, le assenze e gli infortuni riconducibili al consumo problematico di alcol provocano costi annui di un miliardo di franchi a carico dei datori di lavoro. Il rapporto "Alcohol and the workplace"¹⁰ pubblicato dall'OMS nel 2012 cita che l'assenteismo di breve durata e senza autorizzazione è 4-8 volte superiore tra le persone con un consumo problematico di alcol, mentre il presentismo è aumentato tra le 2.6 e le 8.6 volte. L'alcol occupa un posto privilegiato nella nostra società: nessun altro prodotto di consumo è così valorizzato e radicato nella vita sociale, culturale e gastronomica. Per tale motivo il consumo di sostanze alcoliche sovente è accettato più come consuetudine che abuso. Nell'ambito sociolavorativo, tendenzialmente, il consumo di bevande alcoliche è più elevato in contesti in cui la persona si trova isolata, lavora di notte, è esposta a calore, rumore, polvere e svolge un lavoro pesante. Nelle professioni che richiedono un grande sforzo fisico, la sete e il bisogno di energia sono problemi ricorrenti, basti pensare al settore dell'edilizia. Ma il problema tocca tutti i settori lavorativi, in particolar modo quelli in cui ci si relaziona molto con il pubblico e dove l'aspettativa di una prestazione eccellente è alquanto elevata.

Le ultime stime parlano di un 15-25% degli infortuni sul lavoro causati dall'assunzione separata e/o congiunta di sostanze alcoliche e stupefacenti. Il dato è preoccupante se rapportato al fatto che incidenti sui luoghi di lavoro dovuti a cadute dall'alto e guida di muletti o macchinari vari in stato di ebbrezza sono gli esempi più frequenti d'infortuni mortali. Il tutto testimonia l'emergenza del problema delle dipendenze patologiche nei luoghi di lavoro, per il quale non sono ancora state adottate contromisure efficaci e certe.

4.7 Considerazioni finali sulla rilevanza del contesto sociale e lavorativo

Nella società occidentale, il valore e l'identità dell'individuo sono costruiti intorno al suo ruolo professionale. In un mondo del lavoro in cui è richiesto un rendimento sempre più alto e in cui sono in gioco interessi economici importanti, la percentuale di persone stressate sul posto di lavoro è in aumento.

I dati discussi suggeriscono che in Ticino la percezione di un elevato stress lavorativo sia correlata significativamente con una condizione psicofisica precaria, rappresentata principalmente da disturbi del sonno, senso di stanchezza e sensazione di esaurimento emotivo. Tale condizione coincide con un maggior ricorso a visite mediche e al consumo di farmaci, in particolare antidolorifici, sedativi e/o sonniferi. Non emerge dai dati un maggior consumo di alcol.

Nel confronto intercantonale, la soddisfazione sul lavoro percepita nel Canton Ticino è al di sotto della media nazionale, mentre lo stress percepito in ambiente lavorativo pone il Cantone nelle prime posizioni in Svizzera.

Tra l'altro, se lo stress appare come una condizione trasversale nella popolazione, le condizioni ambientali possono aggravarlo in specifici gruppi. Nel corso del periodo pandemico, ad esempio, nonostante il Job Stress Index risultasse globalmente costante, l'analisi dei dati ha evidenziato una maggior riduzione dei carichi lavorativi negli uomini

¹⁰ Si veda <https://www.alcoolautravail.ch/it/alcune-cifre-275>.

rispetto alle donne e una tendenza all'aumento della spossatezza emotiva nelle donne rispetto agli uomini.

Analogamente, esistono anche specifiche condizioni che possono ridurre l'impatto dello stress lavorativo. Il supporto sociale, ad esempio, è un fattore protettivo contro le conseguenze fisiche e psicosociali. Secondo uno studio della SECO¹¹, il sostegno da parte dei superiori e dei colleghi aumenta inizialmente la motivazione e l'impegno del lavoratore e, in seguito, riduce lo stress, il rischio di burnout e, più in generale, gli effetti negativi sulla salute.

Infine, un'ultima considerazione: accanto a un'analisi oggettivamente complessa delle possibili relazioni di causalità diretta tra stress e salute, è importante evidenziare che i dati sopra discussi rappresentano probabilmente una sottostima dell'entità del problema. Essi, infatti, considerano solo la parte di popolazione ufficialmente attiva e non quella che, pur svolgendo attività lavorative non remunerate (es. casalinghe/i), vive quotidianamente un rapporto sbilanciato tra carichi richiesti e risorse personali.

Vista la situazione che emerge dai dati cantonali e visto l'impatto sia in termini di salute che finanziari, il GE ritiene auspicabile potenziare il monitoraggio di specifici indicatori inerenti, non solo la soddisfazione sul posto di lavoro, ma anche la percezione di spossatezza emotiva e di perdita di padronanza della propria vita.

¹¹ Ralph Krieger und Marc Arial. Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Stress. SECO, 2020.

5. Dipendenze nella terza età

5.1 Aspetti generali

Una delle maggiori sfide con la quale sarà confrontato il mondo occidentale è da ricercarsi nell'invecchiamento della popolazione. L'invecchiamento di una società dipende da tre fattori: dalla fecondità, dalla speranza di vita e dalla migrazione. Per quanto riguarda la fecondità, gli studi scientifici dimostrano che negli ultimi decenni è in continua diminuzione e che al momento non vi sono argomenti che facciano pensare a un'inversione di tendenza. La speranza di vita nei paesi sviluppati ha ormai raggiunto medie che vanno oltre gli 80 anni, con le donne che vivono qualche anno in più degli uomini. La tendenza qui dovrebbe essere stabile o con un possibile leggero aumento nel corso dei prossimi decenni. La migrazione porta a un afflusso di persone relativamente giovani rispetto alla popolazione indigena, previsioni sulla futura evoluzione sono però molto difficili.

Nel 2021 in Svizzera vivevano quasi 1.7 milioni di persone al di sopra dei 65 anni. Questa cifra subirà quasi un raddoppio nel decorso dei prossimi 25 anni, con una popolazione al di sopra dei 65 anni stimata a 2.7 milioni nell'anno 2050, di cui 1.1 milioni di over 80.

Nel 2021 l'1% degli anziani tra 65 e 79 anni e il 12% degli over 80 viveva in casa anziani. Nello stesso anno gli anziani che beneficiavano al domicilio di cure LAMal offerte da servizi di aiuto e cure a domicilio (Spitex) erano più numerosi: 10% circa degli anziani di età compresa tra 65 e 79 anni e il 40% circa degli ultraottantenni. I servizi Spitex, gli altri servizi destinati alla popolazione anziana, quali i Centri diurni terapeutici e i Centri sociali nonché alcuni appartamenti protetti, nonché l'aiuto offerto dalle reti informali, rendono possibile il mantenimento a domicilio fino a un'età molto avanzata.

5.2 Aspetti specifici

Un aspetto da non sottovalutare nella fascia di popolazione sopra i 65 anni è da ricercare nell'abuso di sostanze. Nel corso degli ultimi 20 anni è stato registrato un netto aumento dei casi di dipendenza, rendendo la presa in carico del paziente anziano più difficile e onerosa.

Sostanzialmente è possibile distinguere i seguenti tipi di dipendenze:

- dipendenza da bevande alcoliche;
- dipendenza da medicinali;
- dipendenza da stupefacenti;
- dipendenza da nicotina.

All'origine della dipendenza non raramente vi è il cambiamento del ritmo di vita con il pensionamento e con questo la frequente sensazione di solitudine, l'ansia di perdere i contatti sociali e la preoccupazione per la situazione finanziaria. La persona anziana ha molto tempo a sua disposizione, ma non tutti riescono a organizzarsi in maniera da ottenere una vita soddisfacente e possono aggravare la situazione la lontananza dei figli o la perdita di partner, amici e conoscenti. A volte prevale così la sensazione di vuoto, che può infine condurre anche a gesti estremi.

In tale contesto va menzionato che nel paziente anziano la dipendenza frequentemente non è diagnosticata perché mascherata da sintomi non specifici attribuiti alle malattie della persona anziana. Nell'età avanzata, infatti, diminuisce la capacità del corpo di elaborare ed eliminare medicinali e bevande alcoliche e di conseguenza diminuisce la soglia minima per un effetto tossico. Il bicchiere di vino al pasto che ha accompagnato la persona per decenni nell'età avanzata può così già costituire un rischio.

Il consumo di bevande alcoliche e la prescrizione di sedativi diminuiscono l'autosufficienza del paziente. È noto che le dipendenze favoriscono la manifestazione di una demenza e possono portare a una necessità di ricovero anticipato in una struttura medicalizzata. Tenendo conto del fatto che oggi non esistono trattamenti veramente efficaci per le demenze, lo sforzo va concentrato sulla prevenzione. Il consumo di bevande alcoliche aumenta con l'avanzare dell'età: circa 26% dei pazienti con un'età al di sopra dei 74 anni consuma regolarmente bevande alcoliche. Come menzionato, frequentemente si tratta di una cosiddetta dipendenza "low dose", vale a dire un consumo di quantità moderata di bevande alcoliche, che usualmente non è considerato (erroneamente in questa fascia di età) dannoso per la salute. Questo è anche uno dei motivi per i quali le persone anziane ricevono solo in minima parte cure adeguate secondo lo stato dell'arte.

Nella presa in carico del paziente anziano con una dipendenza vanno inoltre considerati alcuni aspetti particolari. Innanzitutto è da valutare se il paziente, a dipendenza delle condizioni generali e dalla sua prognosi, necessita veramente di una presa a carico terapeutica. Non tutte le dipendenze, infatti, richiedono un trattamento. Un altro aspetto di cui tener conto è senz'altro il fatto che la prognosi, dopo una disintossicazione, nel paziente anziano è migliore rispetto a pazienti più giovani. È compito del geriatra o del medico curante trovare la soluzione migliore, eventualmente in collaborazione con un servizio o un medico esperto in dipendenze.

5.3 Ricerche sull'invecchiamento della popolazione dipendente

L'età delle persone con un problema di dipendenza è in aumento. I professionisti e i servizi attivi nella presa a carico delle persone dipendenti e delle persone anziane sono posti di fronte a problematiche complesse. Un trasferimento di know-how tra professioni e una collaborazione interdisciplinare sono indispensabili per rafforzare l'intervento precoce e per garantire una presa a carico adeguata delle persone anziane. La presa a carico delle persone coinvolte è più efficace se si prendono in considerazione anche le conoscenze di base sull'invecchiamento. La questione va affrontata, da una parte attraverso eventi di condivisione di esperienze e di piattaforme d'informazioni per includere questo tema nell'ambito della prevenzione, dell'intervento precoce, della riduzione del danno e della terapia dei problemi di dipendenze mentre dall'altra è fondamentale continuare a sviluppare modalità innovative di intervento e sostegno nell'ottica del "community work". Anche in tal caso l'approccio nella presa in carico in case per anziani dovrebbe prevedere la presenza di servizi consulenziali specializzati.

Sul tema generale, si veda la piattaforma nazionale di aiuto e di consulenza per le persone anziane <https://www.dipendenze-e-invecchiamento.ch/>.

Per quanto riguarda il Ticino, l'invecchiamento dei consumatori di droga in trattamento è l'argomento base della ricerca GOLD (Growing old with addiction) svolta dalla SUPSI su mandato della Fondazione Gebert Rûf con l'obiettivo di mettere in evidenza nuove problematiche che nascono dal raggiungimento della terza età di sempre più persone consumatrici di droga, nonché sviluppare proposte di intervento istituzionali e formative per far fronte alle sfide della presa in carico poste da questa popolazione emergente.

Riprendiamo qui di seguito i risultati del progetto che è stato sviluppato in due fasi.

Nella prima fase sono stati condotti tre studi:

- Il primo, uno studio epidemiologico, ha analizzato la banca dati federale della Swiss Association for the Medical Management in Substance Users (SAMMSU), che include 761 soggetti in terapia sostitutiva con oppioidi seguiti in vari servizi in tre regioni linguistiche della Svizzera. In questo studio è stato osservato che i consumatori di più di 50 anni sono persone fragili in termini fisici, psichici e sociali, sebbene non sprovvisti di risorse grazie alle quali sono sopravvissuti a decenni di uso di sostanze e che l'invecchiamento degli stessi richiederà un'assistenza importante.
- Il secondo, uno studio organizzativo, ha illustrato le sfide della presa in carico tramite la narrazione di 40 operatori socio-sanitari attivi presso 14 strutture di diverse filiere istituzionali ticinesi. Sono emerse varie sfide nella presa in carico di questa tipologia di consumatori, dovute alla resistenza del consumatore, al distress dell'operatore e alla frammentazione della rete. Sono state illustrate anche alcune pratiche professionali virtuose quali il puntellamento del quotidiano, il ripristino identitario e l'intervento prudenziale.
- Il terzo studio, di tipo sociologico, ha permesso di intervistare 15 consumatori over 50 in Ticino, sono stati osservati diversi vari modi di vita ed è stato rilevato che il consumo non è sempre e solo un segnale di malattia o disagio, ma può essere una pratica sociale, cioè una condotta che ha senso nel quadro della propria esistenza.

Nella seconda fase del progetto GOLD sono stati sottoposti i risultati della prima fase a 24 operatori socio-sanitari per disegnare le implicazioni pratiche di quanto osservato. Da questa analisi sono emerse quattro linee d'azione:

- La promozione di una relazione ricostruttiva prima che trasformativa. È importante sollecitare la narrazione dell'utente per permettergli di dare senso alla sua biografia, di rinforzare i suoi punti di investimento, di disegnare obiettivi forse sub-ottimali, ma soggettivamente significativi. In ultima analisi importa operare una sorta di puntellamento e di ripristino identitario, così da incoraggiare il soggetto a riscoprire autostima e dignità e a sviluppare qualche progettualità.
- Lo sviluppo e l'implementazione di modelli di assistenza e strutture orientati alle singolarità, sufficientemente flessibili da tenere conto dei percorsi e dei modi di vita delle persone, delle loro necessità e delle loro rappresentazioni di salute, in una logica di negoziazione terapeutica.
- La promozione di reti integrate. I vari attori coinvolti nella presa in carico dei consumatori di più di 50 anni sono chiamati a conoscersi e a ri-conoscersi, a tenere traccia della biografia dell'utente e a comunicarla quando si interagisce su un caso, così come a valorizzare le specificità delle singole figure professionali, facendole partecipare, secondo la loro natura, alla costruzione di progetti condivisi.
- L'accompagnamento dell'operatore attraverso, da un lato una formazione di base e continua mirata a sostenere l'orientamento alle singolarità, la relazione ricostruttiva e

le reti integrate, e dall'altro, la promozione di spazi e tempi di riflessività. Questi sono necessari affinché l'operatore possa costruire il senso della propria azione professionale, definirne man mano le modalità e i fini in assenza di soluzioni preconfezionate, esponendo, argomentando e validando il proprio intervento attraverso il confronto con altri operatori.

5.4 Ipotesi d'intervento

Purtroppo finora il fenomeno della persona in terza età con dipendenza è ancora poco conosciuto e di conseguenza il paziente necessitante di cure frequentemente non le riceve in maniera adeguata. Come indicato, tenendo conto dell'evoluzione demografica, i casi di dipendenza nella terza età sono destinati ad aumentare. Senz'altro sarebbe di grande aiuto un'informazione su larga scala sulle possibilità di trattamento per medici e infermieri. Per meglio identificare la persona in terza età con dipendenza che necessita cure mediche specialistiche, sarebbe auspicabile che ogni casa per anziani possa far capo a un consulente per problemi di dipendenza, eventualmente anche affiancato da personale infermieristico con formazione specifica all'interno o all'esterno della struttura.

Il ritmo con cui è scandito il tempo in casa per anziani, non facilita la gestione del ritmo di sonno e di veglia. Di solito la cena, infatti, è servita all'ospite verso fine pomeriggio o in prima serata, dopo un periodo più o meno lungo segue poi la preparazione per il riposo notturno. Con il fabbisogno ridotto del sonno della persona anziana è evidente che ne segue un risveglio notturno e il medico curante è confrontato con un paziente che soffre d'insonnia. Di conseguenza, il personale infermieristico si rivolge al medico per un trattamento. Sarebbe importante gestire questo tipo d'insonnia non subito e solo tramite la prescrizione di farmaci per favorire il sonno, medicinali che possono provocare una dipendenza molto rapida, ma anche con una migliore igiene del sonno, per quanto possibile fare anche in casa per anziani (si veda l'opuscolo "Sonno e invecchiamento").

Rivedere e ridefinire i ritmi di vita imposti nelle case per anziani aiuterebbe certamente, e laddove ci sono margini, viene anche fatto ma spesso gli stessi derivano dall'organizzazione del personale e della logistica, non ulteriormente modificabili.

Si segnala che al Gruppo esperti è stato recentemente indicato esservi servizi di assistenza e cura a domicilio che si sono proposti per attivarsi nell'ambito della somministrazione di trattamenti sostitutivi a domicilio, riconoscendo così, di fatto, che la presa a carico di pazienti dipendenti da oppiacei può essere immaginata anche per strutture e servizi che sinora si sentivano estranei al settore delle tossicomanie. Una tal evoluzione comporterà certamente la ricerca di accordi e l'adozione di nuovi modelli di presa a carico, che idealmente potrebbero vedere i "servizi di prima linea" (si pensi ai servizi ambulatoriali autorizzati in ambito LCStup, quali le Antenne o i servizi sociopsichiatrici) dare tramite consulenze o formazione oppure in qualità di case manager un supporto mirato all'intervento di "strutture e servizi di seconda linea", quali le case per anziani o, appunto, i servizi di assistenza e cura a domicilio.

I dati statistici della Clinica psichiatrica cantonale mostrano che dei 304 pazienti ammessi con un'età di 65 anni o più, 50 (16.4%) presentavano, come diagnosi principale o secondaria, dei problemi legati all'uso di sostanze.

	2022	
	N	%
Diagnosi principale o secondaria F10-F11-19	50	16.4
Senza diagnosi indicata di dipendenza	254	83.6
TOTALE	304	100

Tabella 4: Pazienti ammessi in CPC di 65 anni o più: presenza di una diagnosi legata al consumo di sostanze

Sui 50 pazienti con una diagnosi inserita che concerne l'uso di sostanze, 36 (72.9%) presentavano problemi dovuti all'uso di alcol, 11 (22.0%) all'uso di sedativi o ipnotici.

	2022	
	N	%
alcol	36	72.0
oppioidi	6	12.0
cannabinoidi	1	2.0
sedativi	11	22.0
tabacco	1	2.0
sostanze psicoattive multiple	1	2.0

Tabella 5: Pazienti ammessi in CPC di 65 anni o più con presenza di una diagnosi legata al consumo di sostanze: sostanze utilizzate

La somma dei casi e delle percentuali supera il 100% poiché l'uso di più sostanze può essere indicato per lo stesso paziente.

Confrontando i pazienti che non presentano un problema legato all'uso di sostanze/alcol a quelli che invece hanno questo genere di problema si rileva una percentuale più importante di uomini e un'età media più bassa per i pazienti che presentavano una diagnosi legata all'uso di sostanze. Inoltre essi presentano una storia di ricoveri in CPC più lunga ed una maggior proporzione di ricoveri volontari.

	Diagnosi principale o secondaria F10-F11-19		Senza diagnosi indicata di dipendenza	
	N=50	%	N=254	%
Sesso				
-uomini	28	56.0	100	39.4
-donne	22	44.0	154	60.6
Età				
-65-74 anni	39	78.0	93	36.6
-75-84 anni	10	20.0	114	44.9
-85-94 anni	1	2.0	44	17.3
-95 anni e più	-	-	3	1.2
Età media	71.5		77.6	
Modalità di ricovero				
-volontario	36	72.0	154	60.6
-coatto	14	28.0	100	39.4
Precedenti in CPC				
-1° ricovero	14	28.0	121	47.6
-2°-3° ricovero	6	12.0	66	26.0
-4° ricovero o più	30	60	65	26.3

Tabella 6: Pazienti ammessi in CPC di 65 anni o più: alcune caratteristiche, presenza di una diagnosi legata al consumo di sostanze

Alla luce di queste informazioni il Gruppo esperti auspica che nell'aggiornamento della pianificazione integrata LANz-LACD siano considerate maggiormente le necessità delle persone con dipendenze. In particolare, il Gruppo ritiene che dovrebbero essere valutate le seguenti misure:

- la possibilità per le case per anziani di poter far riferimento a dei consulenti per problemi di dipendenza;
- la predisposizione di posti nelle case per anziani per accogliere persone con dipendenze.

Il Gruppo ritiene che queste misure sarebbero utili per garantire che le persone con dipendenze abbiano accesso a cure e supporto di qualità.

6. Società digitale e cyberaddiction

6.1 Società digitale e sfide in ambito educativo e sociale

Negli ultimi trent'anni vi è stato un importante sviluppo della digitalizzazione che ha rivoluzionato le pratiche della comunicazione e ha portato un profondo cambiamento strutturale nel mondo del lavoro (lavoro più flessibile, digitale e in rete, nuovi processi lavorativi, strutture organizzative, nuove esigenze per i dipendenti, ...). L'introduzione di queste tecnologie ha preso sempre più importanza, divenendo irreversibile anche per quanto concerne l'educazione, la cultura e la vita della società in generale¹².

L'utilizzo delle tecnologie digitali (telefonia mobile, social media, Internet, intelligenza digitale, robotica) è sempre più presente nella realtà quotidiana di quasi tutte le famiglie, a casa e al di fuori di essa, per comunicare, lavorare, svolgere compiti, essere in contatto con compagni e colleghi di lavoro. Se da un lato le tecnologie hanno portato dei vantaggi - ad esempio a favore di una maggior reperibilità digitale dei genitori e un lavoro più flessibile, permettendo di meglio conciliare famiglia e lavoro - dall'altro hanno comportato un evidente aumento dello stress e di forme di esaurimento percepiti da buona parte della popolazione attiva¹³.

Con l'avanzare della digitalizzazione sono divenute necessarie nuove competenze, non solo digitali (tecniche di utilizzo delle tecnologie digitali, nozioni di programmazione,...), ma soprattutto interdisciplinari o trasversali, come il pensiero critico, l'autodisciplina, la gestione del tempo, la perseveranza, la creatività, la capacità di risolvere problemi, competenze legate alle pratiche di ricerca e all'elaborazione di informazioni complesse, competenze relazionali e interculturali¹⁴. Non sono competenze del tutto nuove quelle richieste dalla digitalizzazione, tuttavia sembra che il loro sviluppo non riceva ancora una sufficiente attenzione rispetto alle nuove esigenze. Si tratta dunque di dare maggior valore alla loro costruzione, non solo a scuola, ma anche in famiglia, nei contesti delle associazioni del tempo libero e della formazione post- obbligatoria.

Per quanto riguarda l'iniziazione all'utilizzo dei media digitali da parte di bambini e adolescenti, diversi interrogativi si impongono. A quale età è lecito introdurre progressivamente un bambino ai dispositivi digitali? Quanto accompagnamento occorre garantire? Molti sono infatti i rischi collegati a un utilizzo non adeguato e inconsapevole delle tecnologie e la fascia evolutiva (bambini e giovani) sembrerebbe essere quella maggiormente esposta a pericoli. Il compito educativo e di protezione che la società adulta deve assumersi in questo senso nei confronti dei minori impone di approfondire questo tipo di riflessione.

¹² [L'enfant, L'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques](#), Gruppo di lavoro coordinato da Jean-Yves Chapron, direttore delle pubblicazioni dell'Accademia delle scienze, aprile 2019, p. 2 .

¹³ Dr. Sarah Genner, [Digitale Transformation, Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche in der Schweiz – Ausbildung, Bildung, Arbeit, Freizeit. Bericht zuhanden der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen](#), luglio 2017, p. 5 .

¹⁴ Ibid.

Va precisato che il presente rapporto si focalizza sui rischi di cyberaddiction; altre problematiche connesse all'uso delle tecnologie digitali (ad esempio legate ai contenuti o al rispetto della privacy) sono affrontate in altre sedi.

Nell'approccio al tema della dipendenza rispetto alle tecnologie digitali, si è facilmente portati a concentrarsi sulla questione del tempo di utilizzo e molte sono le iniziative educative volte a limitarlo. La questione della "cyberaddiction", come approfondito nel rapporto del gruppo di esperti nazionale *La "cyberaddiction" en Suisse*¹⁵, è invece molto più complessa e necessita di considerare una moltitudine di fattori. Il concetto stesso di "cyberaddiction" è utilizzato con sempre maggior prudenza e non raccoglie l'unanimità dei consensi, come pure il termine proposto dall'OMS di "utilizzo eccessivo di internet" che è criticato proprio per l'eccessiva attenzione portata al fattore temporale¹⁶. Su mandato dell'UFSP, Gmel et al. (2017)¹⁷ propongono una distinzione tra una dipendenza specifica **da** internet rispetto a una dipendenza da attività e comportamenti di natura più generale che possono trovare soddisfazione **attraverso** internet (dipendenza da attività su internet). Per quanto concerne i videogiochi questo distinguo è meno evidente ma vale la pena approfondirlo. A questo proposito è interessante osservare che l'Internet Gaming Disorder è l'unica dipendenza comportamentale inserita, assieme al gioco d'azzardo patologico, nel DSM-5, mentre non è ancora possibile fare capo a una definizione universalmente condivisa di cyberaddiction.¹⁸

L'utilizzo ludico, ricreativo di dispositivi digitali porta facilmente a un uso utilitaristico e calmierante, spesso proposto dagli stessi genitori ed è pertanto importante sensibilizzarli ai rischi connessi con queste pratiche. Un'esposizione importante ai dispositivi digitali di bambini piccoli comporta ricadute indirette che possono condizionarne lo sviluppo sui piani psicomotorio, relazionale e delle capacità di apprendimento¹⁹. Per evitare (questi) gravi problemi, occorre limitare l'accesso ai dispositivi digitali, rispettando gli stadi di sviluppo nell'età evolutiva, garantendo sempre un'educazione all'uso di questi media, come indicato dal programma federale "Giovani e media" (Genner et. al., 2016).

Il pedopsichiatra francese Serge Tisseron - citato dall'esperta di psicologia dei media e della digitalizzazione Sarah Genner²⁰ - indica regole essenziali rivolte a genitori e personale educante. Entro i 3 anni il bambino ha bisogno di costruire le nozioni di tempo e di spazio, pertanto, per non inibire il loro sviluppo, invita a non posizionare un bambino piccolo davanti al televisore prima di tale età. Tra i 3 e i 6 anni il bambino ha bisogno di scoprire tutte le sue possibilità sensoriali e manuali, mentre tra i 6 e i 9 anni ha bisogno di scoprire le regole sociali. Tra i 9 e i 12 anni il bambino ha invece bisogno di esplorare la complessità del mondo. Al fine di garantire la priorità a tali compiti evolutivi, il pedopsichiatra Serge Tisseron raccomanda di non lasciare prima dei 6 anni una console personale per videogiochi ai bambini, di permettere l'accesso a Internet solo a partire dai 9 anni e ai social non prima dei 12 anni²¹.

¹⁵ S. Knocks, P. Sager e C. Perissinotto, [La "cyberaddiction" en Suisse. Rapport de synthèse 2016-2018](#), Lausanne et Zurich, avril 2018.

¹⁶ Ivi, p. 5

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ivi, p. 3.

²⁰ Ivi, p.35.

²¹ Serge Tisseron, 3-6-9-12, *Apprivoiser les écrans et grandir*, Eres 2013.

Considerato il ruolo importante dei genitori nell'introduzione dei bambini e giovani all'utilizzo dei dispositivi digitali, i consigli di Serge Tisseron contengono anche indicazioni e spunti in relazione all'importanza dell'investimento emotivo necessario da parte dei genitori nell'accompagnamento educativo dei propri figli. Non basta limitare il tempo di utilizzo, sempre in base all'età e al grado di sviluppo, occorre un confronto costruttivo con loro su questi aspetti e proporre loro attività alternative per intrattenersi e per interagire. L'utilizzo dei dispositivi digitali va accompagnato in modo educativo dai genitori in primis e dagli adulti in generale, fa parte dell'educazione alla persona e al vivere in società.

Vi sono poi questioni relative alle possibili implicazioni dei dispositivi tecnologici per quanto concerne aspetti fisiologici di sviluppo (e non). Quali effetti hanno i dispositivi – in particolare quelli mobili in rete – sul sonno? A dipendenza della gestione di tali dispositivi e di dove si trovano durante la notte, l'accesso e l'utilizzo della rete – rispettivamente dei dispositivi digitali – hanno un effetto sul sonno e, indirettamente, sulle prestazioni scolastiche. Una ricerca condotta in Svizzera nel 2015²² su bambini delle scuole elementari ha rilevato che più di un terzo dei bambini che dispongono già di un cellulare non ha alcuna regola d'uso per la notte. Regole d'uso andrebbero invece chiaramente definite. A tal proposito Sarah Genner consiglia di promuovere la responsabilità e le capacità genitoriali a livello di educazione ai media, limitando pure la reperibilità digitale professionale nel loro tempo libero²³.

Uno studio condotto su 300 giovani tra i 12 e i 17 anni da un gruppo di ricerca svizzero sull'uso digitale di notte ha trovato una correlazione tra l'uso intensivo del tempo online al momento di coricarsi e l'aumento di rischi di disturbi del sonno e di sintomi depressivi²⁴. Queste correlazioni sono sicuramente da approfondire in quanto è possibile che alcune situazioni depressive possano altresì alimentare un utilizzo smisurato di dispositivi e di tempo online, entrando così in un circolo vizioso che non può essere interrotto semplicemente con un'esortazione al limite temporale. L'utilizzo eccessivo può rappresentare un sintomo (e non necessariamente la causa) di un disagio più ampio e come tale va affrontato.

Come anticipato sopra, con bambini più grandi, e in particolare con gli adolescenti, oltre alla quantità del tempo dedicato ai dispositivi digitali, la questione si pone anche sui contenuti e altri fattori di rischio, nel merito dei quali non entreremo in questa sede²⁵.

Un'inchiesta svolta online all'inizio del 2019 (studio "always on?", costantemente online) dall'istituto M.I.S. Trend presso 1'001 adolescenti (16-20 anni) e giovani adulti (21-25 anni), nonché 390 adulti (40-55 anni) ha rilevato un utilizzo intensivo dei media digitali da parte dei giovani tra i 16 anni e i 25 anni, in media 4 ore al giorno nel tempo libero, a fronte di 2.5 ore da parte delle persone tra i 40 anni e i 55 anni. I risultati della ricerca portano alla luce un quadro molto eterogeneo di utilizzo da parte dei giovani, sia nel tipo di attività che nel tempo di utilizzo, come pure per quanto riguarda le strategie messe in atto per gestire la connessione permanente. Le conclusioni dello studio portano ad affermare che "*Grazie alle*

²² Suter et al., MIKE, Medien, Interaktion, Kinder, Eltern. Zurigo: ZHAW, 2015, citato in Ivi, p. 36.

²³ Ivi. (v. penultimo punto cap. 5.6)

²⁴ Lemola, Parkinson-Gloor, Brand, Dewald-Kaufmann e Grob, 2015.

²⁵ [L'enfant, L'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques](#), Gruppo di lavoro coordinato da Jean-Yves Chapron, direttore delle pubblicazioni dell'Accademia delle scienze, aprile 2019, p.3 .

loro esperienze di «nativi digitali» e alla loro riflessione attiva sulla connessione permanente, gli adolescenti e i giovani adulti possono fornire un importante contributo per affrontare questo tema in modo diversificato. Di conseguenza, è ragionevole e importante coinvolgerli nelle decisioni per il futuro in ambito politico ed economico, come pure nella definizione di regole per l'utilizzo concreto degli strumenti digitali nei contesti scolastico ed extrascolastico. I giovani dovrebbero avere la possibilità di esprimersi a tutti i livelli, per esempio sulle regole per gli smartphone a scuola o per l'utilizzo degli apparecchi elettronici a casa, sul grado di reperibilità che si può esigere dai lavoratori e sull'impostazione della strategia per una Svizzera digitale. Solo con il coinvolgimento sistematico di tutte le generazioni è possibile sviluppare offerte e soluzioni che presentano una certa solidità.»²⁶.

6.2 Passi attuati nelle scuole cantonali

Il Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport segue da anni il processo di trasformazione digitale in corso per comprenderne l'evoluzione e per anticiparne i bisogni.

In particolare, si evidenziano i seguenti lavori:

- Nel 2012 è stato richiesto a un'apposita commissione cantonale un rapporto ("e-education"), al fine di delineare le priorità in ambito digitale nel contesto scolastico per gli anni successivi. Tra le priorità, è stata rilevata l'introduzione di risorse digitali per l'apprendimento, dettata dall'avanzare della società dell'informazione – sempre più reticolare, estesa, destrutturata – costituita da nuove tecnologie e dai social networks per garantire agli allievi le necessarie nuove competenze²⁷.
- Verso la fine del 2014 è stato costituito il Centro di risorse didattiche e digitali (CERDD), deputato a garantire un supporto alla digitalizzazione delle scuole cantonali. Il CERDD è subordinato alla Divisione della scuola e lavora in stretta collaborazione con la Divisione della formazione professionale.
- Nell'anno scolastico 2015-2016 sono state elaborate norme sull'uso dei dispositivi mobili personali negli istituti scolastici di scuola media²⁸.
- Dal 2016 il CERDD, in collaborazione con il Dipartimento formazione e apprendimento (DFA) della SUPSI e l'Istituto universitario federale per la formazione professionale (IUFFP), sviluppa una proposta articolata di offerte di formazione e consulenza relative all'uso consapevole dei media e delle tecnologie per rispondere alle esigenze educative che si evidenziano a vari livelli nella scuola, tesa a valorizzare la relazione educativa tra docente e allievo. I percorsi educativi, oltre a mettere in evidenza l'indubbio potenziale della nuova realtà digitale, offrono spunti di riflessione e approfondimento anche sui lati più oscuri della navigazione in rete, come le tecniche manipolatorie che influenzano i comportamenti degli utenti o la creazione mirata di notizie non vere (fake news), o sulle difficoltà di gestione del tempo e/o delle relazioni online (comunicazione nelle chat, videogiochi, ecc.)²⁹.

²⁶ Opuscolo «[Always on. Come vivono i giovani la connessione permanente?](#)», UFAS, 2019, p.4.,

²⁷ Emanuele Berger, Luci e ombre della trasformazione digitale, in Scuola Ticinese, n. 334 - 1/2019 media e tecnologie, p. 3.

²⁸ Daniele Parenti e Barbara Bonetti Matozzo, Educazione e uso dei dispositivi di comunicazione personali nella scuola, in Scuola Ticinese, n. 334 - 1/2019 media e tecnologie, pp. 32-33.

²⁹ Cristiana Lavio, Per un'educazione all'uso consapevole dei media e delle tecnologie, in Scuola Ticinese, n. 334 - 1/2019 media e tecnologie, pp. 36-38.

- È stato definito nel 2022 un protocollo d'intervento in situazioni di crisi per accompagnare le sedi scolastiche nella gestione di situazioni di urgenza che si riferiscono all'utilizzo dei media e delle tecnologie, che è stato presentato ai direttori scolastici ed è stato inserito nella procedura della Gestione degli eventi critici nelle scuole³⁰.
- La gestione dei dispositivi mobili, il tempo trascorso in rete dagli allievi, il rispetto di sé e del prossimo, sono solo alcuni esempi di situazioni che non richiedono solo competenze tecniche, ma anche sociali e personali, da affiancare a valori fondamentali come la responsabilità, la correttezza, l'etica. Le riflessioni sono in corso³¹.

³⁰ Gruppo strategico per gli eventi critici nelle scuole, Gestione degli eventi critici nelle scuole Documento per le direzioni scolastiche, Bellinzona ottobre 2022, p. 1.

³¹ Emanuele Berger, Luci e ombre della trasformazione digitale, in Scuola Ticinese, n. 334 - 1/2019 media e tecnologie, p. 4.

7. Strategia nazionale dipendenze e nuove forme di dipendenza

L'ambito delle dipendenze conosce continui cambiamenti; mutano le forme di consumo, le forme di dipendenza, le abitudini e muta anche la percezione sociale su questo tema. La politica delle dipendenze è dunque confrontata con nuove e continue sfide.

La Strategia nazionale dipendenze, approvata dal Consiglio federale nel novembre 2015, ha sviluppato ulteriormente la strategia dei quattro pilastri che si è dimostrata efficace, prefiggendosi in particolare “di migliorare la prevenzione e il trattamento delle dipendenze, nonché di ridurre le conseguenze dei comportamenti a rischio per la salute e la società”³². Essa comprende “tutte le forme di dipendenza, riunendo in un'unica strategia i programmi nazionali e i pacchetti di misure finora elaborati per i fattori di rischio alcol, droghe e tabacco. Offre inoltre un quadro orientativo per affrontare altre forme di dipendenza, come l'utilizzo eccessivo d'internet, il gioco d'azzardo patologico o la dipendenza da medicinali”³³, che da tempo richiamano l'attenzione di specialisti dei vari settori e opinione pubblica.

Grazie alle esperienze svolte nell'ambito di programmi e misure attuati a livello cantonale e nazionale, e alle conoscenze acquisite sulla loro efficacia, la Strategia nazionale dipendenze ha creato le basi per rispondere in modo adeguato anche a nuove forme di dipendenza, ritenendo prioritari:

- il riconoscimento precoce dei comportamenti a rischio e delle dipendenze (prevenire l'insorgere di dipendenze e l'emergenza);
- garantire l'aiuto e il trattamento necessario alle persone dipendenti, tramite la consulenza specialistica e i trattamenti orientati al bisogno, al fine di garantire un sostegno ottimale alle persone interessate;
- la riduzione dei danni alla salute e alla società;
- diminuire le ripercussioni negative sulla società³⁴.

Un altro aspetto prioritario nell'ambito dell'attuazione della Strategia nazionale dipendenze è garantire il principio delle pari opportunità, non solo in materia di salute, ma anche sul piano educativo e sull'uso consapevole delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC), facilitare l'accesso alle informazioni e alle offerte di aiuto, indipendentemente da sesso, condizioni socioeconomiche, estrazione sociale ed età³⁵.

³² Tratto da Piano di misure della [Strategia nazionale dipendenze 2017-2024, UFSP, Divisione programmi nazionali di prevenzione, 2016, p. 6.](#)

³³ Ivi, p. 39.

³⁴ Ivi, p.4.

³⁵ Ivi, p. 5.

7.1 Misure specifiche per le nuove forme di dipendenza

Nell'ambito delle nuove forme di dipendenza, indichiamo le seguenti misure previste dalla Strategia nazionale dipendenze nelle diverse aree d'intervento, in particolare affinché si possano elaborare delle risposte appropriate ed efficaci:

- **Misura 1.1:** rafforzare la promozione della salute e la prevenzione per bambini e adolescenti nei loro principali ambiti di vita: famiglia, scuola e formazione, tempo libero³⁶;
- **Misure 1.4.1 e 1.4.2:** Promozione del riconoscimento e dell'intervento precoci (RIP) in tutte le fasi di vita, da applicare anche ai nuovi settori tematici, come per esempio la dipendenza da Internet, il gioco patologico (per bambini e adolescenti, ma anche adulti e anziani); promozione di piattaforme per la creazione di una rete tra i diversi attori nelle scuole, nei Comuni, negli ambiti della vita notturna, nel mondo del lavoro, per considerare le diverse cause di comportamenti a rischio prima che la persona sviluppi una dipendenza in seguito a condizioni di vulnerabilità legate a disoccupazione, problemi familiari, violenza, ecc.³⁷;
- **Misura 2.2:** Ottimizzazione e promozione dell'utilizzo delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) per facilitare l'accesso a una consulenza di alta qualità (portale di consulenza online SafeZone.ch che integra la consulenza su internet, l'informazione e l'interconnessione virtuale degli specialisti)³⁸;
- **Misura 7.2:** Sensibilizzazione dei gruppi a rischio, che meritano un'attenzione particolare, come i bambini, gli adolescenti, le persone con status socioeconomico precario o in fasi critiche della vita (separazione, perdita del lavoro, lutti importanti ecc.)³⁹.

È ritenuto inoltre importante promuovere l'interconnessione degli attori del settore delle dipendenze nell'ambito della Piattaforma di coordinamento e prestazioni Svizzera (PCS)⁴⁰, la collaborazione intersettoriale (sanità/socialità, polizia/giustizia, economia, educazione, integrazione)⁴¹ e il coordinamento delle offerte di riduzione dei danni a tutte le forme di dipendenza (offerte ambulatoriali e residenziali di consulenza e trattamento, strutture a bassa soglia, offerte d'integrazione, ecc.)⁴². Il finanziamento delle offerte di aiuto in caso di dipendenza nei settori prevenzione, riduzione dei danni e terapia è di competenza dei Cantoni⁴³.

³⁶ Ivi, p. 15.

³⁷ Ivi, p. 16.

³⁸ Ivi, p. 18.

³⁹ Ivi, p. 35.

⁴⁰ Ivi, p. 28.

⁴¹ Ivi, p. 29.

⁴² Ivi, p. 21.

⁴³ Ivi, p. 46.

8. Facoltà di segnalazione

Il Gruppo esperti ritiene importante sottolineare, come già rilevato nel precedente Piano cantonale, come il Ticino non abbia ancora istituito dal profilo operativo la facoltà di segnalazione prevista dall'art. 3c della Legge sugli stupefacenti (LStup).

Tale norma prevede che i servizi ufficiali e i professionisti operanti nei settori dell'educazione, della socialità, della salute, della giustizia e della polizia possano segnalare i casi esistenti o a rischio di persone affette da turbe legate alla dipendenza da stupefacenti, segnatamente ove si tratti di bambini e giovani. Ciò a condizione che i casi siano stati riscontrati nell'esercizio della loro attività ufficiale o professionale, l'operatore ritenga sussistere un pericolo considerevole per gli interessati, i loro congiunti o la collettività e abbia la convinzione che una misura assistenziale sia opportuna. Nel caso di minori, la LStup prevede inoltre ne sia informato anche il rappresentante legale, salvo che vi si oppongano gravi motivi. Di riflesso, i servizi e i professionisti indicati sono poi esentati dall'obbligo di denuncia del consumo non autorizzato nel caso in cui ricorrano alla facoltà di segnalazione.

Il Gruppo esperti nel passato ha seguito con attenzione l'iter della riforma delle Autorità regionali di protezione (ARP), autorità che il legislatore federale ha voluto specializzate (art. 440 cpv. 1 CC), con la revisione del Codice civile entrata in vigore il 1° gennaio 2013, poiché riteneva potessero essere le autorità a cui si sarebbe potuto delegare parzialmente o totalmente il compito di accogliere dette segnalazioni. Il messaggio n. 8097 del 22 dicembre 2021 "Riforma dell'organizzazione delle Autorità di protezione" è tutt'ora in esame presso la Commissione giustizia e diritti del Gran Consiglio. Dall'adozione dello stesso sarà tuttavia necessario attendere ulteriori passi istituzionali per la modifica delle procedure e per l'adeguamento organizzativo, di conseguenza l'inizio dell'attività delle Preture di protezione non è prevista a breve termine.

L'effettiva efficacia dell'art. 3c Lstup è stata oggetto di un mandato da parte dell'Ufficio federale della sanità pubblica e Infodrog. I risultati sono pubblicati nel rapporto «Annonces en cas de mise en danger en lien avec la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les adolescent e s – Analyse et recommandations » del 2023 (cfr. allegato n. 12).

In sintesi si rileva che allo stato attuale 19 Cantoni dispongono di una base legale secondo l'art. 3c LStup, due terzi di questi ultimi sono ancorati a dei servizi specializzati nelle dipendenze, quattro Cantoni fanno capo a dei servizi cantonali e in due Cantoni questo istituto è integrato presso le autorità civili di protezione. Il numero di annunci registrati annualmente in tutto il Paese è contenuto tra i 30 e 40 casi, di cui la metà effettuati nel Canton Friburgo.

Lo studio conclude che, per quanto sia importante fornire un chiaro inquadramento giuridico, gli elementi su cui fare maggiore leva siano da ancorare all'importanza dell'intervento precoce. Tra questi:

- porre l'accento sul sostegno tempestivo modulato in funzione al contesto dei giovani;
- assicurare una presa in carico integrata tra le varie agenzie della rete;
- elaborare delle linee guida per i professionisti;
- fornire un quadro giuridico che consenta di legittimare le segnalazioni;

- crescere e migliorare la raccolta di dati volti ad inquadrare il fenomeno.

Lo strumento rimane una base legislativa, tuttavia non può essere solo l'annuncio dell'art. 3c che permetta di avviare una politica d'intervento giovanile. È tuttavia necessario individuare un'entità cantonale preposta a raccogliere eventuali segnalazioni. Seguendo l'esempio della maggioranza dei Cantoni, il Gruppo esperti ritiene che il compito di accogliere le segnalazioni possa essere delegato, in questa fase, ai servizi specializzati nelle dipendenze.

9. Considerazioni finali e raccomandazioni

Impostazione strategica: stupefacenti vs. dipendenze

Il presente Piano cantonale degli interventi in ambito delle tossicomanie (PCI), previsto all'art. 4 della Legge cantonale d'applicazione della Legge federale sugli stupefacenti (LStup), si concentra sul fenomeno del consumo (illegale) di stupefacenti e sulla presa a carico dei "tossicomani classici", anche se l'approccio auspicato dagli esperti diviene sempre più ampio, staccandosi dallo statuto d'illegalità e dal riferimento al consumo di sostanze. In virtù delle interazioni e interconnessioni tra il settore LCStup e altre politiche pubbliche a carattere sanitario, sociale, assistenziale nonché educativo, il Gruppo esperti ha mantenuto un focus più ampio della "politica degli stupefacenti" intesa in senso stretto, anche se l'attuale quadro legislativo nazionale ancora non prevede un'unificazione delle basi legali in materia di dipendenze, perlomeno per gli ambiti legati all'alcol, al tabacco e agli stupefacenti.

Il Gruppo esperti auspica che possano essere riviste le attuali basi legali rendendole al passo coi tempi e che consentano una più confacente ed efficace attuazione di una politica non limitata alle sole sostanze illegali, bensì al complesso e variegato ambito delle dipendenze. L'approccio dovrebbe essere esteso quindi alle sostanze (legali e illegali) nonché alcune dipendenze legate ai comportamenti (gioco patologico, cyberaddiction). Nell'ambito della revisione delle disposizioni, il Gruppo ritiene necessario estendere il mandato del Delegato ai problemi delle tossicomanie al più ampio tema delle dipendenze affinché possa coordinare l'azione cantonale riducendo la frammentazione che oggi contraddistingue questo settore. Conseguentemente l'ampliamento della materia che pragmaticamente ritroviamo nella prassi operativa dei servizi preposti, consentirebbe formalmente di garantire una strategia e degli interventi più estesi ai variegati campi d'intervento. Questo aspetto dovrebbe altresì estendersi alla figura del "delegato per le dipendenze".

Invecchiamento, dipendenze e cronicizzazione

Il fenomeno della persona in terza età con dipendenza è ancora poco conosciuto e di conseguenza il paziente che necessita di cure spesso non le riceve in maniera adeguata. Come indicato, tenendo conto dell'evoluzione demografica, i casi di dipendenza nella terza età sono destinati ad aumentare.

Il Gruppo esperti auspica che nell'aggiornamento della pianificazione integrata LAnz-LACD siano considerate maggiormente le necessità delle persone con dipendenze. In particolare, il Gruppo ritiene che, per garantire supporto di qualità, dovrebbero essere valutate le seguenti misure:

- l'informazione su larga scala sulle possibilità di trattamento per medici e infermieri;
- la possibilità per le case per anziani di poter far riferimento a dei consulenti per problemi di dipendenza eventualmente anche affiancato da personale infermieristico con formazione specifica;
- la predisposizione di posti nelle case per anziani per accogliere persone con dipendenze.

Sperimentazione canapa

Il 15 maggio 2021 è entrata in vigore una modifica della LStup che consente di svolgere sperimentazioni pilota con dispensazione controllata di canapa a scopi non medici. Già consultato su questa tematica in passato, il Gruppo esperti aveva raccomandato al Consiglio di Stato di evitare di avviare progetti in tal senso prima dell'ottenimento della base legale. Nel frattempo il 25 settembre 2020 il Parlamento federale ha adottato una modifica della legge sugli stupefacenti (LStup). Con il nuovo articolo 8a LStup, la revisione ha creato le basi legali per lo svolgimento di sperimentazioni scientifiche pilota con canapa limitate sotto il profilo territoriale e temporale.

Anche in Ticino sono attualmente pendenti progetti di sperimentazione sottoposti anche al vaglio della Commissione etica. Considerato il nuovo assetto di condizioni quadro e legislative, esistono le condizioni, anche in Ticino, per l'avvio di dette sperimentazioni, previa autorizzazione federale.

Implementazione eroina terapeutica

La terapia basata sulla prescrizione della forma farmaceutica dell'eroina, consiste nella somministrazione strettamente regolamentata e controllata di diacetilmorfina nel quadro di un monitoraggio medico e psicosociale. Sperimentata per la prima volta in Svizzera nel 1994 in uno studio di coorte, questa terapia si è imposta come misura terapeutica in seguito ai risultati positivi ottenuti ed è stata così iscritta nella legge sugli stupefacenti in occasione della sua revisione nel 2011. Nel 2021, circa 1'700 persone dipendenti hanno seguito questa terapia in 22 centri ambulatoriali specializzati e un penitenziario. In Svizzera, circa l'8% delle persone tossicodipendenti beneficia anche di una terapia a base di diacetilmorfina.

Diversi studi hanno evidenziato un'efficacia di questo approccio terapeutico dal punto di vista dei costi-benefici economici e sociali. Attualmente in Ticino questa modalità di prescrizione non è ancora data poiché fino ad oggi non c'era un numero sufficiente di pazienti per giustificarne l'implementazione. Inoltre detta offerta terapeutica spesso non era considerata particolarmente attrattiva in quanto per la somministrazione il soggetto avrebbe dovuto recarsi più volte al giorno presso il centro.

Attualmente è in atto all'interno di Ingrado un progetto di valutazione e di implementazione del trattamento con eroina controllata in pazienti cronici e resistenti a diversi regimi di terapia. Il progetto è accompagnato da uno studio su equità, etica, inclusività e qualità dei trattamenti farmacologici in pazienti con dipendenza da oppioidi.

Facoltà di segnalazione (art. 3c LStup)

Il Gruppo esperti, raccomanda nuovamente che sia istituita dal profilo operativo la facoltà di segnalazione prevista dall'art. 3c LStup. Tale norma prevede che i servizi ufficiali e i professionisti operanti nei settori dell'educazione, della socialità, della salute, della giustizia e della polizia possano segnalare i casi esistenti o a rischio di persone affette da turbe legate alla dipendenza da stupefacenti, segnatamente ove si tratti di bambini e giovani.

Il Gruppo esperti propone di seguire l'esempio della maggioranza dei Cantoni e di delegare il compito di accogliere le segnalazioni, in questa fase, fintanto che la riforma delle autorità di protezione non sarà completata, ai servizi specializzati nelle dipendenze.

Risorse e riallocazione in base al fabbisogno

Coordinamento della rete dei servizi

Nella strategia nazionale dipendenze 2017-2024 la politica dei 4 Pilastri, oggi declinata in regolamentazione, riduzione dei danni, terapia e prevenzione vengono contemplate otto aree di intervento e tra le misure trasversali viene evidenziata l'importanza del coordinamento e della cooperazione.

Un moderno approccio alle dipendenze, che va oltre il mero consumo di sostanze legali o illegali, in un approccio olistico nella presa in carico dei soggetti in una visione bio-psico-sociale, necessita viepiù di una messa in rete e di un coordinamento dei servizi preposti confrontati con comportamenti a rischio o con una dipendenza.

Le varie fasi della presa in carico e le variegiate tipologie di risposte sociali e/o terapeutiche comportano una stretta collaborazione e coordinamento tra i servizi territoriali pubblici e privati affinché possa essere garantita una continuità terapeutica e la persona sia costantemente monitorata in un progetto di riduzione del danno, di cura e di reinserimento sociale. Spesso l'abbandono di un programma comporta ricadute e rischi maggiori, elementi facenti spesso parte del percorso riabilitativo.

Come contenuto nella strategia della Confederazione occorre creare i presupposti per una interconnessione dei partner impegnati nell'ambito delle dipendenze e un coordinamento e rafforzamento delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria. Confrontati con una limitazione delle risorse questo dovrebbe estendersi anche alle diverse offerte di presa in carico. Ovviamente accanto alla messa in rete dei servizi presenti sul territorio cantonale al fine di fornire una continuità terapeutica, occorre garantire la massima flessibilità nel provvedere a puntuali ed efficaci risposte ai mutati bisogni espressi dall'utenza.

Nella strategia nazionale si prevede di interconnettere i partner della politica in materia di dipendenze, coordinare le attività e promuovere e rafforzare la collaborazione intersettoriale fra tutti gli attori coinvolti: servizi sociali, sanitari e autorità civili e penali.

Nel nostro Cantone questo significa mettere in rete e coordinare gli interventi partendo dalla bassa soglia, alle terapie sostitutive, alle attività di consulenza territoriale (antenne), ai centri diurni, ai laboratori, fino alle prese in carico residenziali. Lo stesso deve poter includere una tempestiva attività di accoglienza in un progetto territoriale una volta superata la fase di acuzie psichiatrica presso la Clinica cantonale o altro presidio stazionario. Non da ultimo occorre mantenere costante l'attenzione sui programmi e sulle offerte in ambito preventivo.

Responsabile del coordinamento (delegato)

La Confederazione nella strategia nazionale pone l'accento sull'importanza della messa in rete dei partner della politica in materia di dipendenze a livello intersettoriale affinché sfruttino le sinergie e integrino gli obiettivi della politica in materia di dipendenze in altri ambiti politici. Per quanto concerne il coordinamento e la cooperazione, l'UFSP e altri uffici federali promuovono la collaborazione con conferenze e istituzioni cantonali e intercantonali e nel contempo anche con associazioni professionali, ONG e altri attori. Nell'ottica della politica in materia di dipendenze, anche i Comuni svolgono un ruolo specifico perché sono direttamente interessati ad esempio dal consumo di alcolici e droghe in luoghi pubblici. Il coordinamento avviene a livello sia strategico, sia operativo. Il suo obiettivo è

l'armonizzazione reciproca delle strategie cantonali di attuazione della politica in materia di dipendenze, la collaborazione con i rappresentanti delle diverse categorie professionali interessate e il coordinamento della politica federale con le esigenze specialistiche e con le priorità d'intervento definite nei Cantoni.

Per le ragioni esposte diventa ora imprescindibile che la figura del delegato alle tossicomanie possa riassumere, come in passato, questo ruolo di coordinamento, oggi prevalentemente dedicato agli stupefacenti. Il coordinamento della rete dei presidi territoriali precedentemente descritto unitamente ad un costante sguardo ampliato sulle politiche nazionali e cantonali diviene oggi un compito imprescindibile da parte del nostro Cantone. Detto compito dovrebbe essere assunto dedicando a questa complessa materia una risorsa con una percentuale lavorativa pari al 50%, già allocata in passato. Tra i futuri compiti, oltre a quelli già attualmente assunti da detta figura professionale possiamo riprendere quelli indicati dalla strategia ovvero:

- messa in rete e promozione della collaborazione intra- e intersettoriale;
- referente cantonale e federale per il tema delle dipendenze;
- coordinamento della conferenza dei portatori di interesse;
- partecipazione agli incontri intercantonali di scambio;
- promozione dello scambio di conoscenze specialistiche;
- coordinamento delle attività sul tema violenza e salute.

Prevenzione di consumi e dipendenze correlate allo stress

Gli svizzeri soffrono sempre di più sul posto di lavoro. Un'evoluzione che si ripercuote non solo sulla produttività del Paese, ma anche sulla salute della popolazione.

Sarà necessario coordinare non soltanto le forze istituzionali nell'azione applicativa della normativa in tema di prevenzione lavorativa, ma anche i singoli lavoratori e datori di lavoro, al fine di evitare costi futuri che andranno a incidere drasticamente sulla produttività e sulla sanità pubblica.

Giovani e nuove dipendenze

La fascia di età di giovani dipendenti sotto i 25 anni trova difficilmente risposte adeguate presso le strutture presenti. La gestione ambulatoriale in caso di abuso di sostanze psicoattive risulta al momento difficoltosa all'interno delle strutture dedicate alle tossicodipendenze e questo per diverse ragioni tra le quali, per esempio, i rischi di estensione del consumo ad altre sostanze a seguito dell'incontro con utenti più anziani. In quest'ambito peraltro, i servizi FAST (Famiglia / Adolescenza / Sostanza / Terapia) e MAPS (Mediazione / Adolescenti / Parenti / Sostanze), sono una buona risposta a situazioni di giovani consumatori non troppo problematici e ai loro famigliari. Queste attività andrebbero sicuramente ulteriormente potenziate quantitativamente e qualitativamente, anche alla luce delle preoccupanti e mutate abitudini di consumo e dell'aumento del disagio giovanile a queste correlate.

Bisogna anche prestare attenzione ai fenomeni di drop-out, che in Ticino⁴⁴ portano sempre più giovani ad abbandonare il percorso formativo o a ricorrere all'assistenza sociale. Questo fenomeno è da tenere sotto controllo ed è importante evitare comportamenti a rischio in

⁴⁴ Si veda il Rapporto SUPSI/DFP "A 20 anni in assistenza: percorsi di vita dei giovani ticinesi beneficiari di aiuti sociali" di Jenny Marcionetti, Spartaco Calvo ed Elena Casabianca, 2018.

momenti di fragilità individuali che spesso non sono rilevati in tempo. Si tratta dunque di fare un lavoro di prevenzione importante sin da giovani, per evitare che i comportamenti a rischio si tramutino in problemi di consumo e in forme di marginalizzazione in età più avanzata. In quest'ottica, quanto presentato dal Consiglio di Stato con il messaggio 7782 del 7 gennaio 2020 Progetto "Obiettivo 95%", cioè la modifica della Legge della scuola con l'introduzione dell'obbligo formativo fino alla maggiore età, va nella direzione auspicata.

Per l'utilizzo dei nuovi media, e nell'ottica di evitare che insorga una cyber-dipendenza, si ritiene importante permettere alle nuove generazioni di acquisire competenze mediali già nella scuola dell'obbligo. Il Gruppo esperti ha quindi appreso con piacere come in merito vi sia uno specifico obiettivo fissato dal Consiglio di Stato nelle Linee direttive 2019-23 (Obiettivo 7 "Aumentare le competenze digitali dei futuri cittadini mediante lo sviluppo dell'integrazione del mondo digitale nelle attività di insegnamento e apprendimento nelle scuole cantonali obbligatorie e postobbligatorie").

In base alle conclusioni e raccomandazioni del Rapporto di sintesi *La "cyberaddiction" en Suisse*⁴⁵ si sottolinea la necessità di approfondire gli aspetti in relazione al trattamento e alla riduzione del danno in relazione alla "cyberaddiction", come pure all'importanza di analizzare la specificità delle problematiche di utilizzo in termini di sofferenza soggiacente, rispettivamente alle possibili sofferenze generate dall'uso massiccio delle tecnologie digitali.

Riorientamento dell'offerta

Si attira l'attenzione che le proposte concernenti il riorientamento dell'offerta, in termini di prestazioni e di presa in carico, sono presentate nel capitolo 3.13, in particolare sono contenute le misure inerenti i giovani 12-15, le offerte di presa in carico intermedie, le offerte delle attività occupazionali, la flessibilizzazione delle prese in carico residenziali, come pure la formazione degli operatori sociosanitari nonché l'osservatorio sulle sostanze.

⁴⁵ Op. cit, pp. 14-16

Allegati

1. Dati sull'andamento dei collocamenti terapeutici e sull'attività delle Antenne
2. Laboratorio21, indicazioni di Comunità familiare, agosto 2023
3. Medicina delle dipendenze, indicazioni di Ingrado, febbraio 2020
4. Monitoraggio consumi ricreativi 2021: focus group, ottobre 2022
5. Panorama suisse des addictions 2023, edito da Addiction Suisse, febbraio 2023
6. Programma d'azione cantonale "Prevenzione alcol, tabacco e prodotti affini" 2021-2024
7. Statistiche di Polizia 2017-2022 sul consumo di stupefacenti
8. Raccomandazioni mediche 2020 per la terapia con agonisti oppioidi (TAO) della sindrome da dipendenza da oppioidi
9. La régulation des produits psychoactifs en Suisse, novembre 2022
10. Stress lié au travail, bien - être et conditions de travail des personnes actives entre 2005 et 2019 : évolutions et causes potentielles, Tritschler N., Meier L, Elfering A. (2022), Université de Neuchâtel, Neuchâtel
11. Rapporto di ricerca "GOLD. Growing old with drugs - Invecchiamento dei consumatori di sostanze in trattamento sostitutivo e nuovi modelli di presa in carico e di formazione", di Maria Caiata Zufferey, Margherita Luciani, Cesarina Prandi, Paola Di Giulio, Alberto Moriggia, Lorenzo Pezzoli, Manno, agosto 2021
12. Annonces en cas de mise en danger en lien avec la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les adolescent e s – Analyse et recommandations. Rapport de synthèse», Stephanie Stucki, Infodrog (Ed.) 2023, Berne

Glossario

Senza pretesa di esaustività, il presente glossario è inteso a favorire un a corretta lettura del PCI 2023 anche dove si fa riferimento a concetti e termini tecnici non necessariamente di uso comune.

Addiction

Disturbo cerebrale caratterizzato da un impegno compulsivo nel premiare gli stimoli nonostante le conseguenze negative. Processo biologico, indotto dall'esposizione ripetuta a uno stimolo di dipendenza, che vede il coinvolgimento di fattori psicosociali e che costituisce la patologia di base che guida lo sviluppo e il mantenimento di una dipendenza. Le due proprietà caratterizzanti tutti gli stimoli di addiction sono che essi sono rinforzanti (aumentano la probabilità che una persona cerchi un'esposizione ripetuta a loro) e intrinsecamente gratificanti (sono percepiti come positivi, desiderabili e piacevoli).

ADHD

Disturbo da deficit di attenzione e iperattività. È un disturbo mentale caratterizzato da difficoltà nel prestare attenzione, eccessiva attività e un agire senza riguardo alle conseguenze, che altrimenti non sono appropriate per l'età di una persona. Nei bambini, può portare a prestazioni scolastiche scadenti. Esiste un'associazione con altri disturbi mentali e l'abuso di sostanze.

Binge drinking

Corrisponde a un "pesante episodio di consumo di bevande" ed è riferito al bere bevande alcoliche con l'intenzione di diventare intossicati da un forte consumo di alcol in un breve lasso di tempo. Le definizioni concrete del fenomeno possono variare considerevolmente.

Bruxismo

Digrignamento dei denti che li fa stridere, dovuto alla contrazione della muscolatura masticatoria, soprattutto durante il sonno.

Burnout

La sindrome da burnout è l'esito patologico di un processo stressogeno che può interessare operatori e professionisti impegnati quotidianamente e ripetutamente in attività che implicano le relazioni interpersonali. In genere, sono evidenziate tre componenti: un deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro; un deterioramento delle emozioni originariamente associate al lavoro; un problema di adattamento tra la persona e il lavoro che è chiamata compiere, a causa delle eccessive richieste di quest'ultimo. Il burnout è una sindrome da stress ormai non più esclusiva delle professioni d'aiuto, ma che può verificarsi in qualsiasi organizzazione del lavoro.

Case management / Case manager

Coordinamento di servizi comunitari da parte di un professionista o di un team per fornire alle persone un'assistenza sanitaria mentale personalizzata in base alle battute d'arresto o alle sfide persistenti di un individuo e aiutarli a recuperare le persone. Tale proposta cerca di ridurre le ospedalizzazioni e sostenere il recupero degli individui attraverso un approccio olistico che considera i bisogni bio-psico-sociali complessivi di ogni persona senza

comportare costi economici svantaggiosi. Di conseguenza, il coordinamento dell'assistenza include i tradizionali servizi di salute mentale, ma può anche comprendere l'assistenza sanitaria di base, l'alloggio, i trasporti, l'occupazione, le relazioni sociali e la partecipazione della comunità. È il legame tra il cliente e il sistema di erogazione dell'assistenza ai cosiddetti "pazienti difficili" o "casi complessi".

CFDNT

Commissione federale per le questioni relative alle dipendenze e alla prevenzione delle malattie non trasmissibili, istituita dal Consiglio federale a inizio 2020 abrogando le tre precedenti commissioni settoriali: quella per le dipendenze (che aveva sostituito a inizio 2016 la Commissione federale per le questioni di droga), quella per i problemi legati all'alcol e quella per la prevenzione del tabagismo.

Coaching

Una forma di sviluppo in cui una persona esperta, chiamata coach, supporta un discente o cliente nel raggiungimento di uno specifico obiettivo personale o professionale fornendo formazione e orientamento. Il discente è talvolta chiamato coachee. Occasionalmente, può significare una relazione informale tra due persone, di cui una ha più esperienza e competenza dell'altra e offre consulenza e orientamento man mano che quest'ultima impara. Differisce dal mentoring poiché si concentra su compiti o obiettivi specifici, rispetto a obiettivi più generali o di sviluppo complessivo.

Community work

Lavoro non retribuito svolto da una persona o da un gruppo di persone a beneficio della propria comunità o delle sue istituzioni. Il servizio alla comunità è distinto dal volontariato poiché non sempre è svolto su base volontaria. Anche se i benefici personali possono essere realizzati, può essere svolto per una varietà di motivi, tra cui i requisiti di cittadinanza, la sostituzione delle sanzioni penali, i requisiti di una scuola o classe rispettivamente quelli per il ricevimento di determinati benefici.

Coping

Investire uno sforzo consapevole nel risolvere problemi personali e interpersonali, per cercare di dominare, minimizzare o tollerare lo stress e i conflitti. È generalmente riferito a strategie di coping adattivo (costruttivo), che riducono lo stress. Al contrario, vi sono anche strategie di coping disadattativo, che aumentano lo stress.

Craving

Quando si passa attraverso un periodo di astinenza, il craving è l'impulso psicologico per la sostanza che non è più consumata. Tale sostanza può essere alcool o una droga, ma non si limita a questi.

Disturbo da uso di sostanze (DUS)

Noto anche come disordine da uso di droga, è una condizione in cui l'uso di una o più sostanze porta a una compromissione clinicamente significativa o a un disagio. Si riferisce all'uso eccessivo di una droga che porta a effetti che sono dannosi per la salute fisica e mentale di un individuo, o per il benessere di altri individui. È un disturbo caratterizzato da un modello di uso continuato patologico di un farmaco, che si traduce in conseguenze sociali

legate all'uso di droghe, come il mancato rispetto degli obblighi di lavoro, familiari, scolastici, conflitti interpersonali o problemi legali.

Drop out / Dropping out

Abbandonare la scuola superiore, il liceo, l'università o un altro curriculum formativo per motivi contingenti, necessità o disillusione verso il sistema da cui l'individuo si allontana.

HEB-C

Epatite C, malattia infettiva causata da virus e che colpisce principalmente il fegato. Durante l'infezione iniziale le persone hanno spesso sintomi lievi o nessun sintomo. Il virus persiste nel fegato in circa il 75%-85% delle persone inizialmente infette. L'infezione cronica precoce non ha tipicamente alcun sintomo. Nel tempo, tuttavia, porta spesso a malattie epatiche e, occasionalmente, a cirrosi.

HIV

Virus dell'immunodeficienza umana. Si tratta di un sottogruppo di retrovirus che causa l'infezione da HIV e la sindrome da immunodeficienza acquisita nel tempo (AIDS).

Milieu therapy

Una forma di psicoterapia che prevede l'uso di comunità terapeutiche. I pazienti di strutture stazionarie si uniscono in un gruppo, che poi si ritrova per un periodo di parecchi mesi. Durante il soggiorno, i pazienti sono incoraggiati ad assumersi la responsabilità per sé stessi e per gli altri all'interno dell'unità, in conformità a una gerarchia di conseguenze collettive. Ci si aspetta che i pazienti si attengano l'un l'altro a seguire le regole, mentre i pazienti più anziani sono tenuti a modellare un comportamento appropriato per i nuovi pazienti.

Mind doping

Altresì detto potenziamento neuronale o psichico, doping cerebrale, attivazione cerebrale o potenziamento cognitivo, indica l'assunzione intenzionale e pianificata di sostanze allo scopo di potenziare artificialmente alcuni stati psichici quali la concentrazione, la memoria e l'attenzione come pur di aumentare intenzionalmente il proprio rendimento o migliorare il proprio umore.

NEETs

Acronimo che sta per "Noi in Education, Employment, or Trainine". Si riferisce a persone non occupate, non in formazione scolastica o professionale. Tale classificazione è stata utilizzata per la prima volta nel Regno Unito negli anni '80, originariamente con riferimento a persone di età compresa tra 16 e 18 anni. L'uso di tale acronimo si è ormai ampiamente diffuso altrove, ma la fascia d'età considerata nelle analisi e nelle statistiche può differire notevolmente.

Presentismo

Nella filosofia del tempo, il presentismo è la convinzione che esista solo il presente, mentre il futuro e il passato sono irreali e vanno considerati costrutti logici o finzioni. Quale opposto del presentismo si può indicare l'eternalismo, cioè la convinzione che le cose nel passato e nel futuro esistono eternamente. Nel capitolo dedicato allo stress-lavoro correlato, il presentismo è invece inteso quale fenomeno che vede i lavoratori presenti sul posto di lavoro, ma non in grado di lavorare in modo produttivo.

Psichiatria di liaison

Nota pure come "psichiatria consultiva" o "psichiatria di collegamento", è un ramo della psichiatria che si trova all'interfaccia tra medicina generale e psichiatria. È una pratica generalmente situata all'interno di un ospedale o di un istituto medico. Il ruolo dello psichiatra di collegamento è vedere pazienti con comorbidità, su richiesta di un medico curante, di un chirurgo o di un team.

La psichiatria di liaison si occupa delle applicazioni di teorie e prassi psichiatriche alla cura dei pazienti trattati in ospedali o servizi sanitari di medicina generale. Ha aree di sovrapposizione con altre discipline, tra cui la medicina psicosomatica, la psicologia della salute e la neuropsichiatria.

Stressor

Agente chimico o biologico, condizione ambientale, stimolo esterno o evento che causa stress a un organismo. Psicologicamente, può essere un evento o un ambiente che un individuo considera troppo esigente o impegnativo e che pertanto minaccia la sua sicurezza soggettiva.

Terapia con agonisti oppioidi (TAO)

Il termine "terapia sostitutiva", considerato stigmatizzante, è stato sostituito nelle recenti indicazioni delle società scientifiche (SSAM) con il termine neutrale "terapia con agonisti oppioidi" (TAO). In questo modo, si ribadisce che in medicina il trattamento di una dipendenza da oppioidi sostanzialmente non differisce da una qualsiasi altra farmacoterapia.

TARPSY

Dal 1° gennaio 2018 è in vigore in Svizzera il nuovo sistema di remunerazione tariffale TARPSY, che punta a rendere più trasparenti prestazioni, qualità e costi della psichiatria stazionaria in tutta la Svizzera e a migliorarne la comparabilità.

THC

Il tetraidrocannabinolo è uno degli oltre 100 cannabinoidi identificati nella canapa, di cui è il principale costituente psicoattivo.