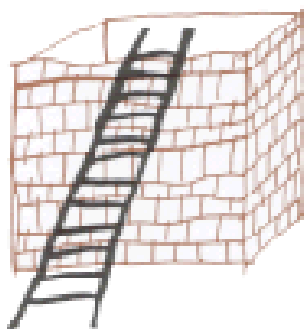


# ANTENNA ICARO



RAPPORTO D'ATTIVITÀ 2008  
31 MARZO 2009

COMUNITÀ FAMILIARE



# SOMMARIO

<b>Personale operante durante il 2008</b>	p. 3
<b>Introduzione</b> <i>Maurizia Zearo</i>	p. 4
<b>Gruppo di genitori</b> <i>Alessandro Motta</i>	p. 7
<b>Dati Statistici</b>	p. 8
<b>Commento ai dati statistici</b>	p. 13
<b>Centro di competenza</b> <i>Equipe Muralto</i>	p. 15
<b>Dati statistici Centro di Competenza</b>	p. 23

**PERSONALE OPERANTE PRESSO L'ANTENNA ICARO DURANTE IL 2008**

NOMINATIVO	RUOLO	% LAVORO	FORMAZIONE
MAURIZIA ZEARO	Direttrice	70%	Sociologa
ENNIO LAZZARINI	Segretario	50%	Segretario dipl.
ALESSANDRO MOTTA	Operatore Sociale	100%	Psicologo
SARAH JENSEN	Operatrice Sociale	50%	Assistente Sociale
SABRINA TONOLLA	Operatrice Sociale	80%	Educatrice
AMEDEO SENESI	Operatore Sociale	100%	Operatore Sociale
LUIGI ROMEO	Operatore Sociale	100%	Infermiere psi. Asfori
RAFFAELLA GAGLIARDI	Operatrice Sociale	100%	Educatrice
FRANCESCO SELLA	Operatore Sociale	70%	Psicologo
PAOLO PIETRINI	Operatore Sociale	50%	Educatore

**PERSONALE OPERANTE PRESSO IL CENTRO DI COMPETENZA (C/O SEDE MURALTO):**

NOMINATIVO	RUOLO	% LAVORO	FORMAZIONE
MARKUS WEIMANN	Capoclinica	50%	Medico Psichiatra
VLADIMIRA KALABA	Infermiera	90%	Inf. Dipl. CRS
FRANCESCO SELLA	Psicologo	30%	Psicologo

## INTRODUZIONE

*Maurizia Zearo*

Nate negli anni '80 con la funzione di agganciare i consumatori di eroina e accompagnarli in un percorso di cura (disintossicazione, comunità, reinserimento sociale), le Antenne hanno negli anni adattato i loro strumenti di lavoro per meglio rispondere ai cambiamenti e alla complessità che il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti andava nel tempo ad assumere.

Cambiamenti in continua evoluzione: i comportamenti di consumo e abuso di sostanze psicoattive di qualche anno fa non sono quelli di oggi, e quelli di oggi non saranno gli stessi tra qualche anno. Difficile anche prevederne l'evoluzione ma sicuramente "le dipendenze" saranno una realtà con cui dovremo continuare a confrontarci.

L'introduzione presso il nostro servizio (per ora solo in una delle due sedi) delle figure sanitarie e della possibilità di prescrivere e somministrare le terapie sostitutive, per i casi particolarmente problematici, rappresenta un punto di arrivo importante.

Il modello di lavoro che oggi utilizziamo può a pieno titolo definirsi interdisciplinare: l'équipe è composta da professionisti con diverse competenze (educatore, psicologo, infermiere e medico) e questo garantisce, sia in fase di valutazione che di definizione dell'intervento, una presa a carico più integrata. Anche la prescrizione e la somministrazione di cure farmacologiche ha ampliato significativamente la nostra possibilità d'intervento oltre a costituire un'ulteriore possibilità di aggancio di nuovi casi.

Nell'estate 2008 abbiamo collaborato con Bernard Cerutti, nell'ambito di una sua formazione in salute pubblica (Università di Ginevra - Facoltà di Medicina), ad una indagine qualitativa finalizzata a raccogliere il vissuto delle persone tossicodipendenti rispetto alla cura di metadone che attualmente ricevono presso i nuovi centri di competenza.

E' stata per noi un'interessante occasione per ricevere dei primi riscontri sulle percezioni della qualità della cura da parte dei diretti interessati: le risposte date indicano che "le strutture rispondono alla grande maggioranza dei bisogni per quanto riguarda l'accessibilità, gli orari, i servizi offerti, i professionisti a disposizione. L'immagine delle équipes per quanto riguarda il coordinamento, la comunicazione, la qualità dell'accoglienza è molto buona".

Come immaginavamo questo studio ci ha anche confermato che "la vicinanza geografica di quasi tutti i pazienti intervistati pone il problema della presa a carico al di fuori dalle zone urbane".

Tale questione si pone, per evidenti ragioni di frammentazione territoriale, in particolare per il Sopraceneri. L'obiettivo che ci poniamo per il prossimo futuro é quello di coinvolgere tutti i partner interessati (DSS, Gruppo esperti, Ingrado, OSC...), per discuterne e trovare delle soluzioni per estendere anche agli utenti di Bellinzona e Valli tale opportunità di cura.

In quest'ottica, abbiamo già in questi due anni cercato di favorire tutte le occasioni di scambio di esperienza tra le due équipes di Muralto e Bellinzona e questo affinché il nuovo modello di lavoro interdisciplinare diventasse patrimonio del Servizio e non solo di una sede.

Il medico è già presente una volta al mese anche nella sede di Bellinzona per la presa a carico insieme ai colleghi di alcune situazioni particolarmente complesse provenienti da questo territorio.

Per quanto si possa e si debba sempre cercare di migliorare internamente la propria offerta, siamo consapevoli che per affrontare problemi complessi quali quelli umani sia necessario pensare ed agire in un'ottica di rete. I diversi approcci devono poter scambiare ed integrare i propri saperi. Lavorare per un obiettivo comune permette di valorizzare e ottimizzare le risorse, permette di promuovere legami capaci di attivare risposte più efficaci e concrete in risposta a bisogni sempre più complessi ed articolati.

Numerosi sono i servizi con cui in questo anno abbiamo collaborato e con cui assieme "ci siamo presi cura" di quella sofferente fascia della popolazione dedita al consumo di sostanze psicoattive ed esposta ai problemi a questo correlati. La lista è lunga, dalle comunità alle cliniche, dai servizi sociali ai laboratori protetti, dai medici alle commissioni tutorie, dai servizi psico-sociali al Patronato penale. Cogliamo qui l'occasione per ringraziarli augurandoci di essere stati a nostra volta dei buoni partner.

Diversi di loro li abbiamo incontrati anche a livello istituzionale per aggiornare la conoscenza reciproca e trovare nuove e più efficaci forme di collaborazione: oltre ai tre centri residenziali, l'ufficio attività giovanili di Bellinzona, Aiuto Aids, il Centro competenza migrazione del SOS, l'IPT, il nuovo operatore di prossimità della città di Locarno, il capo dicastero socialità di Biasca, Radix per il progetto "danno.ch". Mantenere aperte delle occasioni di scambio di esperienze e conoscenze è un obiettivo su cui continueremo ad investire anche in futuro.

Tra le nuove iniziative avviate quest'anno segnaliamo:

- la nuova offerta rivolta ai genitori che hanno figli che consumano sostanze stupefacenti. Sappiamo quale dramma familiare rappresenti la scoperta o la convivenza con un figlio che consuma sostanze. Sentivamo il bisogno di offrire a questi genitori, oltre alla consulenza individuale, uno spazio specifico di ascolto ed elaborazione, dove poter condividere con altri genitori i problemi e trovare un confronto costruttivo sul loro delicato ruolo di genitori. Questo nuovo progetto è gestito in collaborazione con il Consultorio di Comunità familiare. Troverete nelle pagine seguenti un capitolo che descrive questa nuova esperienza.

- I pranzi del mercoledì presso la sede di Bellinzona che da quest'anno sono diventati un appuntamento non più occasionale. Tutti i mercoledì, gli utenti che ne hanno necessità o anche solo piacere, possono fermarsi a pranzo. Il pasto, preparato dagli operatori e con loro condiviso, rappresenta sempre anche un'occasione ricca di valenze affettive ed educative. Cogliamo l'occasione di ringraziare il SOS che attraverso il progetto "Condividere" ci mette a disposizione gli alimenti.

- abbiamo realizzato delle prime sperimentazioni d'intervento a livello grupppale. Se nella presa a carico individuale il rapporto uno a uno operatore di riferimento/utente rimane indiscusso, è pur vero che l'aumento delle presenze nella sede di Muralto ci ha portati a riflettere sulla possibilità di agire anche sulla dimensione del gruppo di utenti. In questo anno abbiamo cercato di tradurre in spazi di discussione alcune loro "provocazioni", utilizzato lo strumento della visione cinematografica con un progetto denominato "somministrazione

controllata di pillole di cinema”, creato occasioni per attività di bricolage con un gruppo di donne. La particolare tipologia delle persone che si rivolgono al nostro servizio e delle loro problematiche rende però difficile prevederne a tavolino l'esito, e ci porta ad avere prudenza ed attenzione nelle proposte. Questa fase di sperimentazione dovrebbe portarci il prossimo anno a definirne e formalizzarne alcune, sapendo che la flessibilità dovrà sempre e comunque accompagnarci. In fase di studio anche l'avvio di uno specifico “gruppo terapeutico” sul modello metodologico del GRF (gruppo per la ripresa delle funzioni).

Un riflessione a parte merita Biasca, dove da diversi anni siamo presenti con una nostra sottosede ed una presenza settimanale. Di questo anno segnaliamo che gli stimoli che abbiamo portato e la sensibilità dimostrata dall'amministrazione comunale nel raccoglierci, si sono tradotti nell'invitare allo stesso tavolo diversi enti impegnati nell'ambito delle dipendenze, della salute e dello sport. Insieme si sta riflettendo sulla delicata questione dell'uso di sostanze dopanti tra i giovani che praticano sport e su come fare sensibilizzazione su questo tema.

Altri due fronti ci hanno impegnati: il dibattito suscitato dai due referendum posti in votazione a novembre: la riforma della Legge stupefacenti e l'iniziativa popolare “Per una politica della canapa che sia ragionevole e che protegga efficacemente i giovani”. L'Associazione Comunità familiare, impegnata attivamente nell'ambito delle tematiche della famiglia, dei giovani e delle dipendenza, ha aperto al suo interno – sui temi posti dai referendum – un'ampia riflessione a cui anche noi abbiamo partecipato. I contenuti del dibattito sono poi stati resi pubblici. Il dossier elaborato sulla questione della canapa è stato anche oggetto di un “Caffè pedagogico”. Alla serata oltre ai soci e agli operatori dei nostri servizi, sono stati invitati diversi operatori del settore e gli interessati al tema.

Attraverso la condivisione delle nostre riflessioni e la comunicazione pubblica della nostra presa di posizione, abbiamo voluto contribuire al dibattito su una questione legislativa di fondamentale importanza per i risvolti politici, sociali e culturali che implica.

E per finire, ci ha molto impegnati anche la messa a punto dei processi, delle procedure e della documentazione secondo la struttura ed i criteri di qualità definiti dal “Référentiel modulaire QuaThéDA”. Contiamo entro il 2009 di richiedere la certificazione SGQ QuaThéDA.

Per concludere desidero ringraziare l'Associazione Comunità familiare per la fiducia ed il supporto che non ci ha mai fatto mancare.

Un ringraziamento particolare va a tutti i collaboratori di Antenna Icaro.

Solo loro sanno quanti volti, storie, significati, fatica e passione ci siano dietro queste poche pagine.

## GRUPPO DI GENITORI

*Alessandro Motta*

Il servizio tossicodipendenze Antenna Icaro, in collaborazione con il Consultorio di Comunità familiare offre, da giugno 2008, ai genitori che si trovano confrontati con il problema di consumo di sostanze da parte dei figli, la possibilità di incontrarsi tra di loro. È la prima volta che due servizi di Comunità familiare, che operano in ambiti diversi, collaborano insieme alla realizzazione di un progetto nuovo. Scopo degli incontri è quello di dare ai genitori un'occasione di ascolto, uno spazio dove poter condividere i problemi, trovare sostegno e cercare insieme il modo migliore di svolgere il delicato ruolo di genitori.

Dal punto di vista operativo, sono tutt'ora coinvolti nel progetto Alessandro Motta di Antenna Icaro e Liliana Broggi del Consultorio familiare in qualità di conduttori del gruppo, con il supporto dello psicologo Francesco Sella (di Antenna Icaro) per le verifiche di andamento e le riflessioni sulle modalità di attuazione dell'offerta.

Attualmente il gruppo è frequentato mediamente da 6 persone che si incontrano con i conduttori quindicinalmente. Il dispositivo è stato pensato per un massimo di 10 partecipanti. Compatibilmente con le risorse disponibili e contando sulla preziosa collaborazione del Consultorio familiare, l'Antenna pensa di poter mantenere questa nuova offerta per meglio rispondere alle esigenze di quei genitori che hanno voglia di affrontare le loro difficoltà (personali, di coppia e di famiglia) di fronte al delicato problema della tossicodipendenza.

Si è pensato di dare un inizio e una fine (con una durata di un anno scolastico) al progetto in modo che ci siano una garanzia di continuità ed un contenimento entro limiti ben precisi ed esplicitati (concetti e rappresentazioni spesso lacunosi nella problematica della dipendenza).

All'interno di questa temporalità e spazialità (*setting*) ci proponiamo di provocare dei piccoli cambiamenti negli stili di relazioni genitori-figli. Ci aspettiamo che questi germogli fioriscano poi all'interno della quotidianità della relazione perché, come è ben noto, il discorso terapeutico non si esaurisce all'interno dell'incontro.

La fitta foresta degli intrecci familiari, il sottobosco pieno di fraintendimenti, ambivalenze, mezze verità e titubanze ma anche florido di sentimenti di speranza, di progetti mai dimenticati, anche se troppo a lungo procrastinati, ci permettono di condividere assieme al gruppo temi come distacco, fiducia, responsabilità, tolleranza, educazione, intransigenza, comprensione, autodisciplina, motivazione, fiducia in se stessi.

Separazione e appartenenza assumono una valenza più reale, concreta, maggiormente correlata con le relative conseguenze pratiche, che condizionano poi l'intera vita delle persone. È come se nozioni apprese prima sui libri, riviste poi nelle consulenze individuali, venissero ora vissute negli aspetti più tangibili, reali e concreti, restituendo un significato per molti aspetti tragico, sconsolante, drammaticamente vero, reale.

I genitori sono in effetti coloro che in prima persona vivono le conseguenze delle condotte dei figli e, in ultima analisi, di quel patto implicito che non sono ancora riusciti a sciogliere.

Ci sembra che da parte dei genitori ci sia un grosso impegno che ci rincuora e incoraggia a continuare questa strada.

## DATI STATISTICI

UTENTI E FAMIGLIA	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>UTENTI</b> di cui:	118	<b>113</b>	135	<b>150</b>	253	<b>263</b>
consulenza strutturata	84	<b>93</b>	127	<b>137</b>	211	<b>230</b>
consulenza semplice	34	<b>20</b>	8	<b>13</b>	42	<b>33</b>
<b>PROFILO DEGLI UTENTI</b>						
<b>SESSO</b>						
Maschi	94	<b>90</b>	100	<b>106</b>	194	<b>196</b>
Femmine	24	<b>23</b>	35	<b>44</b>	59	<b>67</b>
<b>ETA'</b>						
<= 20	4	<b>1</b>	2	<b>5</b>	6	<b>6</b>
> 21 - 30	26	<b>31</b>	27	<b>27</b>	53	<b>58</b>
> 30	88	<b>81</b>	106	<b>118</b>	194	<b>199</b>
<b>SEGNALAZIONI TOTALI</b>						
Presenza a carico	40	<b>26</b>	54	<b>43</b>	94	<b>69</b>
Consulenza semplice	34	<b>26</b>	9	<b>7</b>	43	<b>33</b>
Non presentati		<b>24</b>		<b>8</b>		<b>32</b>
<b>FAMIGLIE</b>	32	<b>31</b>	32	<b>25</b>	64	<b>56</b>
<b>INCONTRI DI RETE</b>	<b>403</b>	<b>296</b>	<b>247</b>	<b>320</b>	<b>650</b>	<b>616</b>

TOSSICODIPENDENTI DA:	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Eroina	27	36	45	62	72	98
Cocaina	9	6	7	10	16	16
Politossicodipendenti	48	38	48	60	96	98
Canapa	7	10	4	4	11	14
MDMA e affini (ecstasy)	0	0	0	0	0	0
Medicamenti	2	0	0	0	2	0
LSD	0	0	0	0	0	0
Esclusivamente metadone	3	6	19	5	22	11
Alcool	7	2	1	0	8	2
Metadone NON prescritto	0	0	0	0	0	0
Astinenti	15	15	11	9	26	24

TERAPIA METADONICA	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
In terapia durante l'anno	46	49	100	113	146	162
Hanno addizionato	43	29	81	70	124	99

DISINTOSSICAZIONI FISICHE	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>TOTALE</b>	15	5	21	22	36	27
<b>IN QUALI OSPEDALI E CLINICHE</b>						
Clinica Alabardìa	5	0	0	0	5	0
Clinica S. Croce	1	0	1	3	2	3
CPC altri reparti	4	0	5	4	9	4
CPC/cc	2	4	14	13	16	17
Clinica Viarnetto	0	0	0	1	0	1
Ospedale Acquarossa	1	1	0	0	1	1
Ospedale Malcantonese	1	0	0	0	1	0
Ospedale Italiano	1	0	0	0	1	0
Ospedale Faido	0	0	0	1	0	1
RICOVERI OSPEDALIERI	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>TOTALE</b>	42	28	14	24	56	52
<b>OSPEDALI E CLINICHE</b>						
Clinica S. Croce	6	6	1	1	7	7
Clinica Varini	0	1	0	1	0	2
Clinica Alabardìa	2	0	0	0	2	0
Clinica Viarnetto	0	1	0	0	0	1
Clinica Beverin	1	1	0	0	1	1
Clinica S. Chiara	1	1	3	3	4	4
Ospedale La Carità	0	0	5	10	5	10
Ospedale S. Giovanni	5	5	0	0	5	5
Ospedale Acquarossa	0	2	0	0	0	2
Clinica Hildebrand	0	1	1	0	1	1
Ospedale Civico	2	0	0	0	2	0
Ospedale Malcantonese	1	0	0	0	1	0
Ospedale Beata Vergine	0	1	0	0	0	1
Ospedale Faido	0	1	0	0	0	1
CPC	24	8	4	9	28	17

COLLOCAMENTO CENTRI TERAPEUTICI	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>COLLOCAMENTI TOTALI</b> di cui:	14	13	14	21	28	34
Nuovi 2008	6	6	9	12	15	18
Continuano dal 2007	8	7	5	9	13	16
<b>VILLA ARGENTINA</b>						
entrate 2008	1	4	4	5	5	9
Continuano dal 2007	2	2	5	6	7	8
<b>C.R.M.T.</b>						
entrate 2008	3	1	5	4	8	5
Continuano dal 2007	3	3	0	3	3	6
<b>IL GABBIANO</b>						
entrate 2008	2	1	0	1	2	2
Continuano dal 2007	3	2	0	0	3	2
<b>FUORI CANTONE</b>						
Entrate 2008	0	0	0	2		2
Continuano 2007	0	0	0	0		0

<b>CASA AL FARO</b>						
entrate 2008	0	0	1	0	1	0
Continuano dal 2007	0	0	0	1	0	1

	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>FORMAZIONE PROFESSIONALE</b>						
Con formazione	68	68	68	72	136	140
In formazione	6	3	5	4	11	7
Senza formazione	30	25	55	65	85	90
n.r.	14	17	7	9	21	26
<b>SITUAZIONE LAVORATIVA</b>						
Occupati al 100%	20	30	17	25	37	55
Occupati parzialmente	11	7	5	4	16	11
Lavori temporanei	5	8	8	9	13	17
Disoccupati	15	9	8	6	23	15
Senza occupazione	53	42	88	101	141	143
n.r.	14	17	9	5	23	22
<b>PROBLEMI CON LA GIUSTIZIA</b>						
Con problemi	29	24	27	30	56	54
Senza problemi	55	56	82	99	137	155
n.r.	34	33	26	21	60	54
<b>INTERVENTI ASSISTENZIALI</b>						
Con assistenza	36	37	42	60	78	97
<b>ASSICURAZIONE INVALIDITA'</b>						
Con AI	22	20	46	36	68	56

	BELLINZONA		MURALTO		TOTALE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<b>SALUTE</b>						
HIV positivi	3	4	8	6	11	10
epatite C	36	25	38	45	74	70
<b>DECESSI</b>						
	2	3	1	2	3	5

## COMMENTO AI DATI STATISTICI

Nel corso dell'anno 2008 sono stati seguiti complessivamente dal nostro servizio 263 utenti. Rileviamo che se il numero delle persone seguite negli ultimi tre anni nella sede di Bellinzona si è stabilizzato, è cresciuto invece significativamente il numero di quelle prese a carico presso la sede di Muralto. In questo caso gli utenti sono passati dai 111 del 2006, ai 135 nel 2007 e ai 150 nel 2008.

E' evidente che la possibilità di ricevere una consulenza medica e la prescrizione e somministrazione di terapie sostitutive e farmacologiche, ha decisamente aumentato in questo caso la capacità di avvicinare nuove situazioni, rafforzando quindi la nostra prioritaria funzione di aggancio.

E' tra l'altro questo uno dei motivi che ci portano a sostenere la necessità di estendere anche nel Bellinzonese queste nuove possibilità di cura.

Volendo tracciare un profilo generale della nostra utenza, possiamo dire che rispetto al consumo di sostanze stupefacenti, le persone che si rivolgono al nostro servizio presentano un consumo contemporaneo di diverse sostanze, e modi di utilizzo delle stesse molto differenti.

Generalmente arrivano da noi solo quando il problema non è più gestibile, solo dopo aver ammesso a loro stessi di essere dipendenti, e intanto sono passati degli anni.

E' proprio questo a rendere difficile l'aggancio precoce.

Il giovane che il sabato sera abusa di alcolici, "cala qualche pastiglia" e fuma erba, non ritiene che questo comportamento lo esponga a gravi rischi, o comunque non tali da rendere necessario uno specialista. Lo stesso vale per il variegato mondo dei consumatori di cocaina, sostanza che può lasciare a lungo l'impressione, a chi la utilizza, di averne il controllo.

La maggior parte dei soggetti che noi incontriamo sono adulti che si trovano in stadi avanzati di consumo, dove i problemi correlati: le difficoltà economiche, la rottura dei legami familiari e sociali, il grave degrado personale (sociale e psicologico), rendono complessa la possibilità di una loro riabilitazione.

Ma vediamoli più da vicino.

La suddivisione per sesso rimane percentualmente molto significativa (74,5% maschi, 25,5% femmine)

Rispetto all'età il 75% dei nostri utenti risulta avere oltre 30 anni, nella fascia dai 21 ai 30 anni la percentuale si abbassa al 22%

Circa il 50% delle segnalazioni che abbiamo ricevuto quest'anno si sono tradotte in prese a carico. Il rimanente 50% si divide equamente tra le consulenze semplici e le persone che poi non si presentano.

Sono otto in meno rispetto allo scorso anno i familiari seguiti. Rispetto all'intervento con le famiglie da quest'anno abbiamo introdotto lo strumento del gruppo. Gli incontri livello di "gruppo di genitori" sono stati 13.

Sempre significativo il dato relativo agli incontri organizzati al fine di coinvolgere la rete nella realizzazione dei progetti terapeutici individuali. Continuiamo a riteniamo un elemento

qualificante del nostro lavoro, il tempo e le azioni riservate al coinvolgimento della rete di cura (Comunità, cliniche, Sps, Ussi, Ctr, Patronato penale... ).

Per quanto riguarda i consumi, oltre agli eroinomani, la maggior parte dei nostri utenti presenta un consumo contemporaneo di diverse sostanze (politossicodipendenti). Percentualmente meno significative le altre tipologie di consumatori. Sono circa il 9% le persone che pur avendo raggiunto un'astinenza, chiedono comunque di essere monitorate e di mantenere un seguito.

Oltre la metà degli utenti risulta in trattamento sostitutivo con metadone. Di questi ultimi il 60% continua ad aggiungere con sostanze stupefacenti (level care II, level care III). In diminuzione comunque le persone che aggiungono rispetto allo scorso anno.

In diminuzione rispetto al 2007 anche le disintossicazioni che sono passate dal 14% al 10%, oltre la metà delle quali effettuate presso il Centro di Competenza della CPC. In diminuzione anche i ricoveri.

Aumentano leggermente rispetto allo scorso anno i nuovi collocamenti. Rimane che negli ultimi anni abbiamo registrato una tendenza ad una diminuzione nelle richieste di comunità. La questione richiede ancora grande attenzione ed andrà affrontata a diversi livelli.

La situazione sociale dei nostri utenti rimane preoccupante: il 54% non ha un'occupazione lavorativa.

Sono passati dal 30% al 38% coloro che vivono con i sussidi dello Stato.

Scesi invece dal 27% al 21% i beneficiari di una rendita AI.

In leggera diminuzione le persone che hanno commesso un reato durante l'anno (20% circa). Così come sono tendenzialmente diminuiti negli ultimi anni anche i contagi HIV e i casi di epatiti C

Passato da tre a cinque invece quest'anno il numero dei decessi.

## CENTRO DI COMPETENZA

### Premessa

Siamo quasi alla conclusione della fase sperimentale del progetto che ha visto la nascita dei "centri di competenza" per le terapie sostitutive di Locarno e Lugano.

Vale quindi la pena ricordare due brevi premesse estratte da diversi documenti presentati e discussi con i vari partner, in sede di progettazione e attuazione.

Ricordare a se stessi e agli altri il senso dell'essere qui oggi è necessario per comprendere l'evoluzione dell'Antenna e i possibili scenari futuri.

*"Il piano cantonale, ma anche diversi attori della rete, prevedono e chiedono nella presa a carico del paziente, oltre l'aspetto **del trattamento globale**, anche una **completa valutazione** della persona, dal punto di vista psichiatrico, psicologico/personologico, sociale, motivazionale e delle risorse in vista di una più adeguata programmazione del progetto terapeutico, aspetti che implicano **un lavoro intenso con il paziente**."*

*La creazione e il mantenimento di **una relazione** con questi pazienti è un lavoro molto gravoso è costellato da diversi fattori che ne scandiscono la temporalità, i metodi e le procedure. Non riesce quindi difficile immaginare i tentativi di "pendolarismo" tra crisi e stabilità. Si tratterà di trovare forme d'equilibrio estremamente individualizzate al di là degli standard protocollari.*

*Questa premessa vuol chiarire che l'investimento nei confronti del paziente, dovrà essere più intenso rispetto a quello di una persona ben compensata che riceve il metadone presso uno studio medico o altra istituzione"*

*"Occorre sottolineare il **carattere complementare** delle nuove prestazioni rispetto alla presa a carico fin qui operata. Infatti i due centri ambulatoriali manterranno il loro principale **ruolo di servizi psico-sociali** nel settore delle **dipendenze**. Riduttivo sarebbe infatti circoscrivere l'offerta alla mera prescrizione e somministrazione di terapie sostitutive. Infatti l'ampliamento delle prestazioni è ipotizzato per una clientela di difficile gestione e in presenza di una comorbidità psichiatrica. Per questa ragione **l'impegno e la durata della presa a carico saranno maggiori** rispetto ad analoghi centri già operativi nella Svizzera interna. Ciò nondimeno non vogliamo ridurre le risposte al fenomeno della dipendenza in termini di medicalizzazione o di psichiatrizzazione.*

*I Centri dovranno pertanto divenire **punti di riferimento** e quindi di competenza nel settore continuando ad offrire, in aggiunta alle prestazioni cliniche, consulenza educativa e psico-sociale, ampliando altresì il campo d'intervento alla prevenzione secondaria."*

Abbiamo già avuto modo, lo scorso anno, di affrontare alcune questioni legate alla gestione di questo nuovo concetto di Antenna che la vede "perno" nella presa a carico di soggetti dipendenti da sostanze illegali e non solo. Avevamo già accennato al nostro "nuovo" rapporto con il farmaco ed alle sue difficoltà. Alla necessità del cambiamento. All'interazione con altre figure professionali. All'accoglienza e alla voglia di costruire in quest'ambito fattori di protezione, occupazione e socializzazione.

Le tematiche che hanno fatto da *fil rouge* quest'anno sono per lo più le stesse. Alcune sono state aggiornate altre risolte. Si vuole quindi approfittare del rapporto annuale per sottolineare alcuni aspetti che possano offrire ulteriori occasioni di riflessione e valutazione del nostro percorso.

E allora perché non parlare della *fatica*? Certo, direte voi, guardando i numeri, bella scoperta! Chi non si sentirebbe affaticato? Beh! I numeri, in fondo, dicono poco. La vera questione non è quanti utenti sono stati presi a carico, ma la complessità dei loro problemi, l'interazione con la rete curante preesistente o da costruire, la gravosità, insomma che ogni singolo soggetto porta all'interno della sua storia e della sua domanda.

Ma vi è anche una fatica sottesa, poco esplicitata ed insidiosa.

La fatica di uno stare insieme, di sentirsi parte di un tutto, di accettare le piccole e grandi incomprensioni. Di restare il più possibile (la perfezione non è di questo mondo) coerenti con se stessi e con la filosofia istituzionale, ma soprattutto con la "Cura". Talvolta si ha la sensazione che la "cura" abiti un crinale, e che lo abiti ponendosi prima e oltre altri ambiti su cui inevitabilmente sporge. Il crinale, su cui si sta in bilico, concretizza un'immagine di debolezza, di fatica, di rischio, ma anche di apertura, di ricerca, di movimento, di equilibrio, di espressione di gesti che ogni volta devono ritrovare la loro armonia, il loro baricentro.

Ma, se è il luogo della cura, questo crinale chiede di essere visto, abitato e pensato all'interno di una progettazione terapeutica che si radichi in esso. Si tratta di cominciare a definirne i confini, a visualizzare qualche sfumatura, a comprendere cosa divide e cosa connette nell'intento di individuare un "luogo" a cui ancorare una progettazione terapeutica, forte del dialogo con altre epistemologie e linguaggi. Non essere dialoganti rinvierebbe alla nostra utenza un senso di frammentazione che già sentono e talvolta vivono nel loro intimo.

## ALCUNI DATI

### 1. Un aumento delle segnalazioni

Anno	Presenza a carico	Consulenza semplice	Mai arrivati al servizio	Totale
<b>2006*</b>	23	6	6	35
<b>2007</b>	54	5	4	63
<b>2008</b>	43	7	8	58

\*2006 anno di confronto (Centro di competenza non ancora attivo)

La capacità di aggancio del Servizio ha una media dell'85%.

Riteniamo questo un indicatore della qualità delle risposte ai bisogni dell'utenza ed è importante notare che la disponibilità del trattamento sostitutivo ha inciso sì sul numero delle segnalazioni, ma non sulla capacità di agganciare al servizio, in quanto era la stessa nel 2006. Una conferma che ciò che tiene nel tempo è "l'evento relazionale"

### 2. Un aumento delle segnalazioni da parte della rete

Anno	autosegnalazioni	Famiglia	Medico/ sanitario	Penale	Altri servizi	Tot.
<b>2006</b>	18	12	1	1	3	<b>35</b>
<b>2007</b>	25	9	18	3	8	<b>63</b>
<b>2008</b>	20	15	12	5	6	<b>58</b>

I dati sembrano indicare che il Servizio ha incontrato le necessità della rete sia nel senso di offrirsi come partner in grado di dare risposte coerenti col sistema di cura, sia nel senso di garantire delle prese a carico differenziate per obiettivi e per progetto.

La presenza del medico e dell'infermiera, oltre ad una riqualificazione della metodologia d'intervento, ha senz'altro dato slancio ai rapporti con la rete curante.

### 3. Delle segnalazioni arrivate (121) 58 soggetti non erano precedentemente conosciuti.

Il **38%** era fuori da qualsiasi rete curante perché senza protezione assicurativa cassa malati.

Il **31%** è di nazionalità straniera e, quindi, con maggiore difficoltà ad orientarsi nell'ambito della cura e delle risorse sociali.

Il **19%** è consumatore di cocaina (sovente associata all'alcol). Questa utenza non era quasi mai approdata al nostro servizio e dai dati raccolti a nessun altro servizio.

#### 4. Un aumento delle giornate di presenza al servizio:

Anno	Presenza Annuale	Media Mensile
2006	1.796	149
2007	4.032	336
2008	8.031	669

Nel corso degli ultimi tre anni si è passati da una media mensile di 149 soggetti circa ad una media, nel 2008, di oltre 650 soggetti.

Ciò pone con forza la necessità di predisporre una struttura di accoglienza atta a rispondere a bisogni diversificati. Come scrivevamo nel progetto di fattibilità:

*“L'auspicato centro di competenza per persone in terapia sostitutiva di metadone all'interno dell'Antenna è, e resta, un progetto pilota e in tal senso andrà sottoposto a verifiche puntuali. Oggi, nessuno può garantire, a tre anni, la sua consolidazione. I fattori che potrebbero influire sono relativi al numero di utenti che il centro gestirà (massa critica, modello di fatturazione LAMAL, collaborazione da parte dei medici e dei farmacisti, impatto sui soggetti dipendenti (margine di scelta volontaria), sintonia tra attori e l'équipe. Inoltre è da ora sostenibile che il semplice fatto che vi sarà una équipe interdisciplinare a gestire la terapia di sostituzione per i livelli II e III non garantirà la migliore presa a carico possibile. Vogliamo qui ricordare che proprio questi soggetti vivono, spesso, la più completa disgregazione sociale ed affettiva.*

*Il farmaco “contenitore” è destinato all'insuccesso se non si creeranno alla fine dei tre anni di verifica del progetto, strutture intermedie quali un centro diurno con settori occupazionali e ricreativi, con collocazione territoriale tale da permettere l'accesso da più zone onde evitare fenomeni di migrazione e/o ulteriore marginalizzazione.”*

#### 5. Tipologia dell'utenza

<b>Età media</b>	<b>35/40</b>
<b>Senza formazione professionale</b>	46.5%
<b>Senza occupazione lavorativa</b>	67.3%
<b>Con problemi penali</b>	20%
<b>In assistenza sociale</b>	40%
<b>AI</b>	24%

Il quadro psico-sociale trova da alcuni anni conferme in un invecchiamento della popolazione afferente e in una sempre più grave emarginazione socio-lavorativa. D'altra parte in questo momento storico sono proprio queste persone a necessitare di fattori di protezione tesi sia alla stabilizzazione sia alla riduzione del danno. È auspicabile che in futuro, assorbito questo bacino d'utenza, ci si possa concentrare sullo studio di interventi mirati all'aggancio e alla presa a carico di un'utenza giovane e con obiettivi configurati all'interno della prevenzione secondaria.

## 6. Livelli di presa a carico (level care)

Level care I	Level care II	Level care III
10	42	33

I livelli di presa a carico vengono generati tramite l'applicazione di uno strumento denominato RAP (*Rapid Addiction Profile*) che determina le aree problematiche e la gravosità generale del possibile processo di presa a carico, stabilendo delle priorità nelle aree suscettibili d'intervento. Ciò sta ad indicare che se il livello I è genericamente definibile di facile seguito, il livello III presenta un quadro complesso su tutte le aree: salute, psicopatologia, socio-relazionale e motivazionale. Rimane ovviamente un margine importante di valutazione soggettiva apprezzabile tramite il colloquio, l'osservazione e altre forme di valutazione.

### QUESTIONI APERTE

#### **Assicurazione Malattia, intenzionalità educativa ed evidenze scientifiche.**

L'abuso e la dipendenza da sostanze sottendono, sempre più, varie forme di disagio mentale. Questa premessa ci permette di poter affrontare una questione spinosa: l'applicazione dell'articolo 64a introdotto dalla LAMal nel 2006 che vede in costante aumento il numero di assicurati morosi con le casse malati.

Per quanto riguarda il nostro servizio, in questi due anni di esperienza, abbiamo rilevato che ben 52 persone prese a carico hanno ricevuto la sospensione delle prestazioni dalla propria assicurazione malattia.

Il nostro servizio, per scelta etica, ha deciso di garantire comunque le prestazioni medico-infermieristiche a queste persone, ma definendo insieme a loro un progetto che includesse un'assunzione di responsabilità, e quindi, l'adoperarsi e il collaborare per il risanamento del debito.

Ci siamo occupati di verificare l'importo del debito e di valutare le possibilità di rimborso del medesimo, in collaborazione con l'Ufficio assicurazione malattia e con l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento. Un iter lungo, burocratico e spesso frustrante, ma così facendo ben 11 persone ora beneficiano nuovamente delle prestazioni cassa malati e altre 5 sono in attesa di riattivazione.

L'assunzione di responsabilità e il comprendere la necessità di una terapia farmacologica e il beneficio che ne deriva rientrano indubbiamente nel percorso di presa a carico di tipo socio-educativo.

Ma perché è importante che anche le persone dipendenti, prive di una copertura assicurativa, debbano avere accesso ad uguale trattamento?

Intanto vi sono ormai parecchie ricerche che comprovano che ogni tipo di trattamento garantisce risultati superiori rispetto all'assenza di trattamento.

Inoltre, laddove esistono forme di intervento psicologico, sociale ed educativo ma non farmacologico, si valuta che la presenza di un farmaco *potrebbe* migliorare l'esito del trattamento agendo sia sul tono dell'umore che sull'uso di sostanze e quindi potenzialmente aumentare la ritenzione in terapia.

Altre evidenze scientifiche affermano che le dipendenze possono essere trattate in modo efficace con il metadone a mantenimento<sup>1</sup>:

- I trial clinici concordano sul fatto che i dipendenti da oppiacei trattati con metadone ottengono dei risultati migliori in termini di uso di sostanze e di comportamenti illegali rispetto ai non trattati e a quelli che hanno effettuato una semplice disintossicazione.
- I programmi di mantenimento con metadone garantiscono una permanenza in terapia (ritenzione) superiore rispetto alle altre modalità di trattamento.
- Se valutati dopo la cessazione del trattamento, i pazienti che lo hanno seguito per lungo tempo ottengono risultati migliori di coloro che lo hanno effettuato per breve tempo.
- I pazienti stabilizzati su dosaggi più elevati di metadone ottengono risultati migliori.

Inoltre in letteratura diversi dati indicano che la depressione è comune fra i pazienti dipendenti da oppiacei ed è spesso stata associata con un esito modesto del trattamento.<sup>2</sup>

I dati di una ricerca effettuata negli ultimi anni in Italia<sup>3</sup> confermano che è utile l'associazione di agonisti oppiacei e antidepressivi in caso di comorbidità.

Ora se è pur vero che il metadone non è considerato un farmaco salva vita, a fronte dei dati sopra esposti, crediamo che le evidenze scientifiche da un lato, una visione etica dall'altro e il percorso educativo quotidiano diano atto che il trattamento possa salvaguardare l'esistenza delle persone stesse e al contempo garantire un adeguato controllo sociale.

Riteniamo, quindi, necessario permettere a tutti i dipendenti da sostanze illegali di poter accedere ai trattamenti sostitutivi e ci auspichiamo che Confederazione, Cantone e Santesuisse, possano mettere da parte i loro legittimi interessi e navigare verso un sano compromesso che possa ripristinare uno dei diritti fondamentali dell'uomo: il diritto alla cura.

---

<sup>1</sup> P.P.Pani, La ricerca scientifica e la clinica nell'addiction: incomunicabilità o prospettive per un dialogo? VI Congresso Nazionale , Novembre 2008 Roma

<sup>2</sup> Carpenter KM, Smith JL, Aharonovich E, Nunes EV. Developing therapies for depression in drug dependence: results of a stage 1 therapy study. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 34 (5): 642-52, 2008. Peles E, Schreiber S, Naumovsky Y, Adelson M Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. *J Affect Disord.*; 99 (1-3): 213-20, 2007.

<sup>3</sup> Studio retrospettivo di un trattamento con escitalopram in pazienti depressi con metadone e buprenorfina. C.

D'Ambra, F. Ambrosino, P. Oliva, A. Apicella, N. Caso, L. Stella, Ser.T ASI Na4, Ser.T Salerno ASI Sa2.

## DALL'INFERMERIA

Il lavoro al Centro di competenza è ormai avviato al terzo anno di attività e si possono quindi già trarre alcune considerazioni.

I numeri confermano un aumento costante della richiesta di presa a carico, sia per/con un trattamento sostitutivo, sia e talvolta solo di sostegno farmacologico.. I bisogni presentati sono diversificati e tali da richiedere l'intervento di più professionisti. Il centro di competenza non è solo *metadone* e *farmaci*. Le persone che vengono accolte sono lo specchio di una realtà sociale ed economica sempre più precaria e precarizzata. Il confrontarsi con i limiti umani e quelli delle risorse sociali è quindi quotidianità.

È qui che lo sportello della somministrazione si trasforma in una finestra che si affaccia sullo spaccato di una umanità variegata e bisognosa di cure. Ma restare alla finestra non è il mio stile come non lo è fungere da mero distributore. Ecco che allora, oltrepassare quella soglia e il prendersi cura, si esprime nel contatto col corpo e le sue sofferenze.

Ma il prendersi cura travalica il corpo e si esprime nella dimensione relazionale, dove accogliere come cura, motivare alla cura ed educare alla cura sono i veri valori aggiunti.

Sono quelle parole scambiate durante la somministrazione, i prelievi di sangue, i controlli delle urine, lo scambio delle siringhe, due risate e battute nel corridoio, un caffè bevuto insieme, e l'informalità a volte nella quale si svolgono che ne fanno un elemento qualitativo e mi permettono di poter ampliare la mia azione trasmettendo stili, norme e valori che possano permettere ad una persona di vivere meglio la propria quotidianità.

Questo approccio mi ha permesso di avvicinarmi maggiormente al disagio degli utenti per quel che riguarda le patologie correlate alla dipendenza e al loro stile di vita. E' così ad esempio che mi sono trovata di fronte ad un elevato numero di donne, che da anni non effettuavano visite ginecologiche sia per trascuratezza, sia per un alterato rapporto col proprio corpo, o perché avevano le prestazioni della cassa malati bloccate. Ho quindi avviato una collaborazione, che si è rivelata ottimale, con il Centro di Pianificazione Familiare presso Ospedale La Carità di Locarno.

Altre prestazioni importanti sono state: il curare numerose ulcere venose, ascessi dovuti alle modalità di uso delle sostanze illegali, effettuato diverse terapie i.m e i.v su ordine dei medici curanti, accompagnato utenti nei momenti di urgenza al pronto soccorso, ecc. Ed è in questi gesti di presenza, di sostegno, di non abbandono nei momenti critici che offriamo alla nostra utenza il riconoscimento della "persona", già spesso annullata dall'emarginazione.

*<<Qui invece [..], anche se è un infermiere e non il tuo operatore, si occupa di te come se fossi la sua persona di riferimento e fa così con tutti>>...<<Mi trovo bene, si può parlare di tutto, liberamente, dire guarda ho usato, non ho usato. Lo dico, non fanno la loro storia...>>...<<mi chiede se ho problemi... Ogni volta mi chiede come sto, è molto attento>>.4*

---

<sup>4</sup> Perception de l'état de santé de personne dépendantes des oppioides en tratement de substitution et appréciation des nouvelles structures de prise en charge et soin dans le Canton Tessin - 5.4.16  
Relation avec l'infirmier – di Bernard A.T. Cerutti

Ma motivare e curare non è facile. Alcuni tossicodipendenti, con scarsa motivazione alla cura ed un alto livello di degrado sociale e personale, si pongono in costante pericolo di vita. Sono soggetti con poche risorse e che fanno fatica a soddisfare anche i loro bisogni primari. Sono persone che cercano, con i loro comportamenti, di minare la funzionalità del servizio per la loro incapacità di rispettare il minimo delle regole, per il loro bisogno di trasgredire, per limiti strutturali e personalogici. È però, proprio questa tipologia di utenza che ci invita ad una continua riflessione ed applicazione di interventi orientati alla riduzione del danno, ovvero ad un accompagnamento con obiettivi minimi ed esplicitamente orientati al mantenimento delle condizioni esistenziali.

C'è poi la parte "invisibile" del lavoro infermieristico, non mirato a soddisfare i bisogni dell'utenza, ma a garantire la gestione del servizio in termini organizzativi generali. Lo stesso spazia dalla gestione dei farmaci e della farmacia, alla corretta tenuta del registro del metadone, con rapporti semestrali al farmacista cantonale, la fatturazione mensile delle prestazioni, contatti con la rete (farmacie, medici, servizi), gestione del materiale sanitario nel rispetto dell'igiene, seguito degli allievi infermieri durante il loro stage.

Gli obiettivi per il futuro? Innanzitutto dare maggior apporto qualitativo al lavoro infermieristico attraverso la "Diagnosi Infermieristica". *"Uno strumento clinico riguardante la valutazione dei bisogni e le risposte da dare ai problemi degli individui, della famiglia o della comunità nell'ambito della salute e dei processi vitali attuali o potenziali in quanto costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi specifici e infermieristici volti a raggiungere dei risultati valutabili"*.<sup>5</sup>

Spero così di aver chiarito il ruolo infermieristico e l'importanza che la sua funzione educativa svolge nell'ambito della salute. Un ruolo complesso che rifugge le semplificazioni e le banalizzazioni releganti a mero esecutore di cure.

---

<sup>5</sup>Tratto da NANDA – North American Nursing Diagnosis Association –  
Assemblea generale 1990.

## DATI STATISTICI CENTRO DI COMPETENZA

<b>TOTALE DEI CASI PER IL 2008</b>	<b>120</b>
<b>Sesso</b>	
<b>Maschi</b>	87
<b>Femmine</b>	33
<b>Fasce di età</b>	
<b>&lt; 20</b>	0
<b>20 -30</b>	26
<b>31 -40</b>	56
<b>41 - 50</b>	35
<b>&gt; 50</b>	3
<b>Utenti presi a carico con programma di cura in sede</b>	<b>93</b>
<b>in terapia solo con metadone</b>	46
<b>in terapia con metadone e farmaci</b>	34
<b>in terapia solo con subutex</b>	2
<b>in terapia con subutex e farmaci</b>	3
<b>Solo terapia farmacologica</b>	8
<b>Utenti presi a carico con programma di cura esterno</b>	<b>14</b>
<b>in terapia solo con metadone</b>	9
<b>in terapia con metadone e farmaci</b>	4
<b>in terapia solo con subutex</b>	0
<b>in terapia solo con subutex e farmaci</b>	1
<b>Consulenze semplici (fino a 3 incontri)</b>	<b>12</b>
<b>Utenti presi a carico anche con psicoterapia</b>	<b>7</b>
<b>Utenti presi a carico solo in psicoterapia</b>	<b>1</b>
<b>Utenti insolventi con sospensione cassa malati</b>	<b>38</b>

<b>TOTALE DEI CASI AL 31.12.2008</b>	<b>85</b>
<b>Utenti presi a carico con programma di cura in sede</b>	<b>73</b>
in terapia solo con metadone	32
in terapia con metadone e farmaci	29
in terapia solo con subutex	2
in terapia con subutex e farmaci	2
solo terapia farmacologica	8
<b>Utenti presi a carico con programma di cura esterno</b>	<b>11</b>
in terapia solo con metadone	7
in terapia con metadone e farmaci	4
in terapia solo con subutex	0
in terapia solo con subutex e farmaci	0
<b>Utenti presi a carico anche con psicoterapia</b>	<b>7</b>
<b>Utenti presi a carico solo psicoterapia</b>	<b>1</b>
<b>Totale contratti/trattamenti chiusi</b>	<b>24</b>
conclusione concordata del trattamento	8
trasferimento di domicilio	2
carcerazione	4
abbandono del trattamento	3
trasferimento o ritorno al medico di famiglia	6
decesso	1