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

Rapporto n° 0162

Ringraziamento: Ringraziamo di cuore i seguenti servizi cantonali per la buona collaborazione: Dipartimento della sanità e della socialità - Divisione della salute pubblica, Organizzazione socio-psichiatrica cantonale, Ufficio del medico cantonale, Clinica psichiatrica cantonale, Ministero pubblico, Polizia cantonale .

Non sarebbe inoltre stato possibile stendere il presente rapporto senza la collaborazione degli esperti cantonali intervistati. Grazie mille!

Un ringraziamento particolare va pure alla signora Annemarie Fahrländer e al signor Andrea Gianinazzi che ci hanno sostenuti durante tutte le fasi del progetto, come pure all'Ufficio federale della sanità pubblica per il sostegno finanziario (n° 02.000651/2.24.02.-136)

agosto 2003

Riassunto italiano

Il Canton Ticino presenta un numero considerevole di offerte di prestazioni d'aiuto o di trattamento di tossicodipendenti, che spaziano dal sostegno sociale fino al trattamento psichiatrico specializzato di persone con più di un disturbo psichico. Quest'offerta è accettata di buon grado da molti interessati e corrisponde in larga misura al bisogno.

Benché esista una grande varietà di offerte, a causa della mancata integrazione e dell'esigua messa in rete delle offerte di trattamento e di aiuto, sia all'interno del settore medico che tra quello medico e quello (psico-) sociale, l'offerta di trattamento per persone dipendenti da oppiacei non riesce però a sfruttare il suo vero potenziale.

Nel complesso, dopo triangolazione delle informazioni disponibili tratte dalle statistiche e dalle indagini tra esperti e consumatori, stimiamo che il numero di persone dipendenti da oppiacei nel Canton Ticino si situi tra le 1'500 e le 1'850 unità. Il numero di pazienti problematici non integrati in senso lato (vale a dire senza contatti con l'offerta d'aiuto o nell'offerta d'aiuto ma senza successo sufficiente nel trattamento) è stimato a circa 500 persone. Per pazienti problematici non integrati nell'offerta di trattamenti s'intendono persone che non raggiungono gli obiettivi di trattamento, che ad esempio consumano in quantità considerevole a titolo supplementare cocaina o non sono integrati socialmente.

La parte di pazienti problematici che si fa notare in misura maggiore e che presenta in modo considerevole un deficit di integrazione sociale e/o presenta rischi notevolmente maggiori di HIV e un utilizzo maggiore del sistema di pronto soccorso, è stimata a 100-200 persone. Questo gruppo di pazienti problematici presenta di regola pure una co-morbidità psichiatrica e tassi di mortalità molto superiori. Mediante un ampliamento e un'integrazione dell'offerta di trattamenti e di assistenza sarebbe probabilmente possibile aiutare meglio di quanto ciò sia il caso oggi il gruppo di pazienti in larga misura problematici.

Basandosi sull'analisi del fabbisogno si possono dunque esprimere le seguenti raccomandazioni:

- Allestimento di due centri di competenze per il trattamento ambulatoriale integrato, che combinino sotto un unico tetto molte delle offerte oggi esistenti. In questi centri dovrebbe confluire da una parte il lavoro finora svolto dalle antenne, ma inoltre essere offerto pure il trattamento sostitutivo ambulatoriale così come il trattamento della co-morbidità. Questi centri di competenze dovrebbero avere le seguenti mansioni principali:
  - Trattamento di persone che attualmente non sono ancora o non sono più integrate nell'offerta di trattamenti, ad esempio nei casi di importante deficit di integrazione sociale o co-morbidità psichica;
  - Presa a carico di pazienti provenienti dall'ambulatorio del medico di famiglia, che non presentano progressi nel trattamento e continuano a consumare illegalmente e in quantità notevole eroina e/o cocaina;
  - Servizio quali centri di riferimento per richieste d'informazione da parte dei medici di famiglia, con sviluppo di trattamenti ambulatoriali modello e offerte di aggiornamenti professionali.

- Il trattamento basato sulla prescrizione di eroina (ted. HeGeBe – Heroingestützte Behandlung) dovrebbe venir integrato nei centri di competenze creati *ex novo* quale offerta tra tante, dato che tra le persone dipendenti da oppiacei vi è un bisogno notevole di questo genere di trattamento.
- Inserimento dei nuovi centri di competenze per il trattamento ambulatoriale integrato in una rete complessiva per il Canton Ticino assieme a medici di famiglia, come pure altre istituzioni specializzate come le istituzioni stazionarie orientate all'astinenza e la clinica psichiatrica.
- Mantenere la struttura attuale di un'offerta mista di offerte di trattamento ambulatoriali, soprattutto nell'ambito della sostituzione e dell'offerta stazionaria orientata all'astinenza.
- Aumento della dose media nel trattamento con il metadone e distribuzione meno visibile del metadone nelle farmacie.

Zusammenfassung Deutsch

Im Kanton Tessin gibt es eine Vielzahl von Angeboten für Hilfeleistungen bzw. die Behandlung von Drogenabhängigen, die von sozialer Hilfe bis hin spezialisierter psychiatrischer Behandlung von Personen mit mehr als einer psychischen Störung reichen. Dieses Angebot wird von vielen der Betroffenen durchaus angenommen und entspricht in weiten Teilen dem Bedarf.

Trotz vielfältiger Angebote kann das Behandlungssystem für Opioidabhängige aber durch mangelnde Integration und geringe Vernetzung von Behandlungs- und Hilfeangeboten sein wahres Potential nicht ausspielen, sowohl innerhalb des medizinischen Sektors als auch zwischen medizinischem und (psycho-)sozialem Sektor.

Insgesamt schätzen wir nach Triangulation der verfügbaren Informationen aus Statistiken, Experten- und Nutzerbefragungen die Anzahl der Opioidabhängigen für den Kanton Tessin zwischen 1'500 und 1'850. Die Anzahl nicht integrierter ProblempatientInnen im weiteren Sinn (d.h. ohne Kontakt mit dem Hilfesystem oder im Hilfesystem, aber ohne ausreichenden Behandlungserfolg) wird auf cirka 500 Personen geschätzt. Unter nicht integrierten ProblempatientInnen im Behandlungssystem sind Personen zu verstehen, die die Behandlungsziele nicht erreichen, zum Beispiel in nennenswertem Masse Kokain zusätzlich konsumieren oder sozial desintegriert sind.

Die Teil von ProblempatientInnen, der weitergehend auffällig und sozial erheblich desintegriert sind und/oder deutlich höhere Risiken für HIV und höhere Inanspruchnahme für das Notfallsystem aufweisen, wird auf 100–200 geschätzt. Diese Gruppe von ProblempatientInnen weist auch in der Regel deutlich höhere psychiatrische Komorbidität und Mortalitätsraten auf. Der Gruppe der weitergehenden ProblempatientInnen könnte durch eine Erweiterung und Integration des Behandlungs- und Betreuungsangebots wahrscheinlich besser geholfen werden als dies heute der Fall ist.

Aufgrund der Analyse des Bedarfs ergeben sich deshalb folgende Empfehlungen:

- Einrichtung von zwei Kompetenzzentren zur integrierten ambulanten Behandlung, die viele der bisherigen Angebote unter einem Dach verbinden. In diesen Zentren sollte zum einen die bisherige Arbeit der Antennen mit eingehen, aber zusätzlich auch ambulante Substitutionsbehandlung ebenso angeboten werden wie Behandlung von Komorbidität. Diese Kompetenzzentren sollten folgende Hauptaufgaben haben:
  - Behandlung von Personen die derzeit noch nicht oder nicht mehr im Behandlungssystem integriert sind, zum Beispiel bei erheblicher sozialer Desintegration oder psychischer Komorbidität;
  - Übernahme von PatientInnen aus der hausärztlichen Praxis, die keinen Behandlungsfortschritt aufweisen und weiterhin illegal Heroin und/oder Kokain in hohem Ausmass konsumieren;
  - Service als Referenzzentren für Fragen der Hausärzte, mit Entwicklung von ambulanten Modellbehandlungen und Angebot an Fortbildungen.
- Heroin gestützter Behandlung (HeGeBe) sollte in die neu geschaffenen Kompetenzzentren als ein Angebot unter vielen integriert werde, da es einen

erheblichen Bedarf unter den Opioidabhängigen nach dieser Art von Behandlung gibt.

- Integration der neuen Kompetenzzentren zur integrierten ambulanten Behandlung in ein Gesamtnetzwerk für den Kanton Tessin gemeinsam mit Hausärzten sowie anderen spezialisierten Einrichtungen wie der stationären abstinenzorientierten Einrichtungen und der psychiatrischen Klinik.
- Festhalten an der bisherigen Struktur eines Mischangebotes von ambulanten Behandlungsangeboten vorwiegend im Bereich Substitution und dem stationären Angebot zur Abstinenz.
- Erhöhung der durchschnittlichen Dosis in der Behandlung mit Methadon und weniger sichtbare Gestaltung der Methadonvergabe in Apotheken.

Résumé en français

Dans le canton du Tessin, de nombreuses institutions viennent en aide aux toxicomanes en proposant des traitements de la toxicodépendance, qui vont de l'assistance sociale aux traitements psychiatriques spécifiques pour les personnes souffrant de plus d'un trouble psychique. La plupart des patients sont largement satisfaits de cette offre qui correspond à maints égards à leurs besoins.

Mais malgré la diversité des possibilités, le système de traitement de la toxicomanie aux opiacés présente une intégration et une mise en réseau des services de traitement et d'assistance trop faibles, aussi bien au sein du secteur médical qu'entre ce dernier et le secteur psychosocial, ce qui empêche une utilisation optimale des ressources disponibles.

Après regroupement et comparaison des informations fournies par des enquêtes statistiques et des sondages auprès des experts et des utilisateurs, nous estimons que la toxicomanie aux opiacés touche entre 1500 et 1850 personnes dans le canton du Tessin. Le nombre de patients problématiques qui sont en marge au sens large (c'est-à-dire les patients qui n'ont aucun contact avec les institutions d'aide et ceux qui ont un contact avec ces institutions mais dont l'état de santé ne s'améliore pas suffisamment) est évalué à environ 500. Les patients problématiques en marge sont ceux chez qui les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints, parce qu'ils consomment par exemple des quantités non négligeables de cocaïne en sus du traitement ou parce qu'ils vivent en marge de la société.

On estime entre 100 et 200 personnes le nombre de patients problématiques chez qui la toxicodépendance est flagrante et qui sont largement marginalisés et / ou qui présentent un risque plus élevé de contamination par le VIH et font plus souvent appel aux services d'urgence. Ce groupe présente généralement une comorbidité psychiatrique et une mortalité nettement supérieures aux autres. Il est probable que l'aide qui leur est apportée à l'heure actuelle pourrait être améliorée par un développement et une intégration accrus des diverses possibilités de traitement et d'encadrement.

L'analyse de ces besoins incite donc à formuler les recommandations suivantes :

- Deux centres de compétence offrant des traitements ambulatoires intégrés doivent être créés afin de regrouper sous un même toit la plupart des services proposés actuellement. Ces centres devraient reprendre le rôle actuellement joué par les antennes, mais également proposer des traitements de substitution ambulatoires ainsi que des traitements de la comorbidité. Les principales tâches à leur confier sont les suivantes :
  - Traitement des personnes qui ne sont pas encore ou plus intégrées dans les réseaux de soins, par exemple parce qu'elles sont totalement en marge de la société, ou encore en raison de leur comorbidité psychique ;
  - Prise en charge des patients qui sont en traitement chez un médecin de famille, mais dont le traitement ne progresse pas, et qui continuent à consommer illégalement des quantités non négligeables d'héroïne et / ou de cocaïne ;

  - Service de conseil aux médecins de famille (centre de référence), avec mise sur pied de traitements ambulatoires types et organisation de séminaires de formation continue.

- Les traitements avec prescription d'héroïne (" HeGeBe ") devraient figurer parmi les soins proposés dans ces nouveaux centres de compétence, car ils répondent à une forte demande de la part de patients souffrant de toxicomanie aux opiacés.
- Les nouveaux centres de compétence dispensant des traitements ambulatoires intégrés doivent être inclus dans un réseau global tessinois, tout comme les médecins de famille et les autres institutions spécialisées telles que les hôpitaux psychiatriques et les institutions visant l'abstinence proposant des traitements résidentiels.
- La structure actuelle qui propose à la fois des traitements ambulatoires (par substitution surtout) et des traitements résidentiels visant l'abstinence doit être préservée.
- La dose moyenne administrée lors des traitements à la méthadone doit être augmentée, et la remise de méthadone dans les pharmacies doit être plus discrète.

English Summary

There is a diversified treatment and help system for opioid drug addicts in the canton of Ticino, ranging from provision of social support to specialised psychiatric inpatient services for co-morbid disorders. This system has been mostly accepted by drug users and in large parts is congruent with the demand.

Even though there are different treatment offers, a lack of integration and low level of networking between different institutions prevent the system from reaching its true potential, both within the medical sector and between medical and (psycho-)social sectors.

Using triangulation of all available information from official statistics, expert- and user interviews, the number of opioid dependent people is estimated to be between 1,500 and 1,850 for the canton of Ticino. The number of not fully integrated problem patients, defined as those without contact to the treatment/support system, or within the system but without sufficient treatment success (e.g. still using cocaine in substitution treatment or socially disintegrated), is estimated to be 500 people.

Problem patients, who are more deviant and socially more disintegrated and have markedly higher levels of risk for HIV and the emergency system, are estimated to amount to 100-200 people. This group also has higher risks for psychiatric co-morbidity and mortality. The group of more disintegrated problem patients probably can be helped better, if the current treatment and help system is better integrated and enlarged.

Based on the analysis sketched out above, the following recommendations can be given:

- Establishment of two centres of excellence for integrated outpatient treatment, which will combine many of the current services into one institution. The current structure of Antennas should be integrated in the new centres of excellence as well as outpatient substitution treatment including treatment of co-morbid disorders. The centres of excellence should have the following foci:
  - Treatment of addicts who currently are not yet or no longer integrated in the treatment system, for instance because of high levels of social disintegration or mental co-morbidity;
  - Treatment of patients from GPs, who show no progress in treatment and continue to use illegal heroin or cocaine to a considerable degree;
  - Reference centre for questions from GPs, development of new models of outpatient care; offers for continuous education.
- Heroin-assisted treatment should be integrated into the new centres of excellence as one of the treatments available, because there is a high demand among opioid users for this kind of treatment.
- The new centres of excellence for integrated drug treatment should be networking with GPs who carry out drug treatment as well as with specialized institutions such as inpatient abstinence oriented institutions or the psychiatric hospital.
- The current mixture of treatment services with a focus on outpatient substitution treatment but including inpatient abstinence oriented treatment should be continued.

- The average dosage of methadone should be increased and delivery in community pharmacies should be made less visible to guarantee anonymity.

Rilevamento del fabbisogno di trattamento per persone con problemi primari in relazione al consumo di oppiacei nel Canton Ticino

Rapporto finale

Struttura

RIASSUNTO ITALIANO **2**
ZUSAMMENFASSUNG DEUTSCH **4**
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS **6**
ENGLISH SUMMARY **8**
STRUTTURA **10**
1. INTRODUZIONE: STRUTTURAZIONE DELL'OFFERTA DI TRATTAMENTI NEL CANTON TICINO **11**
2. METODICA **14**
DATI STATISTICI 14
INDAGINE TRA I CONSUMATORI/DIPENDENTI DA OPPIACEI 14
INDAGINE TRA GLI ESPERTI 16
TRIANGOLAZIONE 17
3. RISULTATI **18**
NUMERO COMPLESSIVO DELLE PERSONE DIPENDENTI DA OPPIACEI NEL CANTON TICINO 18
PERSONE NON INTEGRATE, PROBLEMATICHE, DIPENDENTI DA OPPIACEI NEL CANTON TICINO E LE OPPORTUNITÀ DI UN'OFFERTA TERAPEUTICA MODIFICATA 19
VALUTAZIONE DELL'OFFERTA DI TRATTAMENTI E DELLE SUE BARRIERE NEL CANTON TICINO 21
VALUTAZIONE GENERALE DI SETTING DI TRATTAMENTO DA PARTE DI CONSUMATORI DI E DIPENDENTI DA OPPIACEI 25
OFFERTA OTTIMALE DI TRATTAMENTI 29
4. CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI **34**
5. BIBLIOGRAFIA **38**
6. ALLEGATO **41**

1. Introduzione: Strutturazione dell'offerta di trattamenti nel Canton Ticino

Il presente lavoro cerca di determinare empiricamente il fabbisogno di trattamento presso le persone con dipendenza primaria in relazione al consumo di oppiacei[1] nel Canton Ticino. Da una parte si tratta qui di determinare quale sia il fabbisogno complessivo di posti per il trattamento e dall'altra parte, quali dovrebbero essere le caratteristiche di tali posti.

Il Canton Ticino, situato nella parte meridionale della Svizzera, conta 310'000 abitanti (pari al 4.3% del totale della popolazione residente in Svizzera), e presenta una densità di popolazione inferiore rispetto al resto della Svizzera o alla Lombardia, con la quale confina verso sud (286 abitanti per km^2 in Ticino contro i 452 abitanti per km^2 in Svizzera e i 990 abitanti per km^2 in Lombardia). Oltre l'80% degli abitanti ha quale madrelingua l'italiano.

L'attuale offerta di trattamenti e di aiuto per tossicodipendenti in questo Cantone è composto delle seguenti parti:

- La **sostituzione con il metadone effettuata in ambulatorio dai medici di famiglia**, con oltre 1'000 trattamenti all'anno (per gli anni 1999, 2000 e 2001 sono stati, nell'ordine, 1'083, 1'067 e 1'018 trattamenti), vale a dire una quota di trattamenti leggermente superiore rispetto a quella valida per l'intera Svizzera (anno 2000: TI 343 trattamenti per 100'000 abitanti; CH 251 trattamenti per 100'000 abitanti; dati dell'Ufficio del Medico Cantonale).

  La dose giornaliera di metadone, secondo le inchieste follow-up, è stata relativamente bassa, con un valore medio di 50mg e una mediana di 45mg. Secondo questa indagine, il 33.5% delle persone in trattamento sostitutivo con il metadone si situava sopra il valore medio di 60mg, abitualmente ammesso quale dose minima per un trattamento efficace (Bertschy & Calanka, 1993; American Psychiatric Association, 1995; California Society of Addiction Medicine, 1998; Department of Health et al., 1999).[2]

---

[1] La dipendenza **primaria** da oppiacei sussiste allorquando è data dipendenza da sostanze stupefacenti ai sensi di ICD-10 o DSM IV e gli interessati stessi e/o le persone che effettuano il trattamento indicano gli oppiacei, normalmente l'eroina, quale **droga problematica principale** o droga scelta. Nel caso di persone non sottoposte a trattamento e senza diagnosi formale siamo partiti dal presupposto che un uso regolare di eroina durante almeno 4 giorni alla settimana significa dipendenza.

[2] Il dosaggio relativamente basso del metadone in Ticino, ancora inferiore alla media complessiva svizzera (Rehm e Uchtenhaben, 2001) sorprende, soprattutto perché più di un'inchiesta svizzera lo ha evidenziato: maggiore è il dosaggio scelto, maggiori erano le quote di permanenza e migliori i risultati raggiunti nelle variabili Outcome (Christen et al., 1996a; Christen et al., 1996b; Del Rio et al., 1997; Liechti et al., 2000; Quammou Lewis et al., 1996). La correlazione tra il dosaggio e il successo nel trattamento si è mostrato in maniera particolarmente chiara quando sono state controllate statisticamente delle condizioni di partenza differenti, vale a dire che travisano il risultato (Liechti et al., 2000). Nello studio di riferimento mediante l'aumento dei dosaggi è ad esempio stato possibile ridurre la frequenza, in occasione di tutt'e tre i momenti di misurazione tra 12 e 24 mesi, del consumo illegale di eroina presente nonostante la terapia sostitutiva con il metadone. Dopo due anni la

È inoltre interessante il fatto che il numero di persone comparse per la prima volta nella statistica dei trattamenti con il metadone in Ticino è stato relativamente esiguo. Questo numero è inoltre calato dal 2000 (84 nuovi casi) al 2001 (76 nuovi casi) fino al 2002 (46 nuovi casi). La mediana dell'età dei nuovi casi è nel contempo aumentata, nel medesimo periodo, da 28.8 a 30.6 anni.

- **L'assistenza psichiatrica ambulatoriale** mediante servizi sociopsichiatrici ambulatoriali per adulti: Servizi psico-sociali (SPS) con sedi a Bellinzona, Biasca (tempo parziale), Chiasso, Locarno, Lugano. In questo sistema nel 2001 è stata fornita assistenza a 4'668 persone, la maggior parte a Lugano (Dipartimento opere sociali (oggi Dipartimento della sanità e della socialità), Rendiconto del Consiglio di Stato 2001). Non vi sono informazioni precise concernenti la quota esatta di tossicodipendenti tra i pazienti dei SPS.
- **L'assistenza psicosociale ambulatoriale** da parte delle cosiddette "antenne". Le antenne sono servizi ambulatoriali finanziati dallo Stato e gratuiti per l'utente. Si rivolgono in prima linea a persone che consumano droghe e in seconda linea a famigliari e altre persone in contatto con consumatori di droghe. I collaboratori delle antenne hanno formazioni diverse nel settore psicosociale e pedagogico. Nelle antenne, assieme ai clienti, viene valutata la situazione dei tossicodipendenti e cercato l'intervento migliore, sia per quanto attiene alla terapia sia per gli aiuti sociali (ricerca di abitazione e di lavoro). Le antenne sono inoltre pure attive nel settore della prevenzione. Esistono due antenne, ciascuna delle quali ha diverse sedi. Quale struttura assistenziale rispecchiano la suddivisione storica del Cantone in Sopraceneri e Sottoceneri.
    - Sopraceneri: Antenna Icaro, con due sedi: Bellinzona, Locarno
    - Sottoceneri: Antenna Alice, con due sedi: Lugano, Chiasso.

  Nel 2002 presso l'antenna Icaro sono stati trattati 248 casi (di cui 118 erano pure in terapia sostitutiva con il metadone) e dall'antenna Alice 184 casi (di cui 89 pure in terapia sostitutiva con il metadone) (informazioni della Divisione della salute pubblica: Sezione Sanitaria, Ufficio di sanità). Le cifre sopra esposte si possono interpretare nel senso che le antenne raggiungono pure persone dipendenti da oppiacei che finora non sono integrate nell'offerta di trattamenti.
- **L'assistenza stazionaria da parte di istituzioni terapeutiche specializzate** con 81 ammissioni nel 2000, 69 nel 2001 e 64 nel 2002. Quest'assistenza viene effettuata in quattro istituzioni nel Cantone Ticino[3]: Casa Shalom, Teen Challenge in Svizzera, Comunità terapeutica, Locarno; Centro terapeutico Villa Argentina, Associazione L'Ancora, Lugano; Fondazione Il Gabbiano, comunità terapeutica, Lugano; Centro residenziale a medio termine, Servizio tossicodipendenze, Gerra Piano.

differenza tra i dosaggi differenti ammontava a oltre il 20% ed era statisticamente significativa (Liechti et al., 2000).

[3] Un piccolo numero di persone riceve pure assistenza residenziale in altre parti della Svizzera o in Italia per problemi legati al consumo di oppiacei (N= 12 nel 2002)

- **L'assistenza stazionaria da parte della Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC)**, Mendrisio, per le cure psichiatriche per co-morbidità psichiatrica parallela, anche con la somministrazione di metadone. Presso la CPC non viene effettuata alcuna terapia stazionaria per persone con sola dipendenza da stupefacenti, vale a dire senza ulteriore diagnosi psichiatrica. Attualmente tra il 4 e l'8% dei 140 pazienti della Clinica Psichiatrica Cantonale sono dipendenti da oppiacei (informazioni ottenute dal dott. Silvano Testa, direttore della Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) a Mendrisio, 2003).
- Le **terapie di disassuefazione** vengono effettuate nella Clinica Psichiatrica Cantonale, Mendrisio, e negli ospedali cantonali.

2. Metodica

Il presente studio ha proceduto a un'analisi dei bisogni (needs assessment) con l'obiettivo primario di rilevare e quantificare per il Canton Ticino il bisogno di cure di persone con problemi primari in relazione al consumo di oppiacei. Con riferimento alle tecniche di "rapid assessment" dell'OMS (Stimson et al., 1998) risp. dell'UNDCP, vengono in tal modo elaborate tre fonti di dati:

1 Dati statistici sul Ticino in riferimento a indicatori rilevanti quali trattamento, denuncia, survey, overdose in reparti di pronto soccorso, casi di decesso, ecc. Una vista d'insieme delle statistiche rilevanti dell'offerta di trattamenti si trova al punto 1.

2 Valutazioni da parte di consumatori/dipendenti da oppiacei[4] con riferimento al loro bisogno di trattamento e altro aiuto e alla forma desiderata di tale trattamento (v. qui di seguito)

3 Valutazioni della situazione dei trattamenti da parte di altri esperti.

Dati statistici

I dati statistici di routine relativi all'utilizzazione e alla popolazione sono stati messi a disposizione dai servizi cantonali. L'ufficio del medico cantonale ha inoltre messo a disposizione valutazioni particolari del gruppo di accompagnamento a MeTiTox[5] .

Indagine tra i consumatori/dipendenti da oppiacei

L'indagine tra i consumatori ha avuto luogo con l'ausilio di questionari strutturati ed è stata effettuata da quattro intervistatori formati espressamente allo scopo, nella rispettiva lingua materna: Nicolas Bonvin, Giuseppe Margnetti, Maria Grazia Giorgis e Paola Sartor Manea. Quest'indagine è stata sottoposta a pilotaggio nel novembre 2002; la formazione degli intervistatori si è tenuta il 20 novembre 2002 a Bellinzona e le interviste sono state effettuate dal mese di dicembre 2002 al mese di marzo 2003. Nel complesso sono state effettuate 55 interviste. Il campione è stato estratto dai seguenti settori: trattamento basato sul metadone, trattamento orientato all'astinenza e altri trattamenti non orientati alla sostituzione, come pure persone che non hanno più seguito alcun trattamento da ½ anno. L'ultimo gruppo citato, secondo il piano del campione, avrebbe dovuto costituire il 50% degli intervistati; pur avendo prolungato a più riprese il periodo di rilevamento, non è stato però possibile raggiungere questa quota (cfr. tabella 2.1 qui di seguito).

[4] Presupposto è l'uso di oppiacei durante almeno 4 giorni alla settimana

[5] MeTiTox è la denominazione di un progetto avviato nel 2000 per il perfezionamento professionale e la messa in rete di medici generici che prescrivono il metadone. Questo progetto si appoggiava a un progetto MedRoTox già esistente in Svizzera romanda, creato nel 1998 in seguito al rapporto svizzero sul metadone del 1995 (Ufficio federale della sanità pubblica, 1995) e ai punti deboli rilevati in tale occasione. MedRoTox e MeTiTox presentano un bilancio molto promettente e vengono messi in risalto da parte dell'UFSP quali progetti modello per altri Cantoni (cfr. http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/ , spektra 33, da scaricare (ricerca effettuata in data 13.9.03)

Dettagli in riferimento alla formazione e ai questionari si trovano negli allegati. La tabella 2.1 fornisce una vista d'insieme relativa agli indici demografici e all'iter dei trattamenti del campione.

Tabella 2.1: Indicazioni demografiche relative ai consumatori di oppiacei intervistati (totale N=55)

Caratteristiche	**Ø**	**SD**	**N**
Età media	35 anni	5.6 anni	55
Quota di stranieri	21 %		
Conoscenza del X % dell'ambiente della droga da parte degli intervistati a Lugano Locarno Bellinzona Mendrisio Milano Zurigo	 71 % 27 % 10 % 4 % 16 % 53 %		
Età media al momento del primo consumo di oppiacei	19 anni	4.7 anni	51
Età media al momento del consumo regolare di oppiacei	21 anni	5.5 anni	39
Età media al momento del consumo regolare di cocaina	23 anni	6.1 anni	35
Età media al momento del consumo regolare di canapa	16 anni	3.4 anni	15
Età media al momento del consumo regolare di Rohypnol	23 anni	4.4 anni	12
Età media al momento del consumo regolare di alcolici	20 anni	7.5 anni	19
In trattamento durante gli ultimi 6 mesi	86 %		
ha mai seguito un trattamento? di cui Metadone, Subutex trattamento con medicamenti trattamento ambulatoriale terapia stazionaria / residenziale disassuefazione drastica gruppi di auto-aiuto	92 %[6] 82 % 33 % 57 % 57 % 51 % 10 %		

I seguenti punti costituivano il contenuto centrale dell'indagine:

- sociodemografia
- durata della dipendenza da oppiacei
- consumo di oppiacei (frequenza/modalità)
- consumo aggiuntivo

[6] altrimenti detto: l'8% degli intervistati ha asserito di non aver mai seguito alcun trattamento inerente a problemi di oppiacei.

- comportamento relativo all'utilizzazione con accento sul trattamento della tossicodipendenza e il relativo successo
- valutazione dell'attuale sistema di aiuto per tossicodipendenti in Ticino
- disponibilità e motivazione nella partecipazione a diverse forme di trattamento: trattamento orientato all'astinenza, terapia sostitutiva con il metadone (applicazione intravenosa in contrapposizione all'applicazione orale), terapia sostitutiva con la buprenorfina, altre forme di trattamento di sostituzione (morfina, eroina sotto forme diverse)
- disponibilità e motivazione dipendente dal setting: medico di famiglia, centro terapeutico, livello della soglia, ecc.
- descrizione del sistema di aiuto ideale per i tossicodipendenti
- stato somatico e psichico

Indagine tra gli esperti

Le indagini tra gli esperti erano composte di due parti: un'indagine scritta mediante l'utilizzo di un questionario strutturato, e interviste approfondite centrate sulla qualità.

Per l'indagine scritta in data 17 gennaio 2003 sono state contattate 99 persone e ricontattate nuovamente dopo 14 giorni (cfr. l'allegato per i relativi scritti). In totale hanno risposto 57 persone (il 58%). Gli esperti sono stati reclutati dai seguenti settori:

- giustizia (giudici, sistema dell'esecuzione delle pene)
- polizia
- politica (Gran Consiglio, Consiglio comunale di Lugano), partiti (unicamente indagini scritte)
- politica delle tossicomanie e sanitaria (medico cantonale, delegato cantonale ai problemi delle tossicomanie)
- servizi ambulatoriali distaccati (servizi sociali cantonali e delle città di Lugano e Locarno, servizi psicosociali, assistenti sociali, medici, compresi i medici che effettuano prescrizioni di metadone, farmacisti, rappresentanti di ambulanze nelle valli)
- ospedali
- psichiatria (aperta e privata)
- tutti i centri ambulatoriali e residenziali per tossicodipendenti
- associazione dei genitori DAJ (associazione mantello dei genitori di giovani tossicodipendenti)
- enti finanziatori (casse malati)
- post-terapia

Nell'indagine scritta gli esperti erano chiamati a valutare lo *status quo* e possibili miglioramenti dell'offerta di trattamenti e di aiuti nell'ambito degli stupefacenti così come il contatto con i tossicodipendenti in Ticino in generale. Soltanto a quel punto seguivano domande specifiche inerenti al fabbisogno di ulteriori offerte e in modo particolare relative al trattamento basato sulla prescrizione di eroina (cfr. questionario nell'allegato). Una sequenza simile delle domande è pure stata seguita nelle interviste centrate sulla qualità, ove le domande specifiche si orientavano alla relativa conoscenza specifica dell'intervistato (cfr. guida alle interviste personali nell'allegato).

Sono inoltre state effettuate 12 interviste approfondite a persone che in parte hanno pure risposto per scritto. La scelta delle persone per le interviste approfondite è stata effettuata d'intesa con il mandante (cfr. elenco nell'allegato). Le interviste sono state effettuate tra i mesi di febbraio e maggio del 2003 dalla signora Esther Grichting, dal prof. dott. Ambros Uchtenhagen, dal prof. dott. Jürgen Rehm e dal prof. dott. Benedikt Fischer.

Triangolazione

Mediante la triangolazione delle fonti di dati citate è in seguito stato determinato il fabbisogno quantitativo come pure sono state espresse raccomandazioni in interazione con le autorità ticinesi (sulla triangolazione dei dati vedansi pure i contributi nel numero speciale dell'*International Journal of Drug Policy*, 2000). I singoli passi sono spiegati in dettaglio qui di seguito.

3. Risultati

Numero complessivo delle persone dipendenti da oppiacei nel Canton Ticino

Per l'anno 1993 esistono per il Canton Ticino due stime relative alle persone consumatrici di droghe dure e tossicodipendenti. Da un lato in un volume riassuntivo relativo alla situazione della tossicodipendenza in Svizzera è indicata la cifra di 2'500, basata su un'indagine nei Cantoni (Rehm, 1995). Dall'altro lato Fahrlaender & Piffaretti-Coello (1996) in un'analisi capture-recapture [7] nell'ambito dello studio TOXTI giungono ad una cifra inferiore a 1'700 persone. L'ultima cifra citata dovrebbe essere più attendibile, dato che poggia su basi empiriche e una metodologia chiaramente definita.

Stime attuali relative al numero di persone dipendenti da oppiacei si situano nella medesima fascia dello studio TOXTI (cfr. tabella 3.1).

Tabella 3.1: Stime del numero di persone dipendenti da oppiacei da parte di esperti cantonali 2003

	regione di				Tutto il Cantone	
	Bellinzona	**Locarno**	**Lugano**	**Mendrisio**	**quale somma delle singole regioni**	**quali stime separate degli esperti per tutto il Cantone***
N	14	17	18	17		29
minimo	200	200	200	100		1'030
massimo	540	550	1500	800		3'500
deviazione standard	102	105	360	188		576
mediana	400	400	600	200	1'600	1'500
valore medio	392	389	697	294	1'771**	1'745

* Nel questionario è stato chiesto da un lato il numero di tossicodipendenti presenti in divers regioni e, separatamente, stime per il Cantone nel suo complesso (cfr. allegato per la struttura e il testo del questionario). Gli esperti rispondevano di volta in volta alle domande per le quali pensavano di essere in possesso di conoscenze specifiche. Quale conseguenza alcuni esperti hanno ad esempio dato stime unicamente per regione, e la somma dei valori medi delle stime delle singole regioni non corrisponde necessariamente al valore medio delle stime per tutto il Cantone.

** non corrisponde alla somma delle quattro colonne, a causa di errori di arrotondamento

Accanto a una stima complessiva per il Cantone nel questionario sono state effettuate stime separate per le diverse regioni. Gli esperti hanno effettuato le stime unicamente per quelle regioni per cui disponevano di conoscenze. La maggior parte delle stime sono risultate per il Cantone nel suo complesso (N = 29). Singoli esperti erano assai lontani dal valore medio, ma nel complesso risulta un'immagine relativamente omogenea: nel Canton Ticino vi sarebbero tra le 1'500 (mediana delle stime separate) e le 1'800 (stima arrotondata per eccesso della somma delle stime per le regioni) persone dipendenti da

[7] Capture-recapture è il nome di una tecnica metodologica che effettua delle stime statistiche delle entità di popolazioni mediante estrazioni ripetute di campioni, basandosi sulle relazioni di persone estratte una volta con quelle estratte più volte.

oppiacei. Pure le stime effettuate nelle interviste centrate sulla qualità si situavano tutte attorno a tale cifra.

Le stime dei tossicodipendenti intervistati si situavano pure nella forchetta tra i 1'500 e i 1'800 per il Cantone, però con una dispersione decisamente maggiore.

Una stima delle persone dipendenti da oppiacei nel Canton Ticino dell'ordine di 1'500 a 1'800 persone appare plausibile anche se confrontata con altre fonti d'informazione. Attualmente sono infatti oltre 1'000 le persone che in Ticino seguono una terapia sostitutiva con il metadone. A queste si aggiungono ca. 60 persone all'anno trattate in istituzioni residenziali (ca. 60 ammissioni con durate di permanenza medie di ca. 12 mesi, secondo la statistica FOS). Secondo le stime degli esperti e le statistiche sopraccitate sicuramente almeno 100 persone seguono un trattamento ambulatoriale senza impiego di medicamenti (vale a dire non di sostituzione).[8] Sommando tutte le persone dipendenti da oppiacei sotto trattamento nel Cantone si raggiunge la cifra di circa 1'200 persone.

Se inoltre si parte dal presupposto che circa il 65-70% delle persone dipendenti da oppiacei sta seguendo un trattamento, come è il caso per la Svizzera nel suo complesso o in sistemi di trattamento differenziati in modo paragonabile quali i Paesi Bassi (cfr. Fischer et al., 2002), per il Ticino ne risulterebbe una stima di 1'710 a 1'850 persone dipendenti da oppiacei. Tale stima derivante dalle statistiche dei trattamenti fornisce dunque un numero paragonabile alle sopraccitate stime degli esperti.

Complessivamente valutiamo dunque per il Canton Ticino un numero di persone dipendenti da oppiacei variante tra le 1'500 e le 1'850 unità.

Persone non integrate, problematiche, dipendenti da oppiacei nel Canton Ticino e le opportunità di un'offerta terapeutica modificata

Le stime sopra calcolate suggeriscono che tra le 510 e le 650 persone dipendenti da oppiacei risp. consumatori regolari nel Canton Ticino in un dato anno non fanno capo all'offerta d'aiuto del Cantone. Nelle interviste degli esperti molti di questi hanno indicato cifre leggermente inferiori: le stime di molti esperti presentavano quale limite inferiore 300 (cfr. pure qui di seguito e la nota 11 per ulteriori spiegazioni come pure una discussione dei risultati).

Il solo numero di persone dipendenti da oppiacei non sottoposte a trattamento non permette necessariamente di dedurre che in tal caso si tratta di casi problematici per il sistema medico e sociale (ad es. Lowinson, 1997). Vi sono ad esempio persone che tentano l'autoguarigione senza o quasi senza aiuto professionale (Klingemann, 1992; Klingemann & Efionayi-Mäder, 1994) e una quota relativamente elevata di tali tentativi è coronata da successo (Cunningham, 2000).[9] Occorre qui citare inoltre quelle persone che fanno uso soltanto da relativamente poco tempo l'eroina o altri oppiacei e/o che nonostante il

[8] Non è possibile risalire al numero esatto, dato che non sono a disposizione statistiche che possano essere collegate a persone. Le stime degli esperti sono però sostenute dal numero di persone non dipendenti da metadone rispetto al numero totale dei casi nelle antenne.

[9] Per la tematica qui in discussione non è rilevante se negli anni precedenti hanno avuto luogo contatti con il sistema d'aiuto.

consumo di oppiacei sono ancora relativamente ben integrati socialmente (cfr. pure Robertson et al., 1989). Vi sono infine persone assistite dall'offerta d'aiuto (nell'ambito delle tossicomanie) di altri Cantoni svizzeri o dell'Italia.

Ciononostante esiste una determinata parte di persone che ha fallito nel sistema d'aiuto. Tali persone si trovano sia tra le persone che figurano nell'anno 2000 nelle statistiche dei trattamenti (Lowinson et al., 1997) che tra le persone che non vi figurano. Dato che non vi sono statistiche ufficiali relative a questa tematica, abbiamo posto la domanda a rappresentanti di punta dell'attuale offerta di trattamenti. Le risposte relative alla definizione di pazienti problematici e alla stima quantitativa del loro numero possono essere riassunte come segue:

- Il numero di pazienti problematici non integrati in senso lato (vale a dire senza contatto con l'offerta d'aiuto **oppure** che si trovano nell'offerta d'aiuto ma senza sufficiente successo nel trattamento) è stimato a circa 500 persone [10], [11] . Per pazienti problematici non integrati nel offerta di trattamenti s'intendono persone che non raggiungono gli obiettivi di trattamento, che ad esempio consumano inoltre cocaina in quantità considerevole o non sono integrate socialmente.
- Quella parte di pazienti problematici in più larga misura noti e con importanti deficit di integrazione sociale e/o che presentano rischi notevolmente maggiori di HIV e un utilizzo maggiore del sistema di pronto soccorso, è stimata a 100-200 persone. Questo gruppo di pazienti problematici presenta di regola pure una co-morbidità psichiatrica (Krausz et al., 1998) e tassi di mortalità nettamente più elevati (Raschke et al., 1999).

Si pone il quesito a sapere come aiutare i pazienti problematici descritti e come ridurre i costi sociali che provocano[12].

Prima di poter rispondere a questa domanda, occorre che il sistema di aiuto venga descritto dal punto di vista dei consumatori di oppiacei e di altri esperti.

---

[10] Il gruppo dei 500 contiene poi un gruppo parziale di tossicodipendenti maggiormente noti e con un importante deficit di integrazione sociale, vale a dire pazienti problematici in senso stretto (cfr. specchietto seguente).

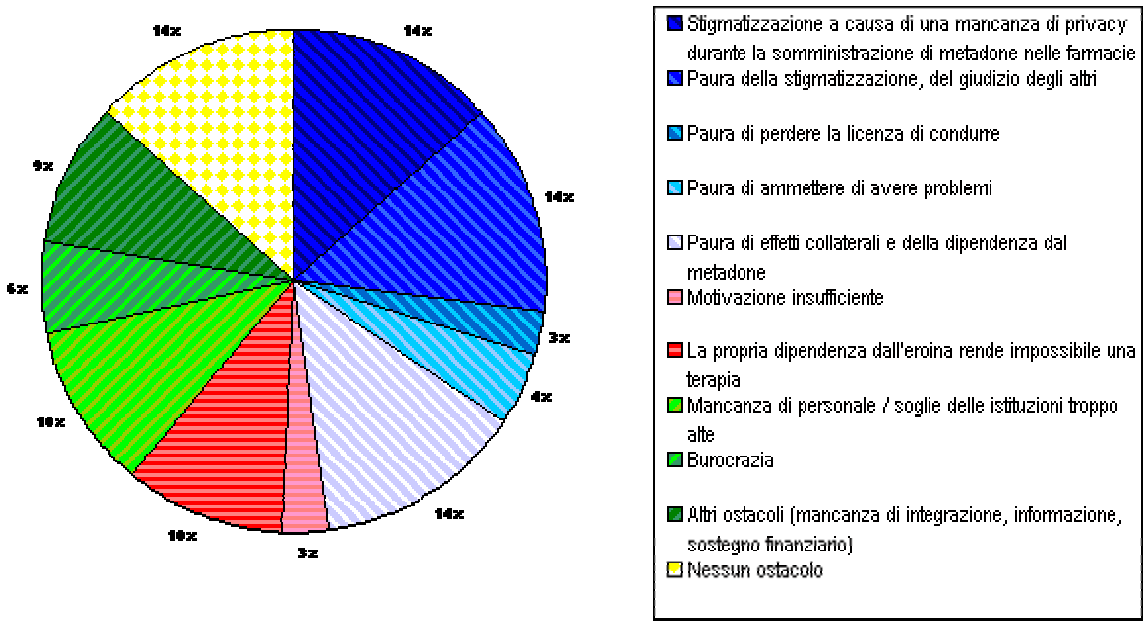
[11] In questo contesto sorprende che gli intervistatori abbiano avuto difficoltà tale nel far confluire nel presente studio persone dipendenti da oppiacei (temporaneamente) senza trattamento. Sui motivi si possono qui solo fare speculazioni. Da una parte sembra che il desiderio di anonimato, e dunque delle paure parzialmente collegate in relazione alla stigmatizzazione siano più forti in Ticino che ad esempio nelle grandi città. Inoltre gli intervistatori scelti disponevano di esperienze precedenti nel sistema di trattamento e di aiuto e forse proprio per questo erano meno accettati da persone esterne al sistema di trattamenti. In terzo luogo le esperienze e le tecniche relative a studi provenienti da Zurigo, dall'ambiente aperto della droga, non sono forse applicabili. A ciò va aggiunto che le nostre difficoltà nel reclutamento potrebbe però pure essere interpretate quale indizio nel senso che nella cifra delle persone che non fanno capo alle offerte di trattamento forse sono le stime più basse ad avvicinarsi maggiormente alla verità.

[12] Diversi studi hanno dimostrato che la terapia può aiutare a ridurre i costi sociali dei tossicodipendenti. Ciò vale pure per la Svizzera e persino per pazienti problematici nell'ambito del trattamento basato sulla prescrizione di eroina, relativamente più oneroso rispetto alla sostituzione con il metadone a causa della distribuzione di droga più volte al giorno. Ciononostante nel trattamento basato sulla prescrizione di eroina ai costi di CHF 50.63 si contrappongono risparmi dell'ordine di CHF 95.50 (Frei et al., 1998, 2000).

Valutazione dell'offerta di trattamenti e delle sue barriere nel Canton Ticino

Quali ostacoli vedono i consumatori di droghe e i tossicodipendenti all'accesso all'attuale offerta di trattamenti nel Canton Ticino? Il grafico seguente mostra una vista d'insieme delle risposte a questa domanda.

Ostacoli dal punto di vista dei consumatori e dei tossicodipendenti



Dal punto di vista dei consumatori e dei tossicodipendenti le seguenti quattro barriere principali nel Cantone Ticino mettono a repentaglio una terapia per tossicodipendenti:

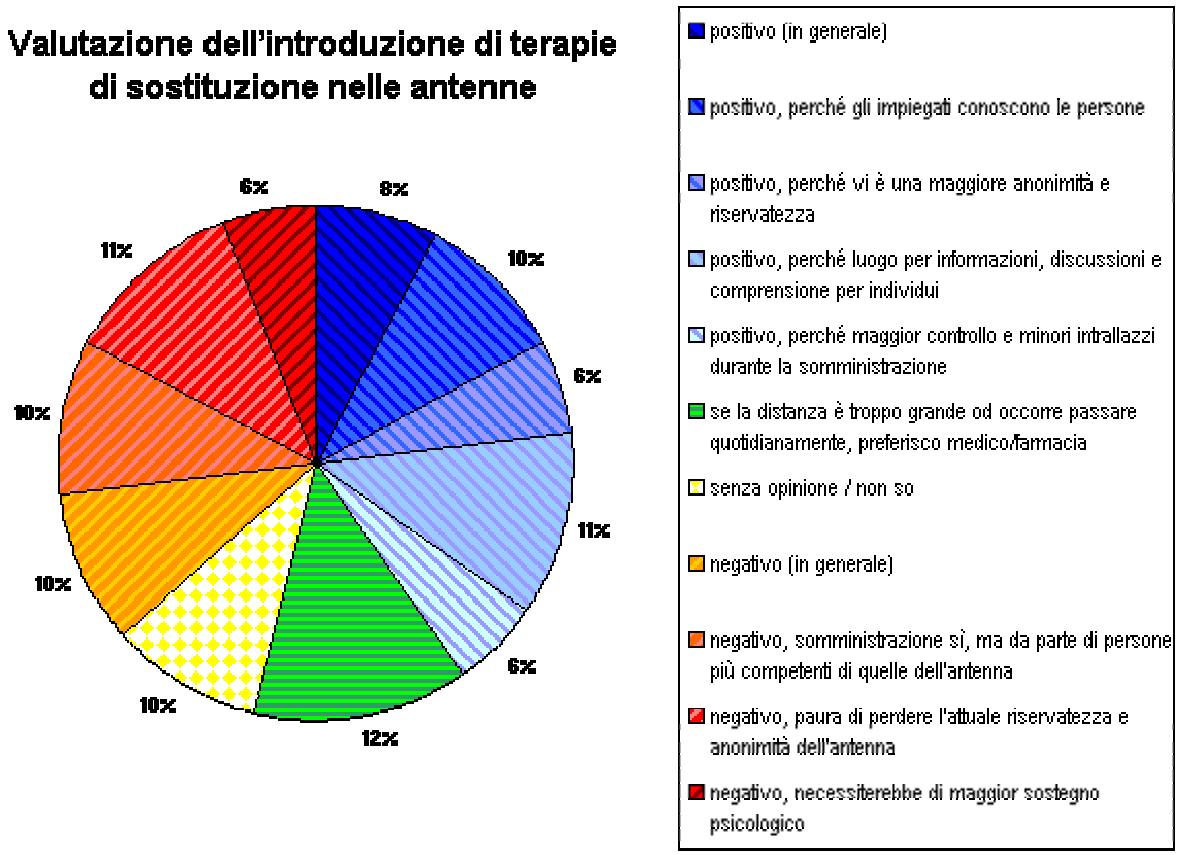
- **Paura di essere stigmatizzati:** un ampio ventaglio di paure correlate con la dipendenza impedisce a quasi la metà di tutti i tossicodipendenti di effettuare con successo un trattamento (il 49% di N=67 risposte[13]). La maggior parte delle persone di questo gruppo è dell'avviso che nell'offerta attuale di terapie la sfera privata non sia sufficientemente tutelata (il 31% di tutte le risposte risp. il 63% di tutte le risposte di questa categoria). Questa paura assai concreta di essere stigmatizzati si manifesta ad esempio nella visita quotidiana alla farmacia per prendere il metadone (il 14% di tutte le risposte o il 29% di questa categoria) o nella paura di perdere la licenza di condurre.
- Pure il **rischio di dipendenza da metadone (paragonato all'eroina)** – percepito in modo molto più marcato - e gli effetti collaterali legati a tale medicamento trattiene

[13] Dato che alcune persone dipendenti da oppiacei hanno nominato più di una categoria, le quote si riferiscono alle risposte e non alle persone che hanno risposto. Ciò vale anche per le successive valutazioni, a meno che sia espressamente indicato altrimenti.

molti consumatori di oppiacei dal sottoporsi a una tale terapia (il 18% di tutte le risposte).

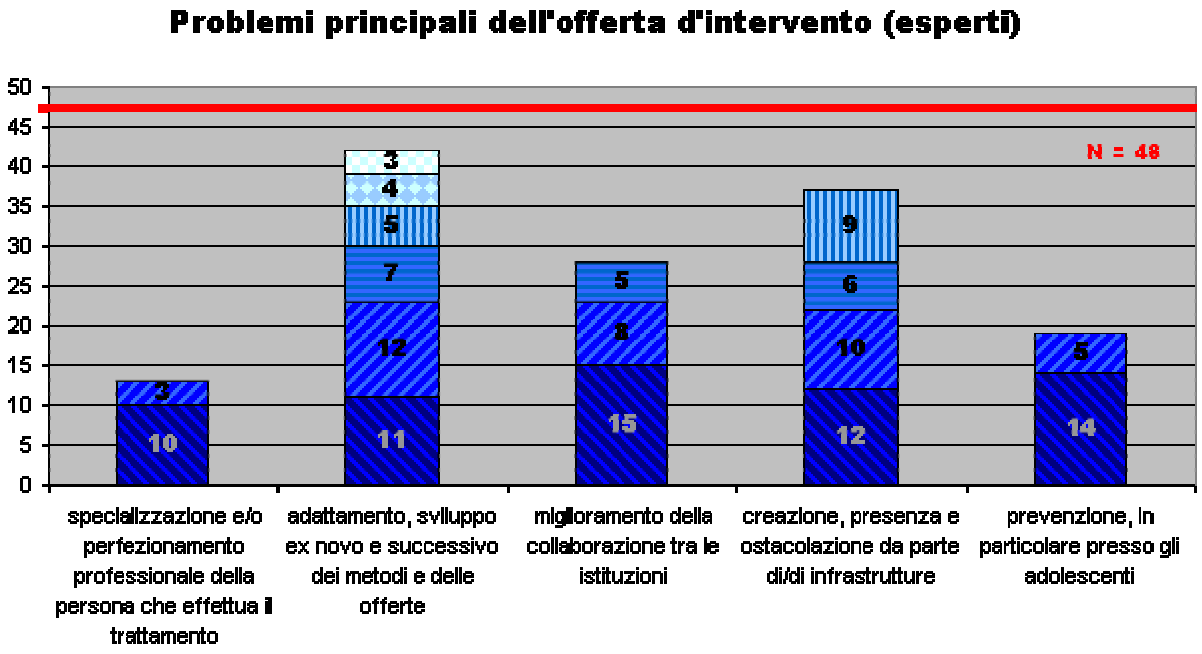
- **Motivazione insufficiente risp. peculiarità della sostanza:** soltanto il 13% di tutte le risposte indica che o la propria dipendenza dall'eroina, vale a dire dalla sostanza stessa, o la mancanza di motivazione del tossicodipendente ostacola una terapia coronata da successo.
- **Ostacoli strutturali delle istituzioni:** un quarto di tutte le risposte situa gli ostacoli di una terapia di successo nelle debolezze strutturali del sistema. Formulando in modo generale ciò è stato descritto con "burocrazia" (il 6% di tutte le risposte o il 24% di questa categoria). Le risposte specifiche ruotavano da una parte attorno ai "problemi strutturali" (il 10% di tutte le risposte risp. il 40% di questa categoria) quali carenza di personale o esigenze di ammissione delle singole istituzioni troppo elevate; dall'altra parte il 36% delle persone che hanno risposto (o il 9% di tutte le risposte) era dell'opinione che l'aiuto da attendersi dalle istituzioni attuali fosse insufficiente.
- **Nessun ostacolo:** una minoranza qualificata del 13% non vedeva ostacoli concreti che potrebbero sbarrare la strada a una terapia di successo.

Con riferimento agli ostacoli è pure stata posta la domanda concreta a sapere se la creazione di un'offerta di sostituzione in un setting di assistenti sociali quali le antenne potrebbe fare in modo che l'offerta di trattamenti in Ticino presenti risultati migliori. Il grafico seguente fornisce una vista d'insieme delle risposte.



Fautori e contrari di una somministrazione di metadone nelle antenne sono circa alla pari (N = 51 persone). Nella relativa motivazione vengono nuovamente variate tematiche di base conosciute, in particolare il desiderio di riservatezza e anonimato relativo al proprio consumo di droghe. È molto interessante il fatto che questo motivo appare sia nei fautori (le antenne nella loro funzione attuale danno protezione e garantiscono l'anonimato), sia nei contrari, che appunto temono la perdita dell'attuale riservatezza e anonimato.

Quali problemi vedono gli altri esperti nell'attuale offerta di aiuti nel Canton Ticino? Il grafico seguente ne fornisce una vista d'insieme.



Sono stati citati cinque diversi settori principali:

- la **specializzazione e il perfezionamento professionale** per le persone attive nel settore del trattamento di persone dipendenti da oppiacei
- l'adattamento e lo **sviluppo** ulteriore o ***ex novo* di metodi di trattamento** e dell'offerta attuale di trattamenti nel Canton Ticino
- il **miglioramento della collaborazione** tra le istituzioni nel Cantone
- l'assenza di infrastrutture per la creazione di un'**offerta di trattamenti integrata**
- L'assenza di **prevenzione**, in particolare presso gli adolescenti.

Quasi tutti gli esperti hanno indicato quale problema principale l'insufficiente adattamento, sviluppo ulteriore o *ex novo* delle offerte di trattamento (31 volte). La maggior parte delle risposte di questa categoria ruotava attorno alle tematiche "trattamento della co-morbidità psichica" (11 volte o il 23% delle persone che hanno risposto) come pure in generale attorno all'adattamento dell'attuale offerta di trattamenti di persone dipendenti da

oppiacei a sfide future (12 volte o il 25% delle persone che hanno risposto). Le sfide in particolare sono viste spesso nel settore delle pluridipendenze. È ad esempio stato fatto notare che il numero di consumatori di oppiacei è in calo, mentre le istituzioni non sarebbero sufficientemente preparate alle nuove droghe (7 volte o il 15% delle persone che hanno risposto) come pure alla dipendenza da cocaina, in aumento (5 volte o il 10% delle persone che hanno risposto). O più in generale, pare che le istituzioni siano frenate nell'intraprendere nuove vie e a provare delle novità dalla paura di commettere errori nel trattamento (3 volte o il 6% delle persone che hanno risposto).

Il gruppo di problemi indicato in seconda posizione si riferiva alle infrastrutture mancanti (37 volte). A questo proposito molti esperti (indicato 12 volte o dal 25% delle persone che hanno risposto) si dicono abbandonati dalla politica (sanitaria) che a loro parere è caratterizzata da un'assenza di volontà, risp. di visioni, a diventare attivi nel settore delle droghe illegali. Vanno in una direzione analoga le risposte che esprimono la critica secondo cui la società in generale come pure le istituzioni politiche in particolare sarebbero fissate, a causa della eccessiva moralizzazione e delle opinioni contrastanti, sullo *status quo,* rimanendo inattive. La seconda sottocategoria in ordine di importanza all'interno delle lamentele concernenti l'assenza di infrastrutture ha fatto notare che le istituzioni terapeutiche nel settore delle droghe illegali non dispongono di sufficienti mezzi finanziari o posti (10 volte o il 21% delle persone che hanno risposto), seguita dall'osservazione che sono le istituzioni stesse (6 volte o 12% delle persone che hanno risposto), con la loro fossilizzazione a ostacolare una migliore offerta di trattamenti.

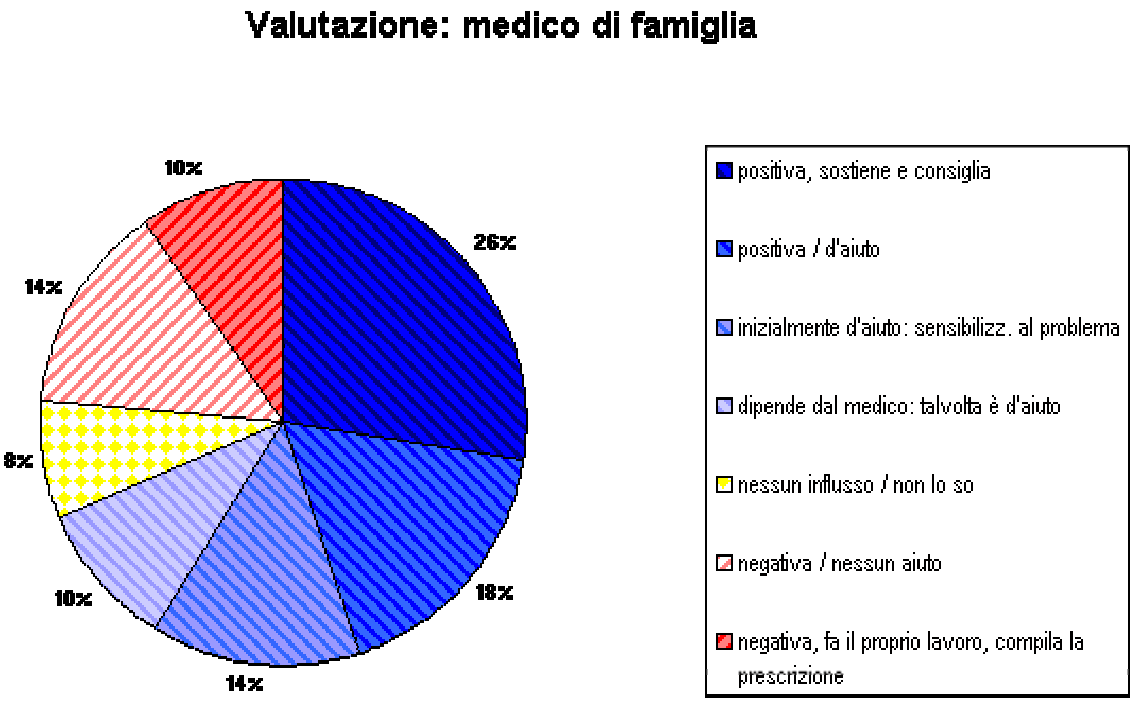
In accordo con i consumatori degli stupefacenti anche la maggioranza degli esperti (28 volte) chiede una collaborazione più intensa tra le istituzioni. Il ventaglio di risposte spaziava dal rimprovero ai singoli attori nelle istituzioni singole dell'attuale offerta di trattamenti, di essere ciechi (5 volte o il 10% delle persone che hanno risposto), all'assenza risp. di coordinamento o di scambio tra le istituzioni (8 volte o il 17% delle persone che hanno risposto) fino alla richiesta di creazione di un centro di competenze in cui verrebbero create delle sinergie mediante l'integrazione e la concentrazione delle capacità dei singoli istituti (15 volte o il 31% delle persone che hanno risposto).

Un ulteriore complesso tematico che stava a cuore a molte persone che hanno risposto era l'assenza di prevenzione, in particolare negli adolescenti (19 volte). Ciò valeva sia per la canapa che per le droghe progettate.

Valutazione generale di setting di trattamento da parte di consumatori di e dipendenti da oppiacei

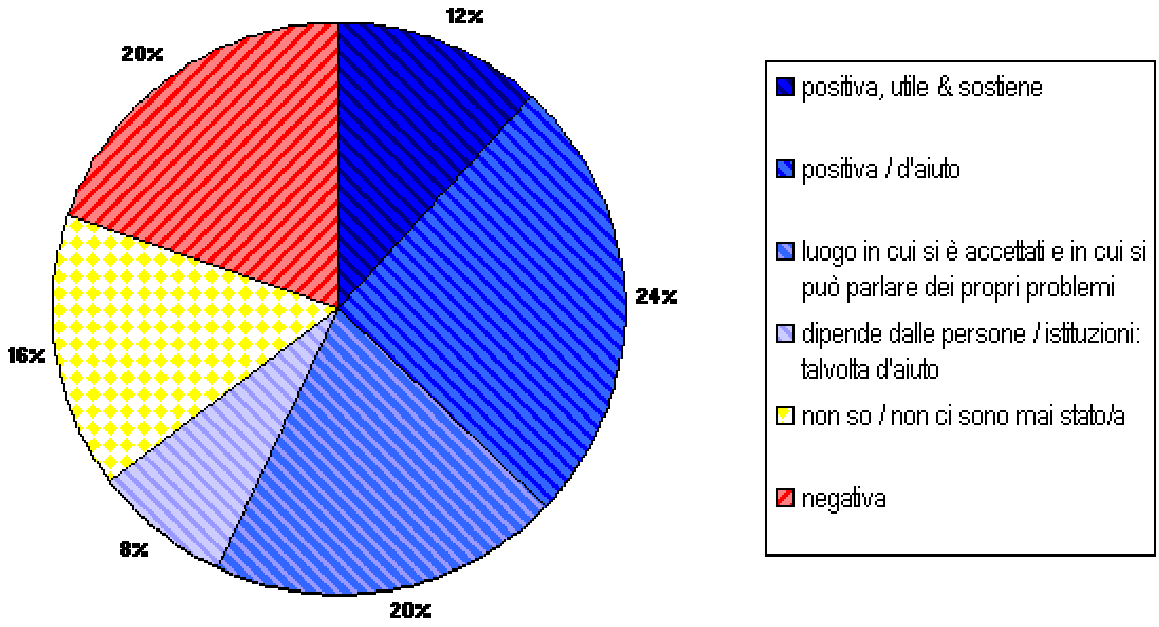
Qui di seguito i consumatori di oppiacei hanno valutato diversi setting di trattamento. In tale frangente le domande sono state formulate in modo aperto e i consumatori dovevano fornire una motivazione alle proprie risposte. Si trattava di valutazioni generiche dei setting corrispondenti, ma nelle risposte spesso sono state fatte osservazioni specifiche alla situazione attuale nel Canton Ticino.

Medico di famiglia: la maggior parte dei consumatori ha vissuto positivamente i medici di famiglia (il 68% delle persone che hanno risposto, N=51). In particolare è stato messo in evidenza il ruolo positivo del medico di famiglia al momento dell'inizio di una terapia della tossicodipendenza. I medici di famiglia vengono percepiti come persone che sensibilizzano i tossicodipendenti affinché si accorgano che sussiste un problema. Essi sono inoltre considerati d'aiuto nella scelta della terapia. Dal punto di vista dei consumatori della droga la funzione principale sussiste però nel compilare prescrizioni e rendere così possibile la sostituzione come pure l'attenuazione di sintomi secondari.

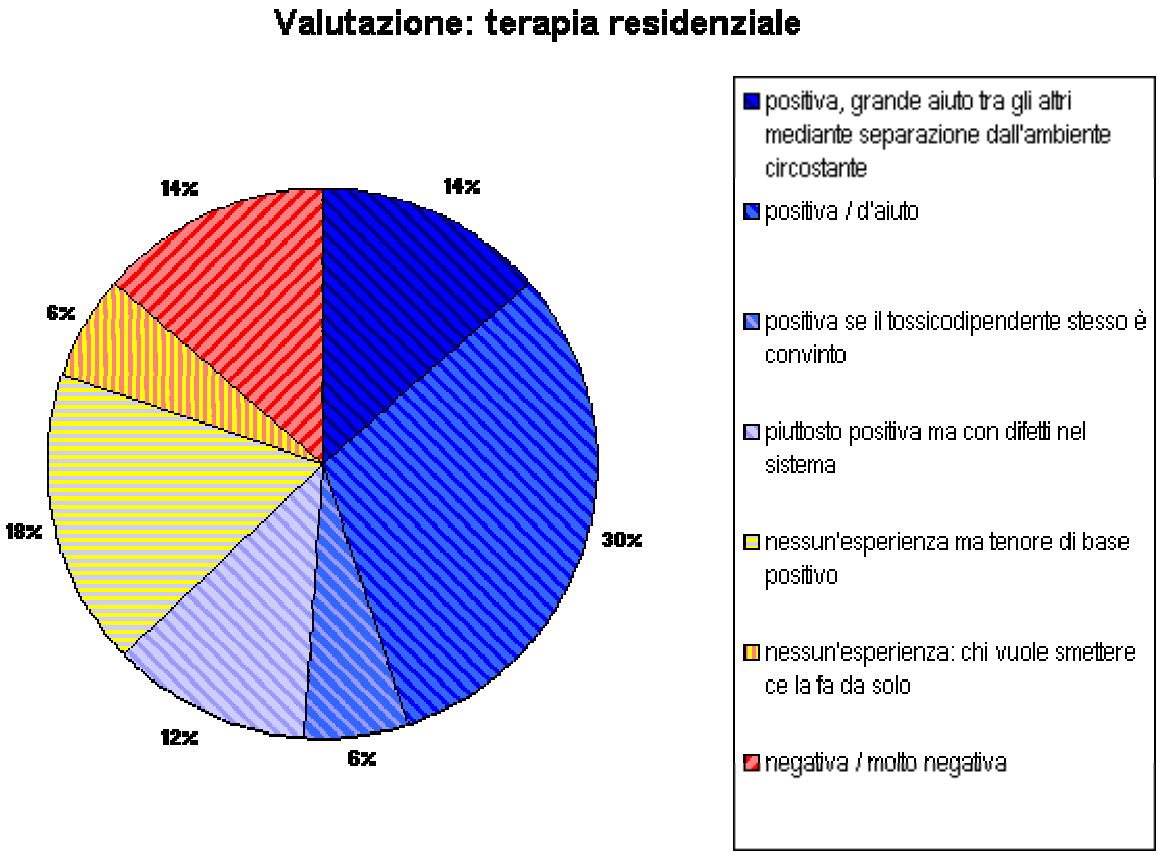


Centro terapeutico per tossicodipendenti: un trattamento ambulatoriale in un centro per tossicodipendenti è stato valutato un po' meno positivamente del medico di famiglia; ciononostante la maggioranza delle persone che hanno risposto ha vissuto tale trattamento come positivo e d'aiuto (56%, N=51). Il 20% di tutte le persone che hanno risposto ha però dato una valutazione negativa di questa forma di trattamento. Nelle risposte la maggior parte di essi ha fatto riferimento a esperienze personali con le antenne. Nella valutazione di questa possibilità di trattamento si attira spesso l'attenzione sul fatto che essa fornisce un aiuto per passare ad altre sostanze e a trasmettere così stabilità e sostegno, ma al prezzo di abbandonare l'astinenza quale obiettivo. Per raggiungere questo obiettivo le persone intervistate corrispondenti individuano la via maestra nella terapia/comunità residenziale. Alcune di queste persone hanno pure affermato esplicitamente di essere favorevoli a una terapia residenziale, di non essere però soddisfatte dell'attuale offerta delle antenne in Ticino. Questo malcontento potrebbe forse derivare dal fatto che in tali istituzioni si è accettati e si può parlare di problemi, ma che offrono troppo poco aiuto concreto: il 24% delle persone che hanno risposto si è espresso in tal senso.

Valutazione: centro terapeutico per tossicodipendenti

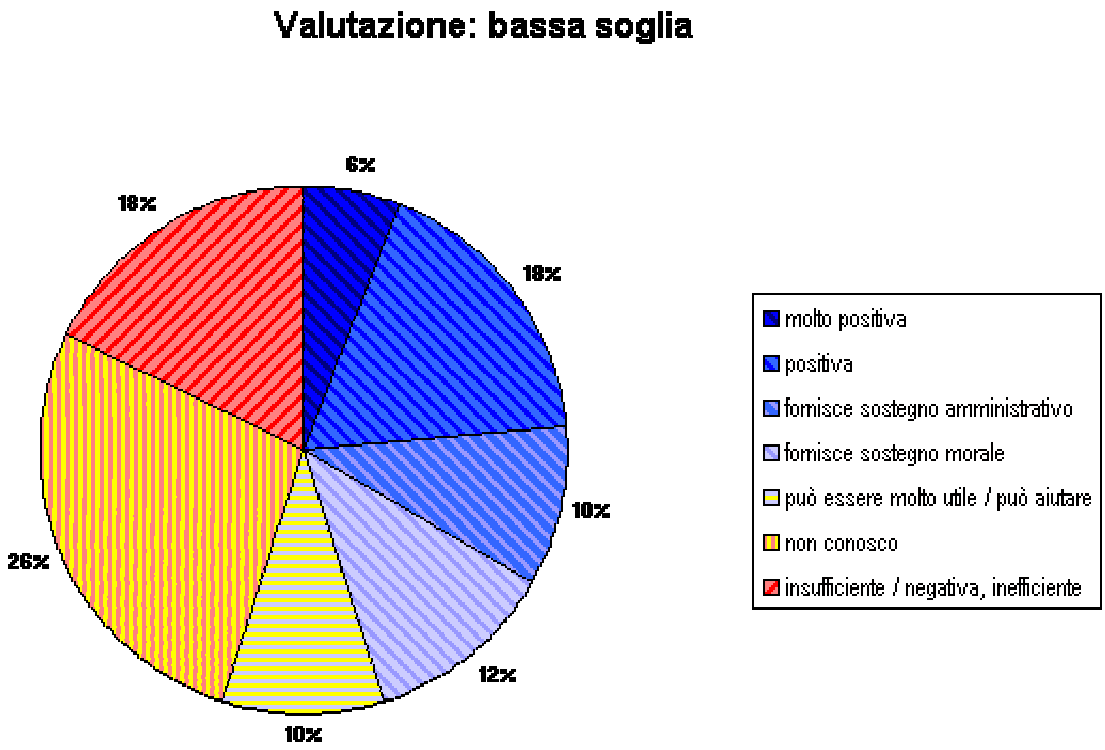


Terapia residenziale: pure le terapie residenziali vengono valutate positivamente pure dalla stragrande maggioranza degli utenti. Soltanto il 20% si è espresso negativamente a questo riguardo. Come già accennato, questa forma di terapia è designata dalla maggioranza dei consumatori quale via maestra per riuscire a disintossicarsi. Questa diagnosi inattesa potrebbe essere in relazione con la maggiore densità di istituzioni residenziali in Ticino. Quale motivazione di questa valutazione si evidenzia che la terapia residenziale toglie il tossicodipendente dal suo ambiente ordinario e lo aiuta a rispettarsi e dunque a costruire la capacità di autocontrollo. Pure il contatto e lo scambio con altri compagni di sventura sembra essere considerato importante. Quale rovescio della medaglia viene indicata una limitazione della propria libertà. Dopo la dimissione alcuni sembrano pure avere difficoltà a riambientarsi nella realtà e a non subire ricadute. Si nota inoltre che solamente circa un quarto (24%) degli intervistati non ha vissuto alcuna esperienza con una terapia residenziale, vale a dire che le affermazioni potrebbero essere rappresentative unicamente per un tale gruppo.



In linea di massima pure **l'assistenza ambulatoriale a bassa soglia** è valutata positivamente. Quale motivazione di questo giudizio viene addotto soprattutto che questo genere di intervento dà un sostegno morale ai consumatori, così come fornisce consigli in ambito amministrativo per quanto concerne il comportamento sul posto di lavoro o nei rapporti con le autorità. E benché la maggior parte dei consumatori sia in fondo soddisfatta del lavoro dell'assistenza a bassa soglia, spesso viene aggiunto che essa contribuisce poco a indirizzare la persona verso l'inizio di una terapia. Un quarto (il 26% di tutti gli intervistati) non aveva mai fatto capo a un'assistenza ambulatoriale a bassa soglia.

Per quanto attiene alla situazione attuale in Ticino, il quadro di offerte a bassa soglia è stato giudicato insufficiente.



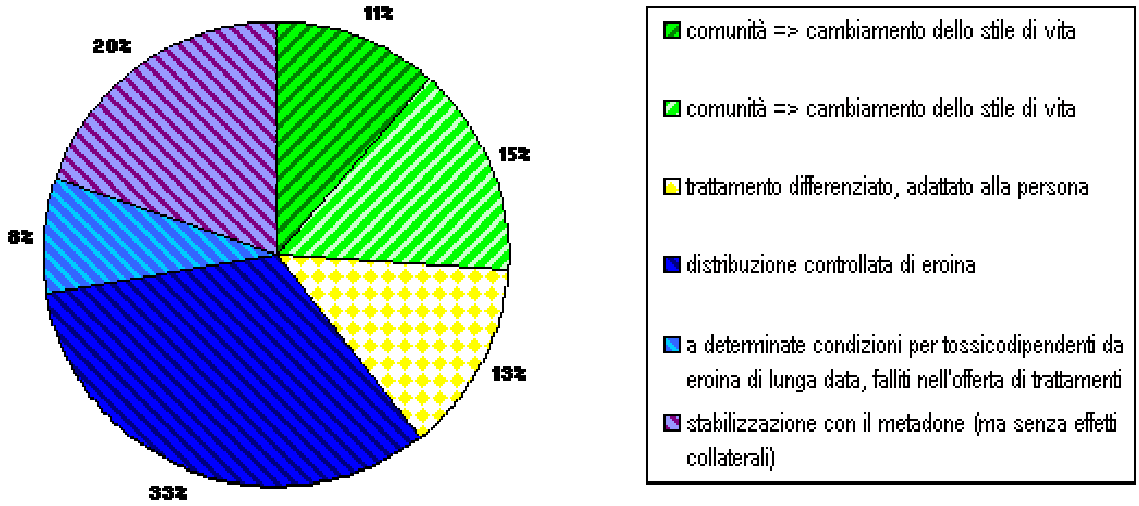
Offerta ottimale di trattamenti

Come si presenterebbe un'offerta ottimale di trattamenti per il Canton Ticino? Qui di seguito sono dapprima esposte le opinioni dei consumatori di droga e in seguito le affermazioni degli altri esperti.

Qual è il trattamento considerato ottimale dai consumatori e tossicodipendenti? Il prossimo grafico fornisce informazioni più dettagliate al riguardo. Si possono distinguere tre gruppi diversi di risposte:

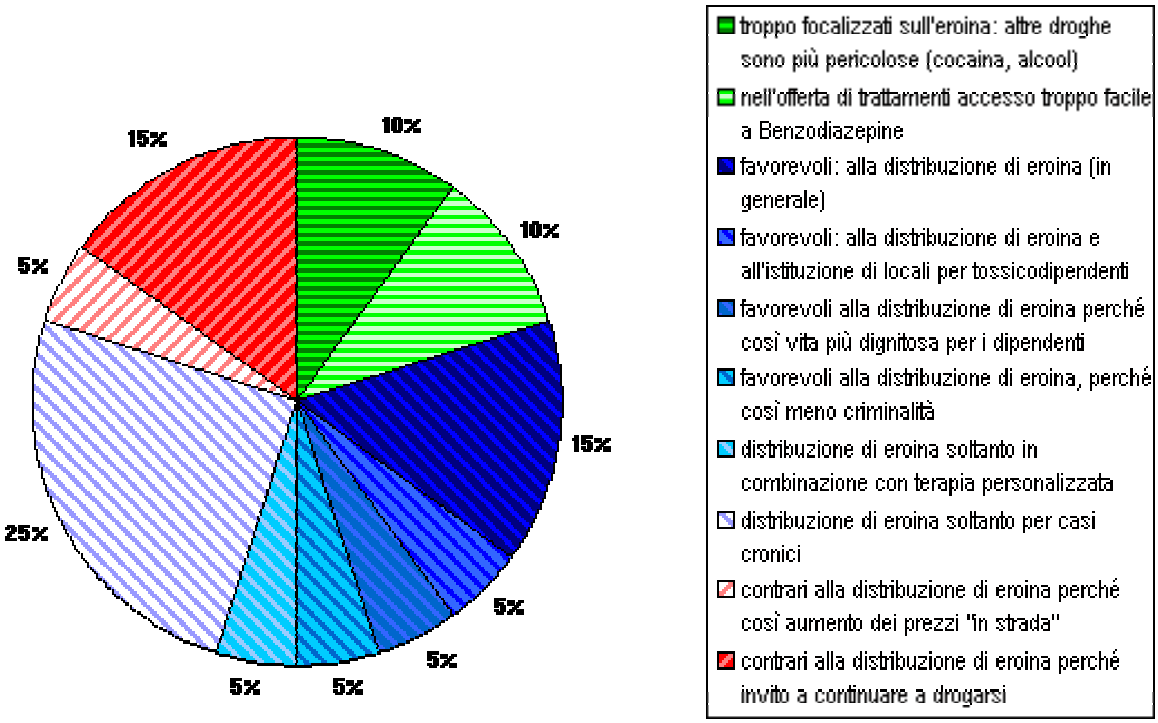
- **Terapie sostitutive:** la maggioranza dei tossicodipendenti vede nella sostituzione di oppiacei la terapia ottimale (il 61% di tutte le risposte N=61). Per la maggioranza (il 68%) di coloro che vedono nelle terapie sostitutive la forma ottimale di trattamento, il trattamento basato sulla prescrizione di eroina figura in prima posizione. Vi sono differenze per quanto riguarda l'esatta impostazione. L'8% di tutte le risposte (il 14% di tutte le risposte che vedono nella sostituzione la forma ottimale di trattamento) considera un trattamento basato sulla prescrizione di eroina piuttosto quale terapia "last resort" per tossicodipendenti di lunga data che hanno ottenuto solo insuccessi con l'offerta di trattamenti. Secondo le persone che hanno risposto in questo senso i tossicodipendenti più giovani dovrebbero dapprima essere sottoposti a un trattamento con il metadone. Il 20% (il 32% di tutte le risposte che vedono nella sostituzione la terapia ottimale) considera il metadone quale trattamento ottimale, ove però quasi tutte di queste persone sottolineano che un trattamento con il metadone sarebbe ottimale unicamente se privo degli effetti collaterali risentiti. Altrimenti detto: essi desiderano la sostituzione mediante un oppiaceo con un'azione più lunga dell'eroina, ma senza gli effetti collaterali del metadone, da molti percepiti come seri.
- **Terapie di astinenza:** complessivamente il 26% di tutte le risposte dei tossicodipendenti ha indicato la terapia di astinenza quale terapia ottimale. La maggioranza in questa categoria ha indicato quali ottimali in particolare le comunità terapeutiche che portano a un cambiamento dello stile di vita.
- Una minoranza qualificata del 13% non ha indicato alcun genere di terapia quale ottimale, ma considerava la "terapia ottimale" come dipendente dal contesto. Altrimenti detto: secondo il parere di queste persone non vi è una terapia ottimale; a seconda dell'individuo e delle sue inclinazioni dovrebbero invece essere impiegati approcci di terapia differenziati.

Trattamento ottimale desiderato dai consumatori di / dipendenti da oppiacei



Le indicazioni fornite qui sopra con riferimento all'offerta ottimale di trattamenti sono ancora rafforzate da una domanda aperta posta al termine dell'indagine, relativa a ulteriori punti/desideri. Il 40% di tutte le persone che hanno risposto si è qui espresso spontaneamente in favore della distribuzione di eroina o di altri medicamenti. Nuovamente la maggioranza delle persone che hanno risposto (il 60% di quelli che si sono espressi in merito) era favorevole a una distribuzione di eroina.

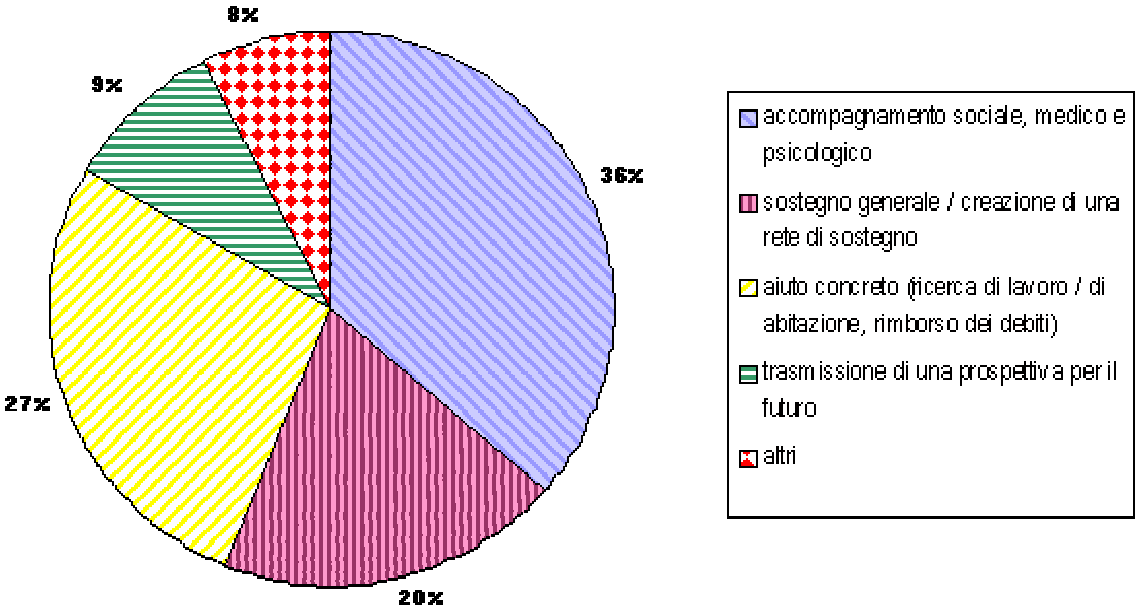
Risposte alla domanda aperta finale relativa all'offerta di trattamento



Dato che nelle descrizioni del trattamento ottimale i consumatori di oppiacei e i dipendenti da oppiacei hanno fatto poche esternazioni spontanee in relazione alla terapia psicosociale secondaria e ad altri interventi sociali, in questo frangente è stata posta la domanda esplicita.

Qui di seguito sono dapprima esposte le opinioni dei consumatori di droga per confrontarle in seguito con le affermazioni degli altri esperti.

Requisiti socio-psicologici alla terapia ottimale dal punto di vista dei consumatori di droghe / tossicodipendenti

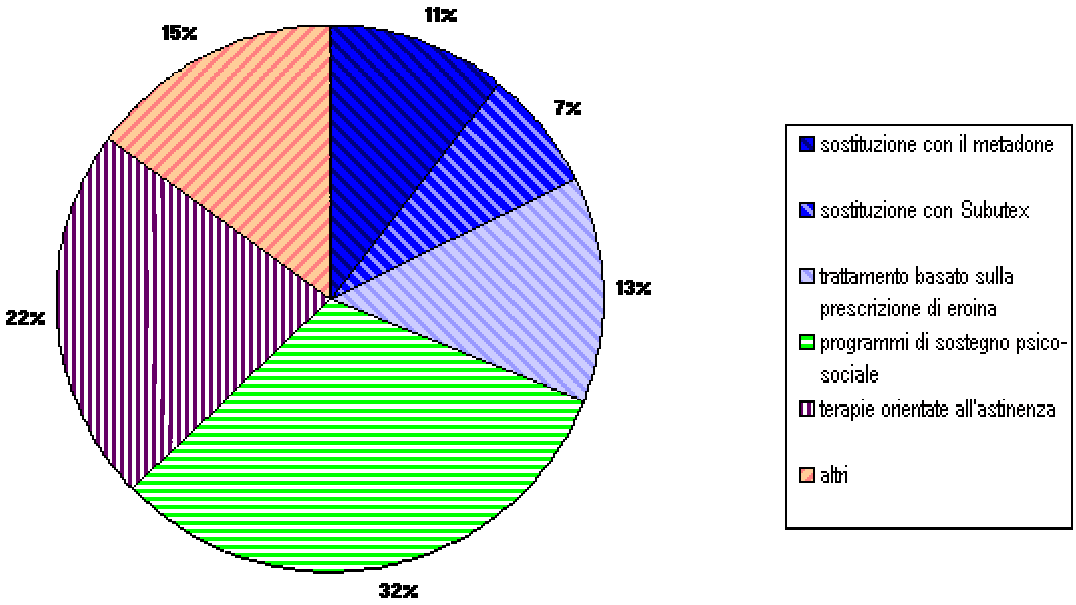


Secondo il grafico precedente le risposte dei consumatori di droga possono essere suddivise in quattro categorie di risposta:

- **Accompagnamento sociale, medico e psicologico integrato :** la maggior parte delle risposte (il 36%, N=66) desidera un ampio sostegno in più settori. La maggioranza delle persone che hanno risposto auspicherebbe che l'offerta delle antenne venisse ampliata con un'assistenza ambulatoriale medica, ad esempio ai sensi dell'offerta dei Drop-In del Canton Zurigo.
- **Sostegno generale rispettivamente creazione di una rete di sostegno:** il 20% di tutte le risposte vedeva il punto chiave di una terapia di successo nella costruzione di una rete sociale di amicizie e di sostegno, al di fuori dalla dipendenza.
- **Aiuto esistenziale concreto:** il 27% delle risposte desiderava maggiori aiuti concreti da parte delle istituzioni nella ricerca di lavoro e di un'abitazione o nel rimborso dei debiti.
- **Prospettiva per il futuro:** Un piccolo gruppo di persone che hanno risposto chiede già quasi l'impossibile: la trasmissione di una nuova prospettiva per il futuro.

La tabella seguente mostra le risposte degli esperti per quanto attiene al miglior metodo terapeutico:

Miglior(i) metodo(i) terapeutico (-ci) secondo gli esperti



La maggioranza delle risposte menziona qui la terapia di astinenza e il sostegno psicosociale. Le valutazioni guadagnano in chiarezza se si aggiungono le risposte ad altre domande: secondo il parere degli esperti nella modifica e differenziazione dell'attuale offerta di trattamenti andrebbe posto in primo piano il trattamento della co-morbidità, vale a dire il trattamento di disturbi psichiatrici che compaiono contemporaneamente alla dipendenza da oppiacei. Di questa categoria fanno pure parte altri disturbi nel settore delle dipendenze quale la dipendenza ulteriore dalla cocaina. In totale 15 esperti su 48 (il 31%) ha nominato questo trattamento quale passo importante sulla via verso un'offerta ottimale di trattamenti.

Per quanto attiene all'offerta ottimale di trattamenti risultano differenze importanti tra le opinioni di persone dipendenti da oppiacei e gli altri esperti. Mentre la maggioranza delle persone dipendenti da oppiacei pone in primo piano le terapie sostitutive, in particolare il trattamento basato sulla prescrizione di eroina, gli esperti indicano quale passo più importante sulla via verso un'offerta ottimale di trattamenti il completamento del sistema attuale con un trattamento adeguato delle co-morbidità (diagnosi doppie).

4. Conclusioni e raccomandazioni

Quanto finora esposto ha evidenziato diversi punti:

- Il Canton Ticino presenta un numero considerevole di offerte di prestazioni d'aiuto o per il trattamento di tossicodipendenti, che spaziano dal sostegno sociale fino al trattamento psichiatrico specializzato di persone con più di un disturbo psichico.
- Quest'offerta è accettata di buon grado da molti interessati.
- Benché esista una grande varietà di offerte, a causa della mancata integrazione e messa in rete di offerte di trattamento e di aiuto, sia all'interno del settore medico che tra quello medico e quello (psico-) sociale, l'offerta di trattamento per persone dipendenti da oppiacei non riesce però a sfruttare il suo vero potenziale.
- Vi è una minoranza di tossicodipendenti non integrati di circa 100-200 persone cui sarebbe probabilmente possibile fornire un aiuto migliore mediante un'estensione e l'integrazione dell'offerta di trattamento e di assistenza.

Come potrebbe presentarsi una tale estensione e integrazione? Quale elemento più importante raccomandiamo **la creazione di due centri di competenze per il trattamento ambulatoriale**, che concentrano sotto un unico tetto molte delle offerte finora esistenti. In questo genere di centri dovrebbe confluire da una parte il lavoro finora svolto dalle antenne, ma inoltre essere offerto pure il trattamento sostitutivo ambulatoriale come pure il trattamento di co-morbidità somatica (HIV, infezione da epatite C) e psichica (depressioni, disturbi d'ansia). Per i disturbi più frequenti di co-morbidità asse 1 di persone dipendenti da oppiacei, da sostanze e disturbi affettivi (gruppo di lavoro HeGeBe (trattamento basato sulla prescrizione di eroina), 2002; Frei & Rehm, 2002), i trattamenti ambulatoriali sono di regola possibili e hanno successo. Soltanto i casi gravi potrebbero essere trattati, come finora, a livello residenziale nella clinica psichiatrica.

I centri proposti dovrebbero dunque diventare parte di una rete generale assieme ai medici di famiglia come pure ad altre istituzioni specializzate, quali istituzioni residenziali orientate all'astinenza e la clinica psichiatrica.[14] I neocostituiti centri di competenza dovrebbero servire in particolare al trattamento di pazienti problematici; questo trattamento può essere definito come segue:

- trattamento di persone che attualmente non sono ancora o non sono più integrate nell'offerta di trattamenti, ad esempio nei casi di importante deficit di integrazione sociale o co-morbidità psichica;
- Presa a carico di pazienti provenienti dall'ambulatorio del medico di famiglia, che non presentano progressi nel trattamento e continuano a consumare illegalmente eroina e/o cocaina in quantità notevole.

[14] L'idea della rete dovrebbe realizzarsi mediante un sistema di trasferimento degli utenti che funzioni senza intoppi in entrambi i sensi, con tempi d'attesa da esigui a inesistenti tra i medici di famiglia e i centri, tra le istituzioni residenziali e i centri e tra la clinica psichiatrica e i centri.

Tali centri dovrebbero inoltre fungere quali centri di riferimento per domande dei medici di famiglia, sviluppare trattamenti ambulatoriali modello e offrire aggiornamenti professionali.

Come dovrebbero essere organizzati tali centri di competenze e quali dovrebbero essere le prestazioni offerte a quali persone? Assieme agli esperti consideriamo qui come necessari i seguenti elementi minimi, che possono essere strutturati in maniera modulare:

- le offerte di assistenza sociale per la (re)integrazione (vale a dire le offerte attuali delle antenne)
- l'assistenza psicosociale e l'intervento
- la terapia sostitutiva
- l' offerta di trattamenti ambulatoriali di co-morbidità nei seguenti settori:
  - politossicomania => offerta di trattamenti ambulatoriali di polidipendenze risp. consumo problematico in particolare di cocaina, alcol e/o benzodiazepine
  - co-morbidità psichica => offerta di trattamenti ambulatoriali in particolare di disturbi depressivi e d'ansia
  - co-morbidità somatica => offerta di trattamenti ambulatoriali in particolare delle malattie infettive HIV/AIDS (terapia antivirale) come pure dell'epatite C (terapia con interferone risp. terapia di combinazione interferone/ribavirina)

Per quanto riguarda l'inclusione di trattamenti basati sulla prescrizione di eroina (ted. HeGeBe) ci esprimiamo in favore dell'inclusione a livello di principi di tali terapie per diversi motivi:

- tra le persone dipendenti da oppiacei vi è un bisogno notevole in tal senso.
- la terapia basata sulla prescrizione di eroina non è soltanto accettata dai tossicodipendenti ma vi è persino il desiderio esplicito di poter beneficiare di tale genere di terapia. L'offerta di terapie basate sulla prescrizione di eroina potrebbe dunque servire quale incentivo e passo iniziale per persone che finora non si sono sottoposte a trattamenti, affinché vengano integrate nell'offerta di trattamenti.

La terapia basata sulla prescrizione di eroina non dovrebbe però ricoprire un ruolo centrale, bensì costituire una tra tante offerte nei centri di trattamento. È vero che secondo le nostre analisi sussiste attualmente un bisogno chiaro di questo trattamento, ma attraverso spostamenti nell'offerta risp. nelle abitudini dei consumatori può insorgere molto rapidamente una situazione che porta la cocaina a essere la droga principale nell'ambiente della droga a livello ticinese. Centri di trattamento integrati, costruiti in maniera modulare, sono all'occorrenza in grado di rispondere in modo flessibile a questo genere di cambiamenti nel bisogno e a offrire trattamenti e aiuti adeguati a questo nuovo bisogno.

Perché dovrebbero essere creati due centri? Da una parte la divisione storica in Sopraceneri e Sottoceneri suggerisce una tale ripartizione. Dall'altra parte, e non indipendentemente da ciò, anche le antenne sono organizzate in tal modo. In terzo luogo le offerte sostitutive richiedono visite frequenti dei pazienti, particolarmente problematiche nel

trattamento basato sulla prescrizione di eroina, con tre visite al giorno, e un tale utilizzo è possibile unicamente a livello locale. Per quanto riguarda il fabbisogno potrebbe addirittura darsi che siano necessari più di due centri nel Cantone, ma per il momento ci esprimiamo in favore di due centri nelle città con attualmente il maggior numero di tossicodipendenti e con il ricorso maggiore alle antenne per problemi di oppiacei (Lugano e Bellinzona). Eventualmente si potrebbe riflettere su un satellite a Locarno.

La descrizione delle mansioni nei centri proposti richiede un team interdisciplinare che dovrebbe essere composto di medici, assistenti sociali e psicologi. Per quanto riguarda l'assistenza psicosociale è certamente possibile far capo all'esperienza delle antenne. Nel corso della garanzia della qualità nell'ambito del trattamento basato sulla prescrizione di eroina è chiaramente emersa l'importanza assunta da quest'assistenza (dissertazione Hosek). Per quanto riguarda l'assistenza medica occorre tener conto delle esperienze acquisite nel trattamento con il metadone e in quello basato sulla prescrizione di eroina. Importante è qui che sussistano pure conoscenze inerenti al trattamento ambulatoriale efficace di disturbi legati alla co-morbidità.

I costi per i centri integrati ammontano nella media svizzera a CHF 59.45 per paziente/giorno per l'anno 2002 (informazione UFSP). Occorre però osservare che per quanto concerne tali costi vi è una variazione considerevole tra i diversi centri esistenti in Svizzera (per l'anno 2002 tra CHF 34.- e 125.- al giorno per paziente), variazione che si spiega in parte con la quota dei vari trattamenti (in particolare metadone/buprenorfina vs. eroina).

Quali ulteriori raccomandazioni possiamo fare? Anzitutto andrebbe **mantenuta la struttura attuale di un'offerta mista di offerte di trattamento ambulatoriali, soprattutto nell'ambito della sostituzione, e un'offerta residenziale orientata all'astinenza**. La terapia residenziale, anche se attualmente molto criticata, adempie una determinata funzione nel sistema complessivo. Da un lato vi sono passaggi dal sistema sostitutivo e addirittura dal trattamento basato sulla prescrizione di eroina verso il trattamento residenziale orientato all'astinenza (Rehm et al., 2001), dall'altro lato l'indagine presso le persone dipendenti da oppiacei stesse ha mostrato che la terapia residenziale rappresenta per molti una speranza che la situazione attuale non sia definitiva. Dovrebbero però esistere criteri più chiari che finora, a sapere chi dovrebbe beneficiare quando di quali offerte di trattamento. La mera autoassegnazione non dovrebbe essere un motivo sufficiente per iniziare una terapia residenziale costosa, eventualmente dovuta a un'indicazione errata, nell'offerta specializzata di trattamenti.

Una raccomandazione ulteriore concerne la creazione di **offerte a bassa soglia**. Queste potrebbero eventualmente, ma non necessariamente, essere inserite nei centri proposti, con entrata separata, per ovviare alle paure di stigmatizzazione dei tossicodipendenti e per rispondere ai desideri di anonimato e riservatezza. La creazione di offerte a bassa soglia potrebbe pure servire a integrare maggiormente nell'offerta di trattamenti i tossicodipendenti che attualmente si trovano al di fuori della medesima.

Per quanto attiene alla terapia sostitutiva con il metadone dal nostro studio emergono due raccomandazioni: da una parte andrebbe aumentata la dose media nel Canton Ticino. Non sussiste alcuna motivazione o giustificazione empirica del dosaggio attuale. In secondo luogo si consiglia di gestire in modo più anonimo, vale a dire meno

visibile, la distribuzione di metadone nelle farmacie, ancora una volta per ovviare alla risentita stigmatizzazione dei tossicodipendenti.

5. Bibliografia

American Psychiatric Association (1995). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorder: Alcohol, Cocaine, Opioids. American Journal of Psychiatry, 152 (Supplementum).

Arbeitsgruppe HeGeBe Doppeldiagnosen (2002). Komorbidität: psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer Heroin gestützten Behandlung. Psychiatrische Praxis, 29: 251-257.

Bertschy, G. & Calanca, A. (1993). Choix de la dose de méthadone : la souplesse reste d´actualité. Médecine et Hygiène, 51: 2238-2241.

Bundesamt für Gesundheitswesen (1995). Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. Dritte Auflage. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

California Society of Addiction Medicine (1998). "Guideline for the Role and Responsibilities of Physicians in Narcotic Treatment Programs".

Christen, L., Christen, S., Grob, P., Schätzle, M. & Meili, D. (1996a). Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrigschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD "ZokL1" 1992-1996. Zürich: ARUD.

Christen, L., Christen, S., Grob, P., Schätzle, M. & Meili, D. (1996b). Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrigschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD "ZokL1" 1992-1996. Kurzfassung des Berichtes zu Handen des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: ARUD.

Cunningham, J.A. (2000). Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? Drug Alcohol Depend, 59 (3): 211-213.

Del Rio, M., Mino, A. & Perneger, T.V. (1997). Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. Addiction, 92 (10): 1353-1360.

Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office Department of Health and Social Services; Northern Ireland (1999). Drug Misuse and Dependence - Guidelines on Clinical Management. Norwich: HMSO.

Fahrlaender, A. & Piffaretti-Coello, N. (1996). Ricerca “TOXTI” (Tossicodependenza Ticino). Rapporto Finale. Bellinzona: Sezione sanitaria.

Frei, A., Greiner, R.-A., Mehnert, A., & Dinkel, R. (2000). Socioeconomic Evaluation of Heroin Maintenance Treatment - Final Report. In: Gutzwiller F, Steffen T, editors. Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Medical Prescription of Narcotics. Vol. 2 (pp. 37-130). Basel: Karger Verlag.

Frei, A. & Rehm, J. (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen: eine Metaanalyse bisheriger Studien. Psychiatrische Praxis, 29: 258-262.

Frei, A., Steffen, T., Gasser, M., Kümmerle, U., Stierli, M., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F.,

Uchtenhagen, A., & Forschungsteam PROVE (1998). Gesundheitsoekonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Soz Präventivmed, 43:185-194.

Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M., Metrebian, N., Reggers, J., Uchtenhagen, A., van den Brink, W. & van Ree, J.M. (2002). Heroin assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. European Journal of Public Health, 12: 228-234.

Klingemann, H.K. (1992). Coping and maintenance strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. Int J Addict, 27 (12): 1359-1388.

Klingemann, H. & Efionayi-Mäder, D. (1994). Wieviel Therapie braucht der Mensch? Sucht, Selbstheilungstendenzen und "Familie" als biographisches Leitmotiv. Schweiz Rundsch Med Prax, 83 (34): 937-949.

Krausz, M., Degkwitz, P., Kühne, A. & Verthein, U. (1998). Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. Addict Behav, 23: 767-783.

Liechti, F., Falcato, L., Dürsteler, K., Eich, D., Stohler, R. & Rössler, W. (2000). Methadondosierung und Heroinkonsum. Ein matched pairs design. Zürich: Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. (Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich – Nr. 7: November 2000).

Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millmann, R.B. & Langrod, J.G. (1997). Substance Abuse, A Comprehensive Textbood. 3rd Ed. Baltimore: Williams and Wilkins.

Quammou Lewis, M., Tschan, F., Tüller, N. & Seiler, A. (1996). Folgebehandlungen mit Methadon: Lässt sich der Eintritt in eine Folgebehandlung zum Zeitpunkt der Erstbehandlung voraussagen? Abhängigkeiten, 2: 4-22.

Raschke, P., Püschel, K. & Heinemann, A. (1999). Forschungsbericht: Drogenhilfe und Drogentod bei Heroinabhängigen in Hamburg von 1990 bis 1996. Hamburg.

Rehm, J. (1995). Modes de consommation et répartition des drogues en Suisse. In: Fahrenkrug, H., Rehm, J., Müller, R., Klingemann, H. & Linder, R. (Hrsg.), Drogues illégales en Suisse 1990-1993 (pp. 13-34). Zürich: Seismo.

Rehm, J. & Gmel, G. (2001). Alcohol, Illicit Drugs and the Global Burden of Disease. European Addiction Research (Special Edition), 7 (3).

Rehm, J. & Uchtenhagen, A., unter Mitarbeit von Dombrowski, D. (2001). Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF) (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 133).

Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. Lancet, 358: 1417-1420.

Robertson, J.R., Buchnall, A.B., Skidmore, C.A., Roberts, J.J. & Smith, J.H. (1989). Remission and relapse in heroin users and implications for management: treatment control or risk reduction. Int J Addict, 24 (3): 229-246.

Stimson, G.V., Fitch, C. & Rhodes, T. (1998). The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use. Geneva: World Health Organization – Substance Abuse Department.

van den Brink, W., Hendriks, V.M. & van Ree, J.M. (1999). Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands. Journal of Drug Issues, 29: 587-608.

6. Allegato

1) formazione degli intervistatori
2) materiale per l'indagine presso il tossicodipendenti
3) materiale in relazione all'indagine presso gli esperti
4) materiale per le interviste personali I/F