

SUPSI

Scuola Universitaria Della Svizzera Italiana

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale – DEASS

Corso Di Laurea In Cure Infermieristiche

Il motivo per il quale una persona con diagnosi da disturbi da uso di sostanze (eroina) inizia a disintossicarsi con una terapia sostitutiva a base di metadone: una ricerca qualitativa fenomenologica

Lavoro Di Tesi (Bachelor Thesis)

Di Gianatti Nicola

Direttore Di Tesi

D'Angelo Vincenzo

Manno 15 Gennaio 2023

Anno accademico: 2022 - 2023

ABSTRACT

Background

Le dipendenze possono portare grossi dispiaceri e sofferenze alle persone che ne sono toccate e ai loro famigliari e amici.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) afferma che nella Confederazione Svizzera, ci siano dalle 22'000 alle 27'000 persone che sono dipendenti da oppiacei. Nel 2010 le persone che seguivano una terapia sostitutiva con il metadone erano circa 16'500. Molti studi di lunga durata hanno evidenziato che la dipendenza da oppiacei è una malattia cronica, che richiede un accompagnamento terapeutico a lungo termine. Una terapia sostitutiva con metadone non riduce unicamente il consumo illegale di oppiacei e la mortalità. Essa deve essere visualizzata come un trattamento che abbia una regolare continuità e che in questo processo di lunga durata riesca a risolvere o a limitare i problemi di salute, sociali e personali del paziente.

Obiettivi

Gli obiettivi principali del mio lavoro di tesi sono quelli di comprendere quali sono i motivi principali che portano una persona dipendente da eroina a decidere di iniziare una terapia sostitutiva con il metadone. Successivamente, vorrei comprendere, quanto sia importante ed efficace il lavoro che viene svolto dagli infermieri e dalle altre figure sociosanitarie per le persone con diagnosi da disturbo da uso di sostanze, tramite le interviste fatte ai pazienti.

Metodologia

Il metodo da me utilizzato è quello qualitativo fenomenologico. Questo metodo mi permette di conoscere meglio, tramite le interviste le esperienze e i vissuti dei pazienti intervistati. Le interviste sono semi-strutturate, esse sono state effettuate presso il Centro di Competenza per le Dipendenze Antenna Icaro a Bellinzona. Le domande delle interviste che saranno in seguito messe a confronto con la teoria di riferimento, presentano 5 aree tematiche differenti: Esordio del consumo della sostanza, L'inizio della terapia con il metadone, La ricaduta e le sue problematiche, La relazione con il personale sanitario e sociale e Il cambiamento dei rapporti interpersonali.

Risultati

Attraverso i temi e le domande proposte durante le interviste ai pazienti, sono riuscito ad identificare all'interno di ogni area tematica delle risposte chiare, ricollegandomi in seguito alla teoria di riferimento. Da queste domande sono emersi: i motivi che hanno portato i pazienti ad iniziare a consumare eroina, i motivi che hanno portato il paziente alla decisione di iniziare una terapia con il metadone, i motivi per i quali i pazienti hanno avuto degli episodi di ricaduta. Inoltre è emerso se il ruolo degli operatori curanti è fondamentale per i pazienti con diagnosi da disturbo di sostanze e il consumo di sostanze legato ai rapporti interpersonali.

Conclusioni

Le motivazioni che spingono una persona tossicodipendente da eroina ad iniziare un percorso con una terapia sostitutiva con metadone sono plurime, variano dai problemi economici e lavorativi ai problemi con società e con le istituzioni. Inoltre si notano anche i problemi di salute che può creare la sostanza e il suo modo di assunzione. Come ultimo ma non meno importante i problemi nei rapporti con la propria famiglia e amici i quali in molti casi vengono compromessi a causa della sostanza.

1. INTRODUZIONE

1.1. Motivazioni Professionali:

La scelta del mio tema è nata grazie al mio stage presso l'Antenna Icaro di Bellinzona. Ho svolto lo stage come allievo infermiere. Il mio compito è stato quello di intrattenermi con pazienti tossicodipendenti, ascoltarli, recarsi presso i loro domicili, accompagnarli dal medico, accoglierli presso la struttura cercando di assecondare le loro richieste e preparare i diversi farmaci di cui necessitano. Oltre ai medicinali più comuni, avevo la possibilità di preparare i cosiddetti farmaci stupefacenti. Questa prima esperienza come infermiere nel campo della tossicodipendenza è stata per me molto istruttiva e interessante. Mi sono potuto rendere conto di quanto sia fondamentale la presenza di un aiuto come quello che offre "Antenna Icaro" e tutte le strutture che si occupano di pazienti che manifestano problematiche legate alla tossicodipendenza sul nostro territorio. Durante i due mesi di stage svolti ho maturato una passione per questa "branca" delle cure infermieristiche interessandomi ai diversi tipi di stupefacenti e ai loro effetti a lungo termine e ai diversi farmaci, spesso particolari che vengono messi a disposizione per contrastare la dipendenza da sostanze. Questa curiosità che si è autoalimentata grazie alla mia continua ricerca di risposte a dei quesiti più o meno "banali" che mi ponevo in continuazione riguardo il campo della tossicodipendenza, ha voluto diventare un trampolino di lancio per redigere la mia tesi di laurea.

Ascoltando vari colleghi e compagni universitari che frequentano dei corsi sanitari, mi hanno fatto capire che il tema della tossicodipendenza resta molto scomodo e sottovalutato sia dalla società, sia anche da molte figure professionali sanitarie e sociali. A livello professionale, redigendo questa tesi spero di riuscire in un prossimo futuro a sensibilizzare maggiormente le persone che non riescono a comprendere appieno questo argomento oppure lo evitano perché scomodo. Mi auguro inoltre che questa tesi mi porti maggiormente a riflettere sul ruolo dell'infermiere, facendo comprendere a chi lo leggerà che questa professione non viene unicamente svolta negli ospedali. La nostra mansione, infatti, è di fondamentale importanza anche sul territorio, dove, a mio modo di vedere, è un lavoro più dinamico e diversificato, il quale mi ha coinvolto maggiormente portandomi più stimoli, dandomi idee su come svolgere svariati progetti nel mio futuro professionale.

Non necessariamente quindi, una persona che ha una richiesta di aiuto (sia a livello fisico sia a livello psicologico) deve essere ricoverata in una determinata struttura, ma può restare anche al suo domicilio. Il paziente ovviamente ha la consapevolezza di avere a disposizione un'assistenza infermieristica e medica eccellente in caso di bisogno.

Optando per questo tema come tesi di laurea, mi aiuterà ad aumentare il bagaglio di conoscenze teoriche e di testimonianze, raccontate da chi ha vissuto in prima persona le problematiche che si presentano per un tossicodipendente. Questo mi permetterà nel mio futuro professionale di avere una maggiore conoscenza sul tema delle sostanze e dei medicinali che vengono utilizzati per contrastarle. Avrò una maggiore consapevolezza dei comportamenti e dei pensieri che potrebbero manifestarsi in una persona con una diagnosi di un disturbo da uso di sostanza e delle rispettive cure che dovrò mettere in atto come infermiere per limitare un agire sconsiderato dei pazienti che avrò in cura.

1.2. Motivazioni a livello personale:

Il mio elaborato di tesi tratta il tema della tossicodipendenza da eroina e del medicamento che viene utilizzato più spesso per riuscire a contrastare o limitare l'uso di questa sostanza stupefacente molto dannosa a livello psicofisico: il metadone. La mia curiosità mi ha quindi spinto a voler indagare il motivo del perché, proprio questa terapia sostitutiva a base di metadone, è stata negli anni la terapia più selezionata tra le persone che hanno avuto un problema di tossicodipendenza.

Ho scelto di approfondire questo tema in quanto durante lo stage che ho svolto mi sono trovato molto bene con i pazienti che avevo in cura. Sono riuscito ad acquisire maggiore sicurezza in me stesso e a prendermi tutte le responsabilità del caso, soprattutto nella consegna dei farmaci ai pazienti e nella preparazione del metadone da distribuire nelle dosi corrette.

Lo stage presso Antenna Icaro l'avevo scelto prevalentemente per pura curiosità, volendo scoprire un ambiente esterno al lavoro ospedaliero. Sono una persona aperta a nuove esperienze ed effettivamente provare uno stage un po' fuori dall'ordinario poteva risultare solo che interessante, considerando che sarebbe stata una totale novità per me. Con mia grande sorpresa lavorare a stretto contatto con il territorio, o meglio sul territorio, sempre con gli stessi utenti si è rivelato molto entusiasmante e motivante. Questo perché mi sono reso subito conto che nella presa in cura globale e a lungo termine si ha la possibilità di conoscere al meglio il paziente, le sue abitudini, le sue difficoltà e le sue necessità. Si dà anche la possibilità al paziente di conoscere noi curanti e di instaurare una migliore relazione paziente curante. Nei due mesi di stage ho potuto comprendere in prima persona di quanto il paziente necessiti del contatto relazionale e della sicurezza che trasmettiamo noi infermieri. Questo lavoro di tesi sono sicuro che mi aiuterà ulteriormente a migliorare le mie capacità relazionali con i pazienti. Durante questo lavoro, ho imparato che è molto importante ridurre ai minimi termini i pregiudizi che abbiamo verso altre persone, ma è basilare farsi un'idea personale della questione.

Durante il corso della vita dei pazienti con problemi di tossicodipendenza, si possono presentare anche problemi con la legge. Essi sono quindi spesso etichettati non solo quali tossicodipendenti, ma anche quali soggetti criminali. Questo ne aumenta il rischio di isolamento sociale. La piena comprensione da parte di noi curanti e la nostra assenza di pregiudizio deve essere qualcosa di fondamentale. Così facendo, si può solo migliorare la relazione con i pazienti.

1.3. Descrizione del mio tema

Vorrei inizialmente fare una breve introduzione sulle due sostanze protagoniste del mio lavoro di tesi: l'eroina e il metadone. Nonostante l'uso di eroina e di altri oppioidi, in Svizzera, sia diminuito dalla metà degli anni 90 ad oggi, ridimensionando anche il numero di decessi a causa di overdose da eroina (UFSP, 2020). Il problema non è ancora stato debellato. L'uso di eroina tutt'oggi tra la popolazione è molto difficile da quantificare, perché la gente che ne abusa tende a nasconderselo. L'eroina viene ancora consumata creando dei rischi a corto e a lungo termine non indifferenti (overdose, epatiti, HIV, problemi psicologici ed economici) per il tossicodipendente. Sono

interessato ad approfondire maggiormente la storia dell'eroina e quali sono i reali rischi e i danni che l'eroina può provocare ad una persona tossicodipendente.

Per la mia ricerca ho scelto l'uso del metadone quale terapia sostitutiva all'eroina.

Il metadone è il primo farmaco agonista utilizzato per combattere la tossicodipendenza da eroina. Al contrario della buprenorfina (un'altra tipologia di terapia sostitutiva all'eroina utilizzata in Svizzera) (Ingrado.ch) che è un agonista parziale dei recettori "mu", il metadone possiede delle caratteristiche oppiacee più prestanti agendo sugli stessi recettori dell'eroina con una grande similarità (I. Maremmani, A. G. I. Maremmani, M. Pacini 2013). Inoltre, dai dati forniti dall'UFSP nel 2010, è emerso che il metadone viene utilizzato come terapia sostitutiva per circa l'85% dei tossicodipendenti in Svizzera.

Per redigere una tesi di questo genere è essenziale che io comprenda chi è la persona con disturbi da uso di sostanze. Vorrei quindi dedicare un capitolo della mia tesi a ricercare i comportamenti di una persona tossicodipendente e quali sono i motivi psichici e fisici dal punto di vista scientifico che lo spingono a far uso di eroina.

Nella vita di una persona, infatti, la dipendenza è un fenomeno patologico evolutivo che nella maggior parte dei casi sfocia in una progressione cronica e si evidenzia una morbosa e continua riacutizzazione (E. Trogu, Pier Paolo Pani 2013). Il consumo di droghe fa adattare l'organismo alla necessità della sostanza utilizzata dal tossicodipendente per funzionare normalmente. Allo stesso tempo, la continua voglia psichica di assumere sostanze aumenta, in quanto la nostra mente cerca di ristabilizzare una situazione di benessere per evitare la comparsa di sintomi psichici come ansia e sbalzi d'umore. (Safezone.ch 2022)

Non dobbiamo dimenticarci che il ruolo dell'infermiere durante l'instaurarsi della relazione con un paziente tossicodipendente che sta svolgendo un percorso di cura con una terapia sostitutiva, non consiste solo nella somministrazione del metadone. Il trattamento della dipendenza da eroina, infatti deve essere considerato dall'infermiere con un aspetto multidisciplinare. Valutando di seguito tutte le problematiche del paziente (salute fisica, psichica, problemi nelle relazioni interpersonali e familiari, problemi sociali, lavorativi ecc...) per poi applicare un piano di cura adattato ad ogni paziente (Leopoldo.G, Francesca R. et al., 2014). Lavorare con i pazienti tossicodipendenti per identificare questa tipologia di problematiche non è per nulla scontato. Uno studio condotto da (Natan M.B et al. 2009) conferma che la difficoltà di dover lavorare con dei pazienti con diagnosi da dipendenza da sostanze è un fattore che altera la percezione del personale infermieristico nel fornire un'adeguata qualità nelle cure al paziente. Sembra perciò che più complicato sia il lavoro con pazienti che fanno uso di droghe, più bassa sia la percezione della qualità della cura da parte degli infermieri verso questi pazienti. Questo capitolo vorrei che mi aiutasse a comprendere quali sono le migliori strategie a livello teorico-scientifiche per una buona e corretta presa in cura di questi pazienti e l'atteggiamento da mantenere nei loro confronti.

Visto il tema principale della mia tesi, volevo visualizzare dall'aspetto teorico-scientifico, quali sono i motivi che spingono una persona tossicodipendente ad iniziare ad intraprendere un percorso di cura con il metadone. Secondo diversi studi è stato dimostrato che il metadone è effettivamente la terapia sostitutiva di miglior efficacia nell'aiutare i pazienti tossicodipendenti da eroina. Questo in quanto durante il periodo dell'utilizzo della terapia metadonica, i pazienti riescano a intraprendere un recupero della propria salute psichica, fisica e al reinserimento nei contesti sociali. (G. Serpelloni, M. Gomma et al. 1995)

L'abuso di droghe stupefacenti in Svizzera, si è manifestato sin dall'inizio degli anni '80 crescendo in modo massiccio per numero di consumatori abituali fino alla prima metà degli anni '90. In quegli anni, nel parco in pieno centro nella città di Zurigo, soprannominato "Platzspitz", si potevano vedere anche in pieno giorno scene aperte dello spaccio, dell'uso e dell'abuso di stupefacenti, soprattutto di eroina. Zurigo, in quegli anni, senza un reale controllo da parte delle autorità, era diventata "*la mecca europea dello smercio di eroina*" dove ogni giorno si radunavano dalle mille alle duemila persone per cercare una dose di eroina da iniettarsi (Swissinfo.ch, 2017).

Negli stessi anni del grande consumo di eroina è nato, sempre a Zurigo, il concetto di riduzione del danno. Un progetto iniziato dal Dott. André Seidenberg, da altri medici e farmacisti verso la metà degli anni 80 che chiedeva l'autorizzazione al Dipartimento della salute e all'associazione dei medici del Canton Zurigo la vendita e la distribuzione di siringhe per i tossicodipendenti. Pochi anni dopo, la confederazione, ha istituito "Il modello della politica dei quattro pilastri" che mira a ridurre il consumo di droga e le sue conseguenze negative per i consumatori e la società a lungo termine. (UFSP, 2017).

Durante il corso degli anni in alcune città della svizzera d'oltralpe, sono stati messi a disposizione dei locali di distribuzione e consumo di eroina strettamente sorvegliati dallo stato. Il consumo di questa sostanza non è concesso a tutti i pazienti con problemi di tossicodipendenza. Esistono delle regolamentazioni e disposizioni ben precise per poter consumare in questi luoghi.

Nel mio elaborato ho deciso di inserire questa prima parte introduttiva della storia inerente alla tossicodipendenza, in quanto essa possa fungermi da sostegno per la continuazione del mio quadro teorico. Inserendo inoltre anche la teoria in merito alla politica dei quattro pilastri e al significato di riduzione del danno (UFSP, 2017)

Nonostante l'utilizzo positivo del metadone che ne viene fatto, non dobbiamo sottovalutare gli effetti collaterali che potrebbero insorgere per chi lo assume. Il rischio principale è il sovradosaggio meglio definita come "*Overdose*". Una ricerca condotta da Sue Henry-Hedwars S, Gowing L, et al., (2003) ci segnala che la maggior parte delle morti da sovradosaggio avvengono nei primi giorni dall'inizio del trattamento. Un altro rischio che è da tenere in considerazione, nell'assunzione del metadone, è di natura cardiologica. Il trattamento con metadone è infatti associato all'allungamento dell'intervallo QTc dell'elettrocardiogramma (ECG) Maremmani I, Pacini M, et al., (2005). Ho scelto di inserire nella mia tesi questa tematica in quanto è importante che l'infermiere conosca questi effetti collaterali e sappia riconoscerli in tempo per prevenire gravi conseguenze.

Un altro dei problemi che colpisce le persone con disturbo da consumo di sostanze sono le ricadute. Questi episodi si manifestano quando il paziente consuma nuovamente dopo una fase di astinenza o durante il percorso di una terapia sostitutiva alla sostanza stupefacente.

Secondo Marlatt e Gordon (1985) ci possono essere due tipologie di ricadute: brevi "*lapse*" che sono risolvibili anche dal paziente stesso. E quelle più lunghe "*relapse*" che se non indagate, possono spesso portare a conseguenze negative. Nella stesura della mia tesi vorrei quindi comprendere gli svariati motivi che possono portare il tossicodipendente ad una ricaduta e quali possano essere i molteplici campanelli d'allarme.

1.4. Domanda di ricerca e obiettivi

Avendo lavorato in un centro a contatto con pazienti tossicodipendenti, ho potuto notare che esistono svariate motivazioni che hanno spinto le persone, con diagnosi da disturbo da uso di sostanze, a provare una terapia sostitutiva con metadone.

Dopo aver riflettuto su questa tematica in più occasioni, sono riuscito a comporre la mia domanda di ricerca:

“Quali sono i motivi per cui, una persona dipendente da eroina, inizia ad assumere il metadone come terapia sostitutiva”.

Gli obiettivi che vorrei raggiungere con questa tesi sono i seguenti:

- Indagare e comprendere quali sono effettivamente le motivazioni che spingono una persona tossicodipendente ad iniziare una terapia sostitutiva e quali sono le sue aspettative a lungo termine riguardo l'assunzione della terapia.
- Comprendere quanto sia importante e in che modo, per le persone tossicodipendenti, il ruolo dell'infermiere nella loro presa in cura.
- Poter verificare se le evidenze scientifiche che andrò a ricercare nella letteratura, rispetto alla mia domanda di ricerca, combacino o per lo meno siano simili alle risposte delle interviste che effettuerò ai pazienti.

1.5. Ricerca qualitativa fenomenologica

Per sviluppare il mio lavoro di tesi ho deciso di utilizzare come base strutturale il metodo di ricerca qualitativa. Essa, consiste nell'applicare modelli, metodi e strumenti ad una specifica situazione o ambito a livello professionale. Questi metodi possono variare ed essere utilizzati in diverse modalità, come ad esempio: interviste con professionisti, visualizzare dei protocolli assistenziali, effettuare dei questionari online o cartacei, pianificazione e documentazione di un intervento, metodologie educative e approcci riabilitativi, analisi organizzative e gestionali, soddisfazione dei pazienti (Direttive concernenti il lavoro di tesi (“Bachelor Thesis”) SUPSI.

La ricerca qualitativa fornisce la base della tipologia di ricerca. Secondo Leininger (1992) ci sono più di venti modi di ricerca qualitativa. Per poter avere un quadro completo della mia tesi di laurea, sottoporro quest'ultima ad un'attenta ricerca qualitativa fenomenologica.

Questa tipologia di ricerca viene utilizzata specialmente per concretizzare due tematiche:

- “Quando si vuole comprendere il significato di un vissuto esperienziale”
- “Quando le esperienze e i vissuti che interessano non sono ben descritti e/o esiste poca letteratura a riguardo”.

La ricerca qualitativa fenomenologica consente agli individui intervistati di descrivere il significato delle loro esperienze vissute riguardo una loro particolare tematica. Creswell (No data) nei suoi appunti ci spiega che la fenomenologia non si occupa solamente di un individuo, il ricercatore infatti deve occuparsi di più individui riguardo lo stesso fenomeno o concetto. In questo modo potrà comprendere cosa sperimentano le persone intervistate e i loro diversi punti di vista.

Trovo interessante poter utilizzare questo metodo in quanto sono convinto che un approccio diretto attraverso le interviste con le persone che raccontano fatti personali

realmente accaduti, rispondendo alle mie domande, possano anche darmi nuovi input ampliando così il discorso e ottenendo più “materiale” dal quale poter attingere per arricchire la mia tesi.

Tenendo in considerazione lo sviluppo dell'intervista, in base alle risposte che vengono date, si possono quindi utilizzare le domande già formulate in precedenza oppure reimpostarne di nuove. La domanda “migliore”, infatti, non deve essere sempre quella che ci siamo prefissati di porre, ma quella che si presenta secondo ciò che ci comunica la persona intervistata (Cardano, 2011).

Ho pensato inoltre, che essendo a diretto contatto con l'intervistato, non devo solo cogliere le sue parole, ma anche visualizzare i suoi stati d'animo, le sue espressioni, e la comunicazione para verbale. Cosa che ovviamente non potrei fare se mi riducessi a fare una ricerca solamente tramite le banche dati.

Avendo a disposizione unicamente dei trascritti, non si ha l'opportunità di comprendere cosa sia avvenuto di significativo durante le interviste (che possono fornire dei nuovi spunti e dare un forte impatto durante lo svolgimento delle stesse). Le interviste permettono di avere un accesso privilegiato dei punti di vista personali del paziente. Buona parte della ricerca qualitativa è interessata ai significati personali e alle narrazioni “in prima persona” dei soggetti (Stefano Biasi, 2011).

Per poter effettuare questa ricerca mi dovrò organizzare in modo preciso. Il mio metodo consisterà nell'intervistare almeno quattro persone con una diagnosi da disturbo da uso di sostanze con un'età che approssimativamente sia dai 25 ai 65 anni che sono attualmente in cura con una terapia sostitutiva a base di metadone. Le persone che intervisterò sono seguite presso il centro di “Antenna Icaro” a Bellinzona dove avranno luogo gli incontri.

Le interviste verranno interamente registrate e avranno la durata di circa 25-30 minuti. Nel corso dell'intervista avrò a disposizione un questionario già predisposto.

2. QUADRO TEORICO

2.1. Metadone

Il metadone, è un oppioide sintetico (gli oppioidi sintetici sono farmaci che vengono sintetizzati in laboratorio).

Il metadone è un agonista puro ¹ a livello dei recettori μ (mu) e κ (kappa).

Tuttora il metadone è considerato il medicamento standard per un TBS in caso di dipendenza da oppiacei. In molti individui che manifestano problemi di tossicodipendenza da oppioidi, il metadone se prescritto e utilizzato in modo corretto, riduce in modo considerevole l'uso di oppioidi che vengono assunti senza alcuna prescrizione (Newman e Whitehill, 1979)².

In Svizzera, questo medicamento oppioide, viene somministrato sotto forma di miscela racemica ³ ([R, S]-metadone), nella maggior parte dei casi come soluzione liquida da assumere per via orale (UFSP, 2013)

¹ Qualsiasi sostanza che legandosi al recettore (designato) ne modifica la conformazione e produce il 100% dell'effetto biologico atteso (Dr. E. A Loiacono, 2018).

² Nonostante si tratti di una fonte datata, mi è sembrata quella più semplice, precisa ed efficace da inserire nella mia scrittura in modo che il lettore possa ben comprendere il testo senza troppe difficoltà.

³ La miscela racemica è composta da una quantità equimolecolare di due enantiomeri. (molecole che sono immaginispeculari non sovrapponibili l'una dell'altra).

2.1.1 Farmacocinetica

La farmacocinetica secondo il “dizionario di medicina treccani” è intesa come lo studio dell’evoluzione in un certo lasso di tempo della concentrazione dei farmaci assunti nell’organismo. La farmacocinetica del metadone viene solitamente suddivisa in quattro fasi ben definite;

1. Assorbimento: Il metadone viene rapidamente assorbito per somministrazione orale ritrovandosi nel plasma entro 30 minuti dalla somministrazione, raggiungendo la massima concentrazione ematica (effetto analgesico massimo) nelle 3-4 ore successive con un effetto analgesico che inizia 45 minuti dopo la somministrazione. La durata dell’analgesia si protrae dalle 8-12h (inizialmente)
2. Distribuzione del farmaco nell’organismo: Si stima che circa l’85% del metadone che si immette nel plasma sia legato alle proteine presenti in esso; si è osservato al microscopio che il 44% si lega all’albumina⁴, per il 17% alle gammaglobuline⁵. Si è in seguito appurato che una parte del metadone, si lega anche alle alfa-globuline e alle beta-globuline⁶.
3. Metabolismo: il metadone viene metabolizzato soprattutto a livello epatico.
4. Escrezione: i “resti” del metadone che non sono stati utilizzati dall’organismo vengono escreti con la bile e nelle urine (EOC, 2018).

Nonostante questo ciclo sia uguale per tutti, non lo è per tutti il tempo di eliminazione (il tempo necessario per ridurre la quantità di un farmaco presente all’interno del proprio organismo almeno del 50%). Per il caso specifico del metadone questa eliminazione può variare dalle 15 alle 60 ore dopo l’assunzione. Questa eliminazione dipende anche da un’assunzione cronica oppure da un’inizio del percorso con questa TS. Per questo motivo è importante un attento aggiustamento del dosaggio del metadone soprattutto all’inizio della terapia metadonica (AIFA, 2020).

2.1.2 Effetto clinico:

L’effetto clinico del metadone si basa su due meccanismi principali:

In primo luogo, il metadone, in quanto è un agonista oppioide sintetico, produce degli effetti simili a quelli della morfina, che sopprimono i sintomi di astinenza per le persone tossicodipendenti da oppioidi.

In base alla dose e alla durata dell’utilizzo della terapia sostitutiva, l’assunzione per via orale di quest’ultima, può provocare una tolleranza che blocca l’effetto euforizzante e

⁴ L’albumina è una proteina plasmatica che si trova nel plasma che è prodotta dalle cellule epatiche. Essa svolge funzioni di trasporto per molti ormoni steroidei e per gli acidi grassi. Gerard J. Tortora & Bryan D. (2009) “Principi di anatomia e fisiologia”

⁵ Le gammaglobuline o immunoglobuline, sono prodotte dal fegato e dalle plasmacellule. Esse contrastano le infezioni virali batteriche. Gerard J. Tortora & Bryan D. (2009) “Principi di anatomia e fisiologia”

⁶ Le alfa e le beta globuline si rendono necessarie per il trasporto di ferro, lipidi e vitamine liposolubili. Gerard J. Tortora & Bryan D. (2009) “Principi di anatomia e fisiologia”

rapido indotto da altri oppioidi come ad esempio l'eroina tramite somministrazione parenterale, inalazione, aspirazione nasale (Medico e dipendenze Svizzera, 2022).

2.1.3 Effetti collaterali

Come ogni medicamento, anche il metadone può avere degli effetti collaterali, taluni di questi, se la terapia sostitutiva non viene gestita nel modo corretto dal medico, possono diventare potenzialmente letali (SSAM, 2006).

Il rischio principale infatti, può essere legato alla morte da sovradosaggio che si può verificare nella maggior parte dei casi nella fase di induzione ovvero all'inizio del trattamento verso il 3-4 giorno dall'inizio del trattamento con il metadone. Questo accade in quanto l'emivita del metadone è lunga e per questo assumendo il metadone più volte seppur in modo corretto, nel tempo può avvenire un sovradosaggio (I.Maremmani, 2014). In alcuni casi può succedere anche il contrario ovvero che possono manifestarsi dei sintomi di astinenza in modo transitorio visto che la quantità della terapia metadonica non è abbastanza per coprire totalmente il paziente durante la somministrazione tra una dose e l'altra. Questa instabilità è dovuta nella maggior parte dei casi al metabolismo della persona è importante quindi che le figure sanitarie siano al corrente di questa possibile problematica. La soluzione potrebbe essere quella di dividere la dose giornaliera in due momenti diversi della giornata. Questa decisione deve ovviamente essere presa dal medico incaricato che ha promosso il trattamento con il metadone.

Il profilo degli effetti collaterali che si possono manifestare assumendo il metadone è simile a quello di altri oppioidi. È possibile che durante la terapia il corpo del paziente, possa iniziare a tollerare alcuni di questi effetti e quindi non manifestarli. Altri invece (come stipsi oppure forte sudorazione) durano fino alla fine del trattamento e possono dare fastidio al paziente.

Dal punto di vista clinico è fondamentale che gli effetti collaterali vengano riconosciuti il prima possibile che si manifestano. Soprattutto questi: la depressione respiratoria, il rallentamento del transito gastrointestinale e le conseguenti costipazioni e nausea cronica, l'ipersudorazione e in casi dove si manifesta meno frequentemente, ma pericolosi per la salute del paziente, sono le problematiche create dalla conduzione cardiaca causate dal prolungamento del tratto QTc. Il trattamento con metadone è direttamente collegato all'allungamento dell'intervallo QTc del muscolo cardiaco il quale può essere visualizzato tramite un elettrocardiogramma ECG. Il compito dei curanti sarà quindi, quello di informare il paziente sui rischi cardiologici e di indagare se possano esistere delle controindicazioni nell'assunzione di metadone, dovute a delle problematiche cardiache già presenti nella sua sfera familiare e se presentate anche dal paziente possano mettere a rischio la sua salute. Viene quindi consigliato di eseguire puntualmente degli ECG soprattutto durante la fase di incremento del dosaggio. Inoltre è importante che le figure sanitarie (medici) conosca bene le interazioni tra farmaci e il metadone che possano ulteriormente prolungare il QTc (SSAM, 2006)

I sintomi di astinenza da metadone, dopo assunzione continua, sono pressochè uguali ai sintomi provocati dall'astinenza da eroina. Questi sintomi evidenziano il loro massimo il 3°giorno successivo all'interruzione dell'assunzione. Normalmente i sintomi d'astinenza dal metadone, possono durare pochi giorni in più rispetto ai sintomi dovuti all'astinenza da eroina (SSAM, 2006).

2.2 L'eroina

Tra il 1871 e il 1874 venne preparata una sostanza semisintetica chiamata diacetilmorfina e soprannominata poi eroina. Si pensava fosse un "rimedio eroico" che gestiva tutte le tipologie di dolore. La scoperta dell'eroina è stata molto discussa; si vocifera che la inventò Dresder nel 1874, un chimico tedesco di una nota casa farmaceutica, il quale le diede il soprannome. Secondo altri l'eroina venne invece scoperta pochi anni prima da Charles Wright, nel 1871 (U. Nizzoli, M. Pissacroia, 2002).

Verso la fine del 1800, venne poi commercializzata in grandi quantità dalle aziende farmaceutiche come medicamento ad utilizzo abituale. Dopo pochi anni però si notò subito che gli effetti che dava l'eroina erano più dannosi rispetto ai benefici. Ne fu riscontrata anche la sua dannosità a livello sociale, in quanto in quel periodo c'erano persone che ne facevano già uso regolare. L'eroina con il passare degli anni e i diversi pareri negativi di medici, etici e politici, venne considerata come una droga, che poteva provocare anche danni gravi con esiti mortali. Quindi non agiva come un normale medicamento. Nel 1924 infine, in svizzera l'eroina fu sottoposta alla legge federale sugli stupefacenti (LStup). Ciò stava a significare che la sua produzione doveva essere controllata: doveva essere dichiarato il commercio e doveva essere consegnata su prescrizione. Nel 1975 con la revisione di legge LStup, ne è stato annunciato il divieto di consumo. Nonostante ciò in svizzera esistono delle eccezioni fondate su scopi terapeutici o scientifici.

L'eroina in Svizzera oggi viene ancora consumata da persone tossicodipendenti. Essa, viene venduta principalmente "per strada" e spesso è mischiata (tagliata, nel gergo) con altre sostanze di minor prezzo per aumentarne il peso ed essere venduta a prezzi maggiori. Queste sostanze secondarie possono essere: gesso, glucosio o analgesici, ma anche sostanze tossiche che possono rendere l'eroina meno pura, ma soprattutto più pericolosa portando la persona che ne fa uso a rischi difficilmente calcolabili. (Dipendenze Svizzera 2019)

2.2.1 Effetti:

Durante il primo stadio ovvero, quando una persona inizia ad assumere l'eroina, si ritrova nella fase cosiddetta "luna di miele". Gli effetti acuti che crea l'eroina sono inizialmente molto gratificanti, in quanto consentono un enorme rilascio di dopamina, facendo percepire alla persona un forte momento di benessere, rilassamento, tranquillità e a volte può capitare di provare euforia. In questa prima fase, chi utilizza la sostanza lo fa in modo occasionale. Di conseguenza si è convinti che si possa smettere di farne uso in qualsiasi momento. Infatti se l'utilizzo dovesse venire interrotto non si evincerebbero dei segni di astinenza (E.Trogu, Pier Paolo Pani, 2014).

Nel secondo stadio, chiamato anche "fase delle dosi crescenti", il soggetto si rende conto che continuando ad assumere la stessa quantità di eroina, essa non produce più lo stesso effetto di rilassatezza e benessere rispetto alle prime assunzioni. La tolleranza della sostanza aumenta e questo induce il soggetto che ne fa uso ad aumentare la quantità d'assunzione. Compaiono anche di conseguenza i primi segni d'astinenza da sostanza. La persona che ne fa uso quindi, inizia ad avere i primi scompensi sociali: per cercare il quantitativo necessario al proprio consumo, potrebbe mettere in secondo

piano i suoi interessi o altri impegni quali la scuola o il lavoro. (E.Trogu, Pier Paolo Pani, 2014).

A partire dal terzo stadio, incomincia la vera e propria dipendenza. Gli effetti che la persona ormai tossicodipendente provava inizialmente sono raggiungibili unicamente con dosi di eroina elevate e nello stesso tempo l'astinenza diventa più persistente. I comportamenti che insorgono sono tipici della persona tossicodipendente come ad esempio la ricerca compulsiva della sostanza da assimilare. Da questo momento in poi, la persona con disturbi da uso di sostanze che deciderà di seguire una cura di disintossicazione avrà un maggior rischio di riscontrare, durante il suo percorso di disintossicazione, dei periodi di ricaduta, anche più volte per un numero imprecisato di anni. (E.Trogu, Pier Paolo Pani, 2014).

2.2.2 Rischi

I rischi possono essere molteplici. L'iniezione intramuscolare o intravenosa dell'eroina può provocare delle infezioni. Ci sono molti virus che possono insorgere a causa di siringhe infette, riutilizzate da più persone. I virus più frequenti sono l'AIDS (HIV) e quello dell'epatite. Fumare⁷ inalare⁸ o sniffare⁹ eroina invece danneggia le vie respiratorie, i polmoni, inoltre le mucose possono essere danneggiate.

Il consumo di eroina da parte di una persona tossicodipendente comporta sempre un rischio di overdose e di morte per overdose da eroina¹⁰ (Dipendenze Svizzera 2019)

Dobbiamo essere consapevoli che la persona che diventa tossicodipendente lo rimarrà per un lungo periodo di tempo. Una persona con una diagnosi da disturbo di sostanze, per riuscire definitivamente a smettere di consumare uno stupefacente, impiega in media più di 10 anni. Questo potrebbe includere quindi il rischio di più fallimenti durante l'interruzione dall'uso della sostanza, portando il paziente anche a modificare in modo profondo il suo funzionamento cerebrale, che fa credere al tossicodipendente di non poter più essere aiutato e curato alimentando così la ricaduta e l'utilizzo persistente della sostanza (E.Trogu, Pier Paolo Pani 2014).

2.3 Dove tutto, in Svizzera, ebbe inizio

Durante gli anni 80 e l'inizio degli anni 90, in varie località della Svizzera, ma soprattutto nella città Zurigo, in un parco in mezzo alla città chiamato Platzspitz, si era formata una vera e propria piazza della droga a cielo aperto. Il parco venne soprannominato

⁷ Fumare: Aspirare ed espirare il fumo della combustione del tabacco o di altre sostanze, spec. droghe (può indicare sia l'atto sia l'abitudine)

⁸ Inalare: introdurre o assorbire attraverso le vie respiratorie, a scopo medicamentoso, sostanze volatili oppure liquide o solide finemente polverizzate

⁹ Sniffare: Fiutare, aspirare con il naso, spec. cocaina e altre droghe in polvere.

¹⁰ Overdose da eroina: l'overdose è la causa più diretta di morte per l'uso di eroina, si manifesta associando eroina all'alcool o psicofarmaci, ma anche per concentrazioni di eroina diverse dalla roba utilizzata normalmente. I sintomi dell'overdose sono incoscienza o coma, depressione respiratoria, pupille a "spillo", riduzione della temp. corporea, bradicardia, assenza di risposta agli stimoli esterni, cianosi cutanea, anossia cerebrale e insufficienza cardio-respiratoria acuta.

“*Needle park*” ovvero, Parco degli aghi. In quel luogo erano presenti tossicodipendenti che provenivano da tutta Europa. In quegli anni si vive anche un cambiamento sociale rispetto l’assunzione delle droghe.

La società cambia il modo di interpretare il consumo di sostanze illegali: dapprima era considerato un simbolo di opposizione giovanile, in seguito l’uso della sostanza stupefacente viene interpretato come una scelta di vita e diventa un sintomo di disagio. La persona che ne fa uso viene quindi vista come un emarginato della società, malato e fragile a livello psichico. Da questo nuovo profilo che viene sviluppato dalla società, nasce la figura del “tossicodipendente” (V. D’Angelo SUPSI, 2021). Tutti gli abitanti e non solo, potevano vedere lo stato di degrado che vivevano questi giovani tossicodipendenti che frequentavano quotidianamente Needle Park. Era presente sporcizia ovunque, siringhe usate riversate nei prati. “I più attenti” le pulivano con dell’acqua e le riutilizzavano per iniettarsi la sostanza, che nella maggior parte dei casi si trattava di eroina. Durante quegli anni le morti dirette per overdose sono state molto numerose. Solo al Platspitz tra il 1987 e il 1992 si calcola che siano decedute 21 persone a causa della loro tossicodipendenza da eroina e circa 3600 persone, quasi tutti giovani, dovettero essere rianimate a causa degli elevati quantitativi di eroina che si iniettavano. In Svizzera si è calcolato che l’apice dei decessi per overdose è stato raggiunto nel 1992 con 419 decessi. L’emergenza di quegli anni a Zurigo e nel resto della nazione, ha contribuito a far prendere coscienza in Svizzera della problematica legata allo spaccio e al consumo di droghe pesanti. Da questa presa di posizione è nata negli anni successivi la nuova politica della droga supportata dalla Confederazione. Da più di 25 anni ad oggi, in svizzera, è presente la politica dei 4 pilastri. Questa modalità di combattere la tossicodipendenza è formata da 4 punti fondamentali: prevenzione, terapia, riduzione dei danni e repressione.

2.3.1 I quattro pilastri

Primo pilastro: promozione della salute, prevenzione e riconoscimento precoce

L’obiettivo che caratterizza questo primo pilastro è quello di aiutare la popolazione per facilitarla nella scelta di condurre la miglior qualità di vita possibile grazie a delle condizioni sociali imposte dalla legge, così che si possano evitare o ridurre le dipendenze e i comportamenti a rischio.

Questo pilastro favorisce delle misure di promozione della salute in un contesto generalizzato, cercando di far concepire delle risorse individuali che le persone mettono in atto per mantenere ottimale il loro stato di salute e la loro qualità di vita. Per fare ciò vengono suddivisi tre gruppi ben distinti:

1. **Bambini/adolescenti:** per garantire una buona promozione della salute dei bambini e degli adolescenti, viene favorita la sensibilizzazione nel praticare attività fisica regolarmente e ad avere delle corrette abitudini alimentari. Questo compito dovrebbe essere svolto principalmente dalla famiglia e dalla scuola in quanto formazione ed educazione hanno un ruolo centrale per lo sviluppo del bambino/ragazzo. Questi corretti comportamenti in futuro aiuteranno i bambini, ormai adulti, a fare scelte di vita più opportune e responsabili.

2. **Adulti:** per le persone adulte, si mira a preservare il più possibile la salute fisica e psichica, facendo mantenere alla persona la propria integrità sociale ed economica così che possa continuare a sviluppare maggiormente il proprio ruolo nella società.
3. **Anziani:** negli anziani secondo la politica dei quattro pilastri, viene considerato maggiormente il mantenimento della loro autonomia nella vita quotidiana, la prevenzione nella dipendenza nel ricevere cure e la riduzione della disabilità.

Nella prevenzione sono state emanate delle leggi di tipo normativo a livello cantonale e federale. Ad esempio, nel Canton Ticino, la vendita di alcolici può essere effettuata solo al di sopra dei 18 anni. In Svizzera molte disciplinari o processi penali per consumo, vendita o possesso di stupefacenti a dipendenza della sostanza e della sua quantità. Lo stesso vale per la vendita di tabacco a prezzi elevati; uno studio dell'OMS (2015), dimostra che un elevato costo del tabacco, è in grado di ridurre il consumo tra i giovani, anche di tre volte maggiore che negli adulti.

Per il riconoscimento di una possibile dipendenza, si invita la comunità a rafforzare le proprie risorse e conoscenze individuali riguardanti la propria salute ed il proprio benessere. Questo consentirebbe di identificare sul nascere i fattori che possono portare ad una dipendenza e a contrastarli immediatamente. Il metodo migliore per una persona che soffre di una dipendenza è quello di accettare la propria condizione e di chiedere subito aiuto. È importante dunque riconoscere precocemente problemi di salute, problemi a livello sociale, situazioni e periodi infausti o particolari della vita che potrebbero portare alla dipendenza da sostanze.

Secondo pilastro: terapia e consulenza

L'obiettivo del secondo pilastro è quello di poter dare un aiuto globale che sia efficace per le persone con problemi di tossicodipendenza. Ci si prefigge di fornire i mezzi per eliminare la loro dipendenza o almeno a essere in grado di limitarla e gestirla.

Terapia e consulenza hanno anche lo scopo principale di migliorare la qualità di vita, le condizioni fisiche e psichiche delle persone che soffrono di tossicodipendenza. In questo modo si favorisce anche di conseguenza la loro reintegrazione nella vita sociale, lavorativa e nell'indipendenza economica, nonché la possibilità di ricominciare una nuova esistenza, tenendo sempre sotto controllo il proprio stato di salute. Per fare ciò, grazie anche al miglioramento delle tecniche terapeutiche, esistono diverse modalità di sostegno: si dà l'opportunità al paziente, dopo la dimissione da una clinica di disintossicazione, di essere seguito attivamente. Questo permetterebbe al paziente tossicodipendente di avere accesso a cure e sostegno anche al di fuori di una clinica. Egli potrebbe beneficiare infatti di consulenze psicosociali, cure a domicilio e o partecipare a progetti di riabilitazione. La persona che soffre di tossicodipendenza può ricevere una consulenza medica e psicologica con la speranza di ridurre il proprio consumo di sostanze dopo aver aderito correttamente alla terapia che viene scelta insieme al proprio medico. Anche le cure sostitutive e la disassuefazione possono rientrare nel campo della terapia e consulenza.

L'introduzione di internet ha sicuramente aiutato a promuovere le vie d'informazione, per la prevenzione del consumo e per la consulenza online. Si cerca di raggiungere il maggior numero di persone possibili, sia che consumino sostanze occasionalmente, sia

che soffrano già di problemi di dipendenza. In Svizzera esistono infatti dei siti che collaborano con l'UFSP che forniscono gratuitamente informazioni di base sulle diverse tipologie di stupefacenti, come ad esempio il sito "SafeZone.ch" oppure altre associazioni svizzere che si impegnano nel promuovere il benessere psichico e fisico delle persone, come ad esempio "Danno.ch".

Terzo pilastro: Riduzione dei danni e dei rischi

Come obiettivo, il terzo pilastro che si basa sulla riduzione del danno, punta a ridurre le ripercussioni negative della persona tossicodipendente, in quanto i suoi comportamenti nocivi potrebbero causare dei danni a lui e alle persone che lo circondano.

Per cercare di ridurre i danni creati dalla tossicodipendenza è molto importante mantenere buono lo stato di salute delle persone dipendenti da sostanze. Si deve tentare di ridurre i danni fisici e psichici della persona che assume stupefacenti, supportandoli inoltre a mantenere una qualità della vita buona, in prospettiva di facilitarne una terapia che il paziente tossicodipendente vorrà provare ad intraprendere in futuro. Per far fronte alle conseguenze negative del consumo e dell'abuso di sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, ogni cantone della Svizzera è stato in grado di mettere a disposizione le infrastrutture necessarie oppure di sostenere le istituzioni private presenti sul territorio.

L'inizio di una nuova politica:

La politica che si basa sulla riduzione del danno nasce verso la metà degli anni 80 dove erano state introdotte delle misure di prevenzione volte a tentare di far sopravvivere le persone che presentavano una tossicodipendenza da oppioidi. Le misure che sono state inizialmente adottate hanno consentito un accesso a nuovi punti di accoglienza per le persone tossicodipendenti, una distribuzione controllata di siringhe sterili e la nuova terapia sostitutiva all'eroina a base di altri derivati oppioidi. Uno dei pionieri che ha compreso l'importanza della riduzione dei danni è stato il dottor André Seidenberg. Il medico esercitava la sua professione nel Canton Zurigo. Pur andando contro la legge, ha iniziato a prescrivere e a consegnare il materiale necessario per assumere droghe, alle persone che facevano uso regolare di stupefacenti (soprattutto di eroina). Su invito del dottor Seidenberg, alcuni suoi colleghi fanno lo stesso, cosicché il Dipartimento di giustizia, il Dipartimento della Sanità e il capo del Dipartimento Sociale di Zurigo, Emilie Lieberherr si potessero rendere conto dell'importanza di un progetto che mirasse alla riduzione del danno. Grazie anche all'adesione al progetto della signora Lieberherr vennero riconosciuti dei permessi che consentivano alle persone tossicodipendenti di poter utilizzare le siringhe pulite senza che venissero ritirate dagli agenti di polizia di Zurigo che si recavano a fare controlli.

L'immagine di un pezzo di giornale del Tagblatt di Zurigo pubblicato il 4 luglio 1986 è un'informazione scritta personalmente dal Dottor A. Seidenberg, rivolta soprattutto ai poliziotti della città di Zurigo che cita espressamente:

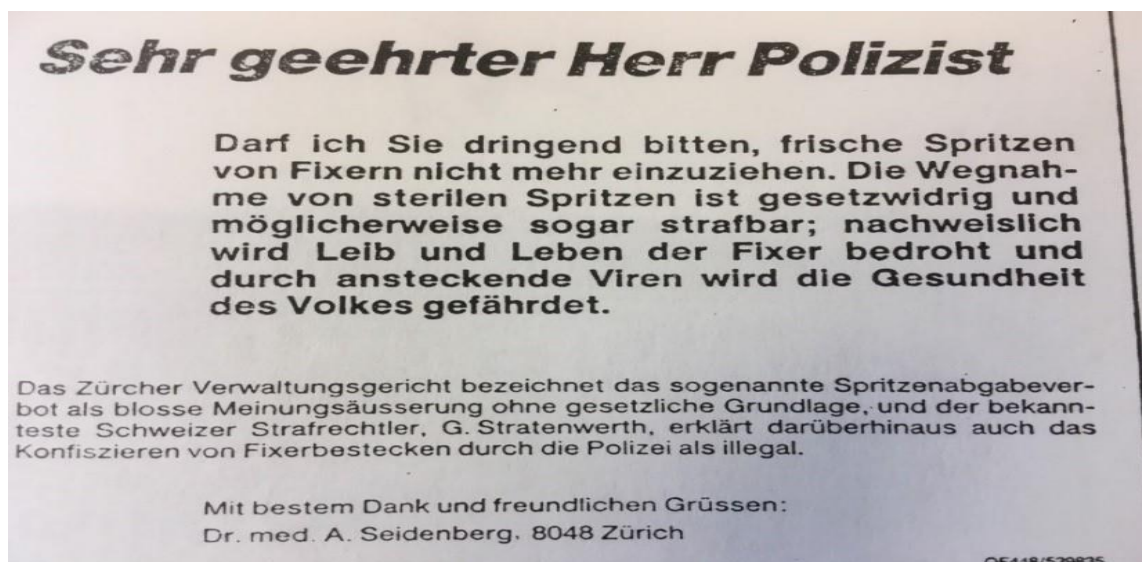
"Caro signor agente di polizia".

Posso esortarla a smettere di confiscare le nuove siringhe alle persone tossicodipendenti. Togliere le siringhe sterili è illegale e forse anche punibile; è stato

provato che la vita e l'incolumità dei tossicodipendenti è minacciata e la salute delle persone è messa in pericolo da virus contagiosi.

Il tribunale della difesa di Zurigo descrive il cosiddetto divieto di distribuzione di siringhe come una semplice espressione di opinione senza base giuridica, e il più noto penalista svizzero, G. Stratenwerth, dichiara anche che la confisca delle siringhe in possesso dei tossicodipendenti da parte della polizia è illegale”.

Con i migliori ringraziamenti e amichevoli saluti: Dr. Medico A. Seidenberg”.



La polizia dopo questa richiesta fatta dal medico ha definitivamente smesso di fare dei controlli mirati alle persone tossicodipendenti all'interno dei parchi e nei vari quartieri della città, assistendo agli episodi di degrado spesso in modo passivo.

Da questo momento in poi si è cercato di ampliare sempre di più le misure di prevenzione attraverso studi, idee innovative e cause legali per favorire il progetto che si basa sulla riduzione del danno. I nuovi progetti per limitare e aiutare la persona tossicodipendente nel favorire il consumo responsabile, verrà fatto inizialmente soprattutto presso il Platzspitz di Zurigo, fino alla sua chiusura nel 1992. Anche altre città Svizzere si chinarono sul problema, come ad esempio Berna dove è sorto il primo luogo protetto al mondo. Qui i tossicodipendenti hanno l'opportunità di utilizzare l'eroina in condizioni igieniche ottimali e sotto supervisione e assistenza medica in caso di necessità.

Riduzione del danno e dei rischi (RDD), parte scientifica:

Per anni, nella maggior parte del mondo, il concetto di riduzione del danno non era chiaro. Infatti, l'approccio maggiormente utilizzato e ritenuto il più efficace, era quello dell'astensione totale dalla sostanza della quale si era dipendente (Paolo Jarre, 2014). Oggi invece sappiamo che la promozione della salute e la riduzione del danno, nel corso degli anni sono state più volte riconosciute grazie alla loro efficacia e al loro successo nell'affrontare problemi di salute pubblica. La riduzione del danno deve essere considerata come un sottoinsieme che si accomuna alla promozione della salute (C. A. Gallagher, Jon R. Keehner et al., 2021). La nascita della riduzione del danno si basa sulla constatazione che molte persone continuano a consumare regolarmente

sostanze psicoattive senza porsi un limite reale, nonostante negli ultimi anni si sia lavorato tanto nella prevenzione e sensibilizzazione dell'uso di droghe (Paolo Jarre, 2014). Nel concetto della riduzione del danno non viene imposto in alcun modo di eliminare definitivamente il determinato pericolo (alcol, fumo, cocaina, eroina ecc.) che effettivamente crea i problemi di dipendenza alla persona che ne fa un uso spropositato (C. A. Gallagher, Jon R. Keehner et al., 2021). Al contrario, viene riconosciuto, alle persone che utilizzano queste sostanze, che è lecito non essere nelle condizioni psicofisiche adatte per iniziare delle terapie che mirano alla disintossicazione oppure viene addirittura accettato che la persona non abbia voglia di disintossicarsi in quel particolare periodo della sua vita. Un altro scopo molto importante da comprendere, che riguarda la riduzione del danno, è che mira ad apportare dei benefici anche alle famiglie delle persone che fanno uso di droghe. La RDD si impegna nel far rispettare i diritti umani, cercando di sensibilizzare la società nei confronti delle persone tossicodipendenti. Viene quindi fatto notare che anche chi viene considerato dalla società un tossicodipendente, non deve essere emarginato a causa del suo essere, ma beneficia, come tutti, di poter usufruire dei propri diritti. Viene quindi sottolineato che le persone con diagnosi da disturbo da sostanze hanno il diritto di avere tutte le cure di cui necessitano, di avere la possibilità ad essere introdotte in un ambito lavorativo e di non essere considerate inferiori subendo degradazioni e umiliazioni. Una persona tossicodipendente, quindi deve essere accettata per come è, e non per come la società vuole effettivamente che sia. (Paolo Jarre, 2014)

Un errore che viene spesso commesso è quello di interpretare la RDD come se fosse per l'operatore che ha in cura il paziente, il metodo ultimo per mantenere un discreto contatto e controllo sulla persona tossicodipendente, in quanto la persona presa in cura è irrecuperabile dal punto di vista terapeutico. Questo metodo di lavoro con il paziente invece, non deve essere visto come una forma di palliazione nel campo della tossicodipendenza, in realtà la riduzione del danno rappresenta per il paziente, un'opportunità per riflettere sui suoi comportamenti e sull'effetto che possono dare le droghe che assume in corrispondenza dell'imperativo ippocratico: "*primum non nocere*¹¹" (Paolo Jarre, 2014).

Gli obiettivi di base che si stabiliscono in un'ottica di riduzione del danno per una persona tossicodipendente hanno innanzitutto lo scopo di mantenere i pazienti in salute. Di conseguenza una persona per restare in salute necessita di bisogni primari necessari a mantenere una buona salute psicofisica:

1. dormire, mangiare, bere, avere la possibilità di lavarsi e vestirsi per mantenere un'igiene adeguata, avere a disposizione materiale sterile per il consumo degli stupefacenti e trovare un luogo adatto e possibilmente protetto per favorire la socializzazione
2. dare l'opportunità ai pazienti di aderire ai servizi sul territorio messi a disposizione dalla rete sanitaria interdisciplinare
3. indirizzare le persone tossicodipendenti a aderire o ricominciare nuovamente a partecipare ai servizi sanitari che vengono appositamente offerti loro sul territorio

¹¹ La prima regola che vale per ogni professionista della salute dovrebbe essere quella di non peggiorare (oppure di non nuocere) le condizioni del paziente.

4. cercare di limitare i costi che producono le persone con diagnosi da disturbo da sostanze, innanzitutto per loro e secondariamente anche per il resto della società.

Gli interventi concreti per una buona riuscita della riduzione del danno che vengono effettuati dal personale sanitario, dallo stato e dalle varie associazioni, devono essere economici e sicuri e avere un'ottima efficacia dal punto di vista pratico. Molte attività volte alla RDD devono evidenziare inoltre una buona riuscita nel conservare la salute individuale, agendo parallelamente ad evitare ulteriori rischi strettamente collegati all'utilizzo di sostanze, come ad esempio: difficoltà nelle relazioni interpersonali, emarginazioni sociali, arresti o denunce, gravidanze indesiderate causate da comportamenti sessuali inadeguati, così come la contrazione di malattie sessualmente trasmissibili e a malattie che si trasmettono attraverso il sangue (HIV epatite B e C). Alle persone tossicodipendenti, vengono forniti dei mezzi per cercare di evitare, nella maggior parte dei casi, questi spiacevoli eventi. In Svizzera, la gestione della riduzione del danno viene effettuata dai cantoni e dai comuni, tramite il supporto dell'UFSP o da altre associazioni:

- distribuzione di farmaci come il naloxone¹² e di materiale sterile e monouso come, ad esempio, lo sono le siringhe. Nella confederazione, oltre alle siringhe, si mettono a disposizione, appositamente per le persone con disturbo da uso di sostanze, dei luoghi di consumo e di permanenza con possibilità di alloggio. Vengono poi messe a disposizione delle offerte di lavoro e si promuovono gli sviluppi di nuovi strumenti e metodi per sostenere le persone tossicodipendenti
- distribuzione di cibo e bevande alle persone che non si possono permettere di acquistare questi beni di prima necessità. In Svizzera possiamo far capo, ad esempio, ad un'organizzazione no-profit chiamata tavolino magico che ogni settimana offre pasti a più di 21'000 persone)
- distribuzione di opuscoli informativi e momenti di counselling con i pazienti. Grazie al lavoro svolto sul territorio e nei luoghi di cura l'UFSP dà la possibilità di fornire degli scambi di informazione, conoscenze ed esperienze riguardo i rischi dell'assunzione di sostanze in materia di prevenzione e del trattamento di malattie trasmissibili ecc. tra i professionisti sanitari e i pazienti, anche senza il bisogno che il paziente debba necessariamente mantenere un'astinenza costante
- praticare l'ascolto attivo con lo scopo di migliorare l'empowerment¹³ del paziente e favorire un'ospitalità sia diurna che notturna alla persona tossicodipendente (Paolo Jarre 2014), (UFSP 2013).

¹² Naloxone : *“Il Naloxone è un farmaco narcotico. Agisce invertendo gli effetti di altri narcotici secondo meccanismi non ancora del tutto definiti; si pensa che ne antagonizzi l'effetto competendo con loro per il legame con gli stessi recettori degli oppioidi”.*

¹³ Empowerment: *“L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita”*

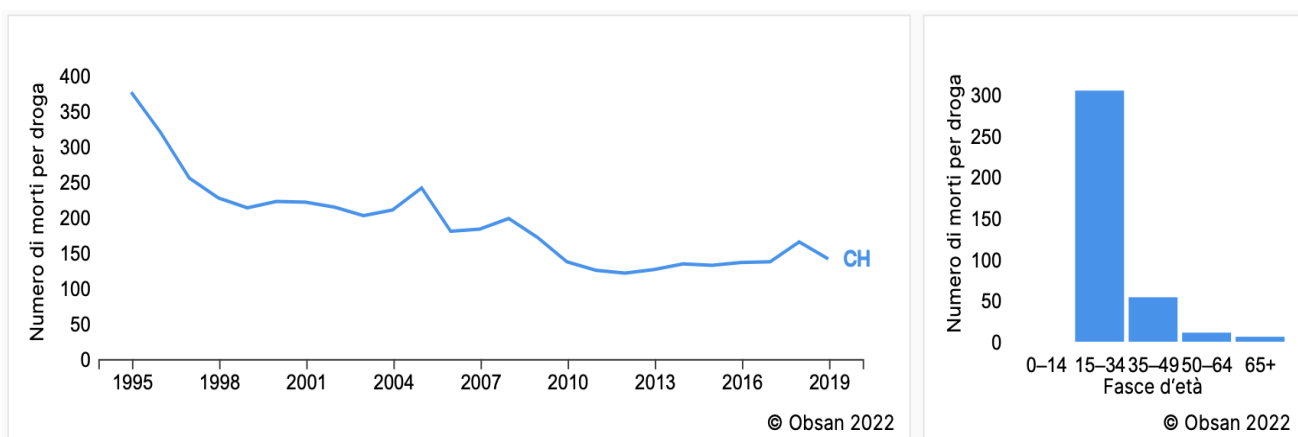
Quarto pilastro, Controllo e repressione:

L'obiettivo voluto dal 4 pilastro si basa sul mantenimento e il sostegno degli scopi che riguardano la prevenzione delle dipendenze, della terapia e della riduzione del danno di prodotti psicoattivi legali (come l'alcool). I controlli, gli interventi e le leggi vengono attuate dai singoli cantoni. Con il supporto e il controllo della confederazione, ogni cantone ha la possibilità di scegliere, come limitare la vendita delle sostanze psicoattive, imporre ricette mediche per il ritiro dei medicinali, imporre i limiti di età per la vendita ed il consumo di bevande alcoliche e per il gioco d'azzardo. Questo viene fatto per consentire la protezione della popolazione, ma soprattutto a gruppi di persone che sono particolarmente a rischio, come i bambini e gli adolescenti.

2.3.2 Grafici e statistiche

Grazie all'introduzione del concetto della riduzione del danno verso la fine degli anni 80' e con lo sviluppo nel corso degli anni della politica dei 4 pilastri nata poi nel 2008 con la revisione della legge sugli stupefacenti, (LStup), si possono notare, vari cambiamenti riguardo le morti di persone causate in modo diretto dalla droga. Qui di seguito sono illustrati tre grafici dall'osservatorio svizzero della salute, per confrontare il numero di decessi nel corso degli anni, dal 1995 fino al 2019.

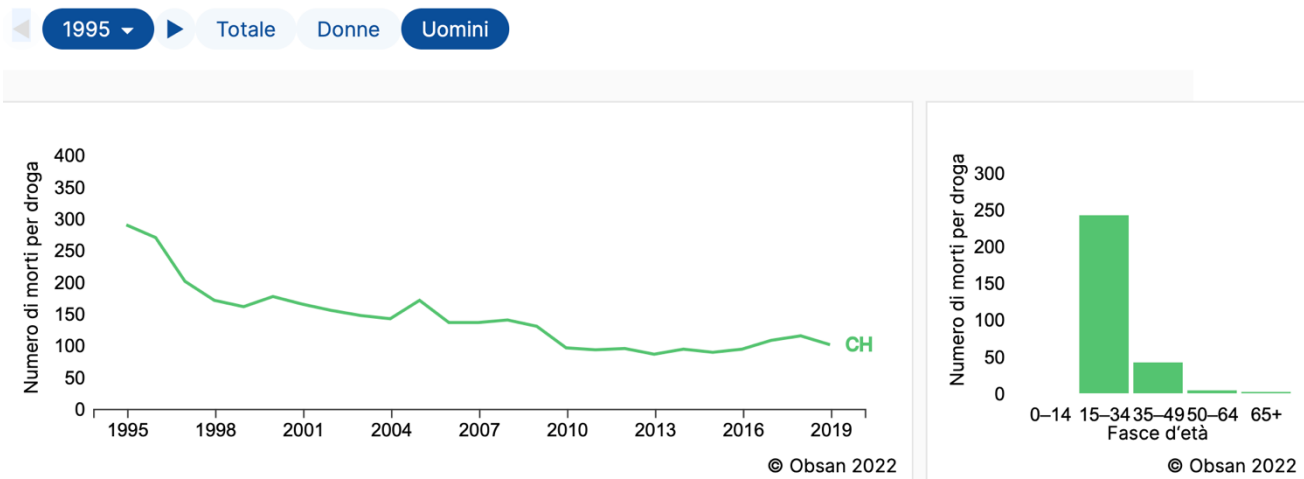
Nota: Le morti per droga vengono definite come morti per avvelenamento e/o overdose.



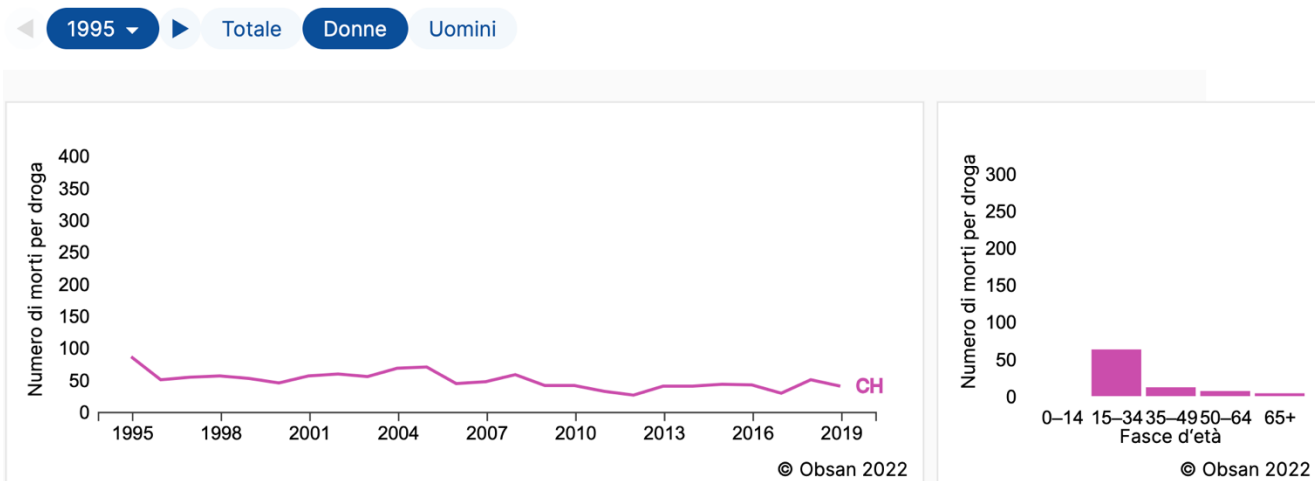
Il grafico generale esposto sopra, comprende sia persone di sesso maschile sia persone di sesso femminile. Possiamo osservare che partendo dalla metà degli anni 90 fino all'inizio degli anni 2000, la mortalità delle persone che hanno fatto uso di sostanze, è calata quasi del 50%.

Tra il 2004 e il 2008 si sono evidenziati dei rialzi delle morti dirette per droga. A partire dall'anno 2010 la linea della mortalità è rimasta stabile fino al 2019 anno in cui si hanno a disposizione gli ultimi dati.

Questo grafico nella sua totalità, fa emergere come la politica della riduzione del danno sia effettivamente servita ad arginare in parte il problema. In circa 25 anni, questa politica, i contributi sociali e sicuramente anche l'evoluzione medica, hanno fatto la loro parte per mantenere in vita e curare i soggetti a rischio, favorendo la loro qualità di vita. Questo grafico ci fa comprendere però, che in Svizzera c'è ancora della strada da fare per circoscrivere la tragicità di questi eventi.

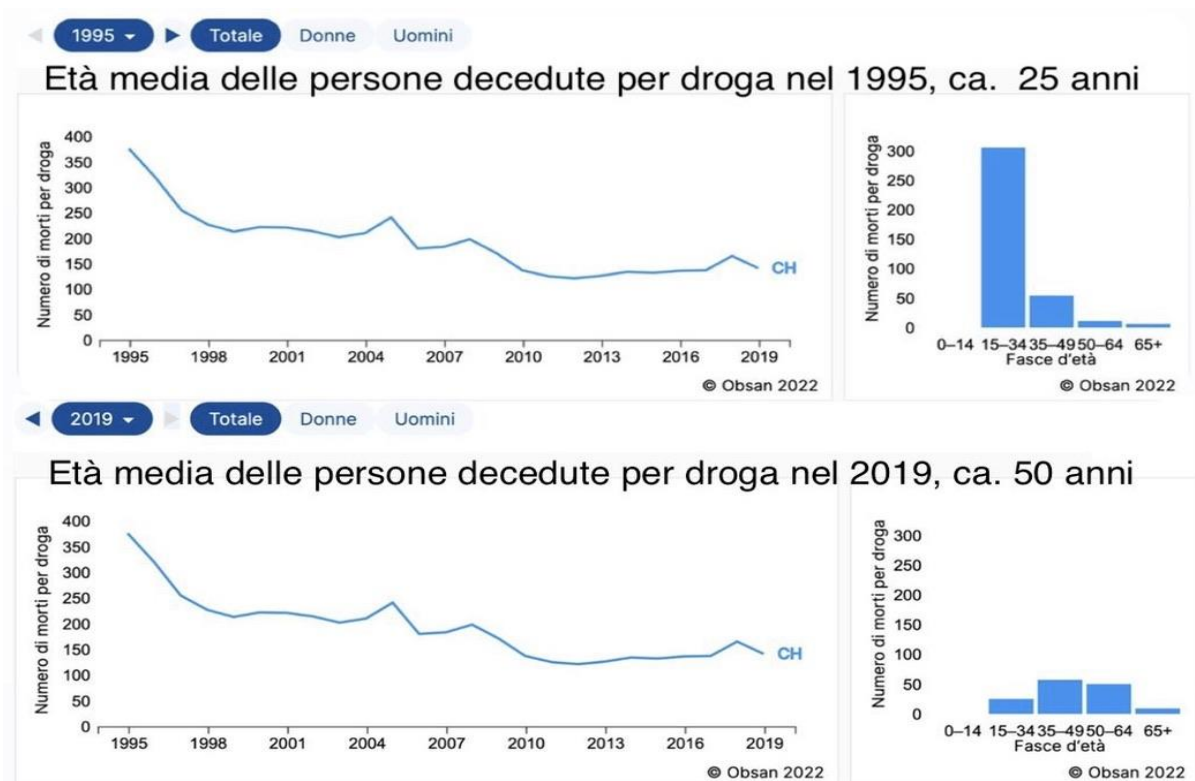


Confrontando invece questi due grafici (uomo in verde e donna in rosa) si può notare che è l'uomo morire maggiormente, per cause dirette collegate all'uso di sostanze. Le donne invece nel corso degli anni hanno mantenuto una certa linearità.



Visionando i due grafici sottostanti si può evidenziare un fattore molto interessante. Se confrontiamo, l'età media delle morti nel grafico, durante l'anno 1995, l'età media dei decessi era di circa 25 anni. Mentre ora, visualizzando il grafico del 2019 possiamo notare che la media dell'età delle persone decedute è di circa 50 anni. Si può quindi dedurre che molte delle persone che facevano uso di sostanze stupefacenti nel 1995 e che per diversi fattori (resistenza alla sostanza, fortuna, maggiore igiene, consumo in dosi corrette, ecc.) non sono decedute nel corso degli anni novanta e duemila a causa di overdose o di avvelenamenti legate direttamente alle droghe. Queste persone però, sono morte circa 25 anni dopo. Questo accade molto probabilmente a causa del

deterioramento fisico che causa l'eroina e le altre droghe che questi individui assumevano. Non dimentichiamoci poi che molte di queste persone non hanno avuto uno stile di vita salutare, continuando a fare uso di sostanze nel corso della loro vita. Questo mi fa anche comprendere però che nonostante in Svizzera ci sia la possibilità, i mezzi e i soldi per iniziare una TS, non tutti acconsentono alla cura di sé stessi oppure non sono in grado di seguire una corretta aderenza terapeutica.



Visto l'invecchiamento demografico si può notare che in molti dei servizi per le dipendenze che aiuta gli eroinomani sono presenti sempre più persone che hanno 30 o più anni di consumo di eroina alle spalle. Probabilmente molte di queste persone sarebbero già decedute se non avessero aderito ad una terapia o ad un aiuto. Grazie ai progetti che sono nati, riguardo la riduzione del danno sia in Europa sia in America, sono state salvate e aiutate tantissime persone (S.Giancane, 2014).

3. Gli obiettivi a cui mira una terapia sostitutiva con il metadone

È importante sapere che prima di iniziare una Ts a base di metadone devono essere eseguiti diversi controlli al fine di tutelare la salute del paziente. Come prima cosa è necessario attuare un'anamnesi accurata del paziente. Essa deve comprendere tutti i campi: psichico, somatico e sociale. Inoltre è importante conoscere tutte le sostanze psicotrope e la terapia farmacologica che il paziente assume. Esistono delle controindicazioni assolute alla somministrazione di metadone che se non rispettate

possono creare spiacevoli effetti collaterali al paziente o provocarne addirittura la morte. Queste controindicazioni sono:

- reazioni allergiche manifestate dal paziente al principio attivo o alle sostanze ausiliarie contenute nel preparato
- se il paziente soffre di una marcata insufficienza respiratoria cronica
- addome acuto
- se il paziente soffre di un'ipertensione intracranica
- se il paziente soffre di porfiria epatica acuta
- se il paziente deve assumere in concomitanza alla terapia metadonica inibitori della monoaminossidasi (IMAO) (UFSP, 2013)

Il trattamento con il metadone mira in maniera generale a ridurre i rischi provocati dalla tossicodipendenza attiva (ovvero dall'uso delle sostanze stupefacenti) e riabilitare e risocializzare la persona con diagnosi da disturbo di sostanze.

Al fine di ridurre i rischi derivanti dalla tossicodipendenza, si sono creati due tipologie di obiettivi, i quali mirano ad aiutare la persona tossicodipendente durante il trattamento con una TS con metadone in modo costruttivo e ordinato nel tempo. Di conseguenza sono stati creati degli obiettivi a breve termine e degli obiettivi a lungo termine.

3.1 Obiettivi a breve termine

Innanzitutto dovrebbe essere d'obbligo permettere a tutte le persone che fanno uso regolare di sostanze stupefacenti di prendere contatto o avvicinarsi a strutture sanitarie che possano dare loro un primo sostegno per poi agganciarli alle diverse strutture apposite presenti sul territorio. Questo primo passo permetterebbe in seguito di informare i pazienti tossicodipendenti sui rischi sanitari psicologici e sociali che potrebbero incomberse se continuassero ad utilizzare stupefacenti come ad esempio:

- Diminuzione dei rischi di contrarre malattie infettive o batteriche come l'HIV, l'epatite B la tubercolosi (trasmesse per lo più per via endovenosa con l'utilizzo di siringhe già utilizzate da terze persone.
- Cercare di diminuire il rischio di morte accidentale a causa delle droghe (in particolar modo dagli oppioidi) spiegando la pericolosità di un'overdose, inoltre, si cerca di diminuire le attività criminali come spaccio e prostituzione presenti sul territorio evitando così l'arresto o la carcerazione dell'individuo.
- Diminuire il rischio di una destrutturazione psicologica a causa dell'assunzione continua di stupefacenti da parte del paziente tossicodipendente.
- Cercare di far mantenere al paziente una rete sociale stabile (contatto con infermieri, curatori, assistenti sociali, psicologi, psichiatri, medici di famiglia ecc. attraverso i centri che sono presenti sul territorio. Questo permette di mantenere un contatto stabile e duraturo con la persona tossicodipendente e vederne i progressi durante la terapia sostitutiva con metadone. Inoltre, questo stretto contatto permette di fornire delle diagnosi accurate al paziente sul suo stato di salute, assicurando e sorvegliando una corretta aderenza terapeutica nell'assunzione dei medicinali e della terapia sostitutiva.

3.2 Obiettivi a medio-lungo termine

Come obiettivo principale e desiderato da parte del personale sanitario per migliorare nel tempo la qualità della vita di un paziente con diagnosi di disturbo da sostanze, sarebbe quello di indurlo a sospendere in via definitiva l'assunzione di droghe quali eroina, cocaina ecc, e di non utilizzare metadone che non viene regolarmente distribuito tramite i centri specializzati. Con gli obiettivi a lungo termine si cerca di rendere il paziente autonomo nella sue attività di vita quotidiana, risocializzando nel tempo il paziente tossicodipendente tramite:

- Il rafforzamento delle relazioni interpersonali così da portare il paziente tossicodipendente a reinserirsi a livello sociale e secondariamente, se possibile, anche a livello lavorativo.
- L'inizio di un nuovo impiego lavorativo o il mantenimento di quest'ultimo al fine di permettere alla persona tossicodipendente di autosostenersi (o almeno in parte) finanziariamente.
- L'aumento della capacità di adattamento all'ambiente circostante per poi riadattarsi nella vita quotidiana (G. Serpelloni, M. Gomma et al., 1995).

È di estrema importanza che le figure sociali e sanitarie che hanno in cura un paziente tossicodipendente, comprendano che gli obiettivi a lungo termine che vengono prefissati, devono essere personalizzati in base alle caratteristiche e alle esigenze di ogni singolo paziente. Non esiste infatti un unico approccio terapeutico che sia auspicabile per curare tutti i pazienti tossicodipendenti. Sono presenti però delle manovre terapeutiche che possono essere eseguite per evitare il continuo utilizzo di stupefacenti e ricostruire efficacemente il suo reinserimento sociale.

È importante ricordare che i trattamenti che hanno dato i risultati migliori in termini di sospensione dell'uso di eroina e reinserimento sociale sono quelli a lungo termine.

Vengono anche definiti degli obiettivi neuropsicologici che sono strettamente correlati al trattamento sostitutivo con il metadone per combattere l'utilizzo di stupefacenti, in particolar modo dell'assunzione da eroina:

- Bloccare la sindrome astinenziale che si manifesterebbe nel paziente.
- Eliminare gli effetti gratificanti che potrebbe provocare l'eroina se assunta dal paziente.
- Eliminare definitivamente il desiderio continuo di ricercare e in seguito consumare eroina (craving) (G. Serpelloni, M. Gomma et al., 1995).

In conclusione, è ovvio che lo scopo finale e migliore di tutti questi obiettivi sarebbe, per la persona tossicodipendente, quello di interrompere per il resto della vita l'assunzione di eroina e possibilmente di qualsiasi altro stupefacente. In poche parole di disintossicarsi. Questo però succede unicamente ad una parte minima di soggetti che intraprendono la terapia di disintossicazione e generalmente dopo un percorso di cura durato molti anni e possibilmente senza eccessive ricadute. S. Giancane (2014)

4. Distribuzioni controllate di terapie oppioidi

4.1 Distribuzione controllata di metadone per il paziente tossicodipendente

Prima di raccontare in cosa consiste la distribuzione controllata di metadone, è corretto evidenziare che l'obiettivo principale della distribuzione controllata delle terapie sostitutive è quello di cercare di trovare un miglior stile di vita per il paziente che lo possa portare ad un benessere psicosociale soddisfacente. Inoltre, poco importa quale sia il risultato della terapia sostitutiva, l'importante è che il paziente non venga in alcun modo abbandonato a sé stesso.

Per assicurarsi che queste premesse vengano rispettate o per lo meno considerate, sono state create delle linee guida dall' "European Opiate Addiction Treatment Association" (EUROPAD) le quali tutelano il paziente durante il trattamento di disintossicazione da oppiacei.

- "La dipendenza da oppiacei deve essere considerata una malattia cronica ad andamento recidivante;
- La disintossicazione dagli oppiacei non deve essere vista come lo scopo primario del trattamento, per non esporre il paziente al rischio di ricaduta e alla possibilità di morte per sovradosaggio;
- Non c'è un'evidenza scientifica di un migliore risultato in caso di non utilizzo dei principi generali di trattamento delle malattie croniche;
- i pazienti dipendenti da eroina dovrebbero essere trattati il più normalmente possibile, senza ricorrere a regolamenti stigmatizzanti;
- Il trattamento a lungo termine, con dosi adeguate di oppiacei, deve essere iniziato immediatamente dopo la richiesta del paziente, con metadone o altre tipologie di oppiacei;
- La dose del farmaco utilizzato deve essere individualizzata e a volte somministrata due volte al giorno per migliorare la stabilizzazione del paziente;
- i trattamenti, meglio se decentralizzati, devono rispondere a tutti i bisogni del paziente;
- infine, il poliabuso di sostanze non rappresenta una controindicazione al trattamento con agonisti oppiacei (L. Amato e P. P. Pani, 2014)

L'efficacia di una terapia sostitutiva per un paziente tossicodipendente dipende da diversi fattori anche se non è chiara l'esatta correlazione di questi ultimi. Questo anche sulla base di studi scientifici al riguardo. Possono sì, favorire una migliore qualità della vita al paziente, riducendone in modo considerevole il rischio di mortalità, il rischio di contrarre malattie e di evitare il continuo consumo di sostanze attenuando così anche i rischi a ciò legati. La terapia porta anche ad una diminuzione della criminalità. Ci sono però delle variabili che sono state individuate. Le variabili sono:

- Caratteristiche del paziente
- Caratteristiche del programma
- Medicamento sostitutivo e relativo dosaggio

- Assistenza psicosociale

La LAMal Legge federale sull'assicurazione malattie prevede che ogni cittadino domiciliato nella confederazione svizzera abbia il diritto al trattamento in caso di problemi di tossicodipendenza e di problemi di salute. Questo perché dare un aiuto in situazioni di bisogno, è un diritto fondamentale imposto anche dalla costituzione federale (art. 12 Cost.). Visto quindi l'obbligo di fornire aiuto in situazioni di bisogno, la Legge federale sugli stupefacenti pretende che ogni cantone abbia un'autorizzazione che permetta una terapia che preveda un trattamento con stupefacenti (TS) per le persone che sono affette da problemi legati alla tossicodipendenza.

Il metadone, se utilizzato come terapia sostitutiva, è un medicamento che deve essere prescritto con una ricetta medica tramite un medico con la regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità cantonali (medico cantonale). Il metadone può essere successivamente rilasciato al paziente dal medico di famiglia (che nel 60% dei casi segue direttamente il paziente) e dalle cliniche specializzate (UFSP, 2022)

Per la consegna del metadone vengono fornite molte strutture d'aiuto. Così facendo, le persone che manifestano un problema di dipendenza da stupefacenti e che abbiano la giusta motivazione a voler cessare il consumo personale, possano iniziare una TS in modo facilitato e anche rapido. Se le tipologie di trattamento e le attenzioni fornite al paziente sono insufficienti, potrebbero portare ad una perdita d'interesse da parte del paziente di disintossicarsi, portando di conseguenza ad una perdita di pazienti motivati che al posto di proseguire la disintossicazione ricomincerebbero molto probabilmente a fare uso di stupefacenti. È corretto quindi ampliare il campo di distribuzione del metadone tramite la somministrazione nelle farmacie, nelle cliniche, oppure persino incaricare dei curanti che si rechino presso il domicilio del paziente tossicodipendente. Fondendo tutti questi elementi si ha la possibilità di migliorare il mantenimento della positività dei pazienti a iniziare e procedere con il loro percorso di disintossicazione. (van Beusekom and Iguchi 2001)

La ricetta solitamente ha la validità di un mese dalla sua compilazione e questa può essere prolungata fino a tre mesi. Le terapie sostitutive con metadone sono sostanzialmente trattamenti di prima scelta molto efficaci in caso di dipendenza da oppioidi come l'eroina. Inoltre è risaputo che questo tipo di TS è un trattamento che perdura per molto tempo e perciò non deve essere limitato. *“Il paziente rimane in trattamento tutto il tempo necessario. Ciò può significare una durata di uno o due anni, così come anche un trattamento con metadone che si protrae per tutta la vita. Le ricerche dimostrano che l'efficacia del trattamento è correlata in modo significativo alla durata di permanenza nel trattamento”* (van Beusekom and Iguchi 2001), pag. xii. Sempre secondo Van Beusekom & Iguchi (2001), la terapia sostitutiva deve essere gestita multidisciplinariamente. Con ciò s'intende che in concomitanza alla TS che sta seguendo il paziente tossicodipendente, siano soddisfatti altri bisogni come ad esempio: poter usufruire di cure mediche, accesso ai servizi sociali o psichiatrici.

4.2 Distribuzione controllata di eroina come RDD

Possono esistere delle casistiche dove i pazienti che hanno un problema di tossicodipendenza e sperimentano varie cure per disintossicarsi, non hanno l'effetto desiderato sul paziente o non vengono portate a termine.

Queste persone che continuano a fare uso di eroina sono una minoranza ma esistono e noi come curanti dobbiamo prenderne coscienza e mettere in pratica dei possibili interventi atti a salvaguardare l'incolumità dei pazienti. In queste situazioni noi curanti abbiamo il compito di "custodi" dell'incolumità e della salute del paziente. S. Giancane (2014)

Grazie alla legislazione Svizzera, da diversi anni a questa parte è permesso a determinati pazienti tossicodipendenti di poter usufruire di un servizio che mette a disposizione come terapia sostitutiva la diacetilmorfina che è la forma farmaceutica dell'eroina (HeGeBe). La terapia basata sulla prescrizione e sulla somministrazione di eroina è regolamentata, controllata e revisionata dall'ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Solo quest'ultimo ha la possibilità di rilasciare le necessarie autorizzazioni alle istituzioni, ai medici e ai pazienti, per la distribuzione e il consumo controllato di diacetilmorfina. I pazienti tossicodipendenti che sono desiderosi di prendere parte ad un programma di somministrazione di diacetilmorfina sotto controllo medico, devono prima sottostare ad un severo controllo da parte dell'UFSP. In secondo luogo, devono corrispondere a determinati criteri. Secondo l'art 3e capoverso 3 della legge sugli stupefacenti (LStup; RS 812.121) *"la diacetilmorfina può essere prescritta soltanto alle persone tossicodipendenti per le quali altre forme di trattamento sono risultate inefficaci o il cui stato di salute non consente altre forme di trattamento"*. Il paziente inoltre, deve:

- Aver compiuto almeno 18 anni
- Essere dipendente dall'eroina in modo grave da almeno 2 anni
- Avere provato almeno 2 volte senza successo una terapia riconosciuta che permetteva la possibile disintossicazione dall'eroina.
- Presentare delle problematiche a livello psichico, fisiologico o sociale a causa del consumo di eroina (UFSP, 2022)

La prescrizione medica e la consegna ai pazienti dell'eroina ebbe inizio in Svizzera nel 1999. In concomitanza nacquero anche diversi centri di accoglienza e d'incontro per le persone che facevano uso di eroina sotto prescrizione medica. Questi centri si occupano anche della consegna del materiale come aghi e siringhe per iniettarsi la diacetilmorfina in tutta sicurezza.

In Svizzera la monitorizzazione della distribuzione controllata di eroina viene regolarmente eseguita dal 2001. Attualmente (dati 2020) in tutta la Svizzera esistono 22 centri dove viene consegnata e consumata la diacetilmorfina che sono distribuiti in 13 cantoni (solamente cantoni tedeschi e romandi) e fanno parte di questo progetto 1634 pazienti che utilizzano la diacetilmorfina come trattamento sostitutivo.

Come il consumo di metadone quale terapia sostitutiva, anche il trattamento tramite l'utilizzo di diacetilmorfina ha i suoi obiettivi:

- Creare una linea terapeutica che duri nel tempo
- Migliorare lo stato di salute psicofisico dei pazienti tossicodipendenti favorendone l'integrazione sociale e lavorativa.
- Fornire l'eroina in modo controllato dalla confederazione, per consentire ai pazienti di creare un minor rischio di contrarre malattie.

- Tenere i pazienti lontani da ambienti pericolosi e commettere atti illegali nonché prevenire la criminalità legata alla fornitura e allo spaccio di sostanze stupefacenti sul territorio svizzero.

Per poter ottenere l'eroina giornalmente sotto controllo medico negli appositi centri di distribuzione, ci sono delle regole dettate da ogni centro che devono essere rigorosamente rispettate. Nei 2 centri "KODA" per la distribuzione controllata di eroina che sono presenti nella Città di Berna, ad esempio, l'eroina viene consegnata 365 giorni all'anno con orari di apertura e di chiusura da rispettare. Durante queste fasce orarie i pazienti hanno la possibilità di recarsi in loco per ritirare la quantità di eroina che necessitano e sempre in questo luogo la sostanza viene consegnata e poi iniettata dal paziente stesso sotto la supervisione di un'equipe infermieristica, la quale è sempre presente nel corso delle giornate. Nei rari casi che la persona tossicodipendente non possa recarsi in queste fasce orarie, per esempio per motivi professionali è importante che il personale curante ne sia informato in precedenza.

Dall'inizio della pandemia del COVID-19 anche tutti i centri per la distribuzione controllata di eroina in Svizzera si sono dovuti riorganizzare. Per ridurre al minimo il rischio di contagio dal virus si è dovuto optare per un approccio più pratico e sicuro. Infatti, durante questi ultimi anni sono state ridotte le giornate per fare visita al centro e poter assumere in loco l'eroina. In questo modo i pazienti che prima si recavano quotidianamente presso un centro di distribuzione di eroina controllata, per iniettarsi la loro dose giornaliera, ora possono (a condizione di rispettare importanti requisiti) ricevere fino a sette dosi da poter utilizzare durante i giorni successivi evitando o meglio limitando il contagio dal virus. Questa soluzione si è dimostrata funzionante ed efficace. Visto l'esperienza positiva il Dipartimento Federale dell'interno DFI ha proposto di impostare in modo definitivo questa modalità di consegna. Per far sì che ciò accada, dovrà essere ridiscussa e se caso validata dal Consiglio federale l'ordinanza sulla dipendenza da stupefacenti (ODStup) nell'aprile del 2023. Nell'attesa di un riscontro da parte del Consiglio federale, verrà utilizzata dai centri di consegna quest'ultima modalità di distribuzione di eroina sotto controllo medico.

5. Il ruolo degli operatori (infermieri, operatori sociali, psicologi ecc) per la presa in cura del tossicodipendente

Uno studente che termina tutti e tre gli anni di formazione di base per poi ottenere il bachelor in cure infermieristiche presso la SUPSI, deve aver acquisito delle nozioni professionali indispensabili per poter svolgere al meglio il lavoro dell'infermiere. Queste competenze sono suddivise in sette macroaree che sono: ruolo di esperto in cure infermieristiche, ruolo di comunicatore, ruolo di un membro di un gruppo di lavoro, ruolo di manager, ruolo di promotore della salute (Health Advocate) Ruolo di apprendente e insegnante, ruolo legato all'appartenenza professionale. (DSAN SUPSI 2011)

Nel ruolo di esperto in cure infermieristiche l'allievo che ormai è infermiere a tutti gli effetti, è responsabile del proprio agire professionale, delle proprie valutazioni e decisioni, assumendosi perciò la responsabilità di fornire consulenze infermieristiche e cure di qualità che siano basate su competenze scientifiche e soprattutto su principi etici. Mantenendo sempre le proprie conoscenze e tecniche aggiornate partecipando a progetti o a ricerche nell'ambito delle cure infermieristiche. Nel ruolo di comunicatore è

importante che l'infermiere sia in grado di creare, sviluppare ed in seguito mantenere dei rapporti di fiducia sia con i colleghi che con i pazienti così da poter condividere informazioni mirate. Nel ruolo di membro di un gruppo di lavoro, gli infermieri sono chiamati a partecipare in modo attivo ed efficace con l'équipe interdisciplinare e multidisciplinare. L'infermiere come manager deve essere in grado di gestire l'organizzazione trovando i giusti obiettivi e le giuste risorse. In secondo luogo sono chiamati anche a mettere in discussione la propria carriera professionale con il fine di migliorarsi. Come promotori della salute l'infermiere dovrebbe mettere in atto degli interventi che possano promuovere sia la salute del paziente sia difendere i loro diritti. L'infermiere nel ruolo di apprendente e insegnante è chiamato a mantenere e a sviluppare le proprie conoscenze professionali e la propria pratica riflessiva. Infine, Con il ruolo legato all'appartenenza professionale, l'infermiere deve impegnarsi per salvaguardare la salute e la qualità della vita delle singole persone e della società in cui vive. (DSAN SUPSI 2011)

In molti casi, le prime persone di contatto, per gli individui con un riconosciuto o con un potenziale problema di uso di sostanze, sono gli infermieri, che agiscono fornendo assistenza sanitaria primaria.

L'infermiere che prende in cura la persona con una diagnosi da disturbo di sostanze, deve assumere diversi ruoli, come promotore della salute, supervisore, fornitore di assistenza e counsellor. Quello che è necessario sapere per l'infermiere per comprendere il comportamento e le particolarità che caratterizzano questa tipologia di pazienti sono: la definizione di dipendenza da sostanze psicotrope, l'addiction, l'assuefazione, la tolleranza, il craving e l'overdose, il tipo di sostanze che possono essere consumate e i segni e sintomi che ne comportano.

Quando ci prendiamo cura di un paziente con qualsiasi tipo di dipendenza, dobbiamo innanzitutto avere un quadro generale della problematica in questione. Conoscere le peculiarità di una determinata dipendenza e il meccanismo che sta alla base ci permette di erogare un'assistenza infermieristica di qualità al paziente.

Tutti gli infermieri devono possedere le conoscenze e le competenze di base quando si occupano di persone affette da DUS, ossia disturbi da uso di sostanze (Wason et al., 2021)

Ci troviamo confrontati con utenti con problemi di consumo di sostanze in qualsiasi contesto sanitario, risulta quindi fondamentale riuscire a sviluppare delle competenze che ci permettano di rispondere in maniera opportuna ai loro bisogni di cura. (Wason et al., 2021)

Quando noi infermieri ci troviamo di fronte a delle situazioni che ci fanno ipotizzare che una persona utilizzi o abusi di sostanze, oppure ne abbiamo la certezza, risulta fondamentale un assessment che ci permetta di raccogliere più dati possibili riguardo alla sospetta dipendenza.

Innanzitutto, dobbiamo porre delle domande al paziente che ci permettano di conoscere il tipo di sostanza che consuma, l'impiego e la frequenza (Dugosh & Cacciola, 2022).

Per noi infermieri può essere rilevante un esame dello stato mentale che comprenda la valutazione di: aspetto generale, comportamento e interazione, parlato e voce, attività motoria, stato d'animo e interesse, percezioni, processo di pensiero, contenuto del pensiero (ideazione suicida o omicida, allucinazioni, deliri), insight, giudizio, funzionamento cognitivo (Dugosh & Cacciola, 2022).

Un'altra questione importante che riguarda l'infermiere è quella della stigmatizzazione del paziente tossicodipendente. Purtroppo infatti nella nostra società, non tutti i pazienti vengono ancora considerati in modo equo dalle figure sanitarie. Secondo una revisione della letteratura effettuata da Howard e Chung (2000), molti membri del personale infermieristico, considerano le persone tossicodipendenti, come persone che agiscono in modo opposto alle norme morali imposte dalla società e praticamente impossibili da inserire in un contesto sociale.

Questa stigmatizzazione da parte di una persona che lavora nell'ambito sanitario, non è certamente l'attitudine ideale a cui far capo. Noi, professionisti della salute, non possiamo permetterci di avere dei pensieri sprezzanti o pregiudizi nei confronti dei pazienti tossicodipendenti. Essi, infatti hanno l'assoluto diritto di essere trattati esattamente come qualsiasi altro paziente. Questo, in primo luogo, perché la stigmatizzazione è un comportamento discriminatorio nei confronti del paziente con diagnosi da disturbo da uso di sostanze. Inoltre, i comportamenti di disapprovazione sociale verso delle persone che abusano di sostanze psicoattive da parte degli infermieri o di altri professionisti della salute, possono condizionare negativamente e a più riprese, l'erogazione di una buona assistenza sanitaria (Ball et al., 2006 e Neale et al., 2008).

Secondo Louma et al., (2007) a causa di uno stigma, si potrebbero creare degli effetti negativi nel paziente tossicodipendente soprattutto se quest'ultimo è in trattamento a causa del disturbo da uso di sostanze per il quale è affetto. I pensieri negativi da parte del personale sanitario, potrebbero allungare il tempo di recupero e peggiorare i sentimenti del paziente verso l'autoefficacia nella cura. È anche riconosciuto che le attitudini negative e le stigmatizzazioni del personale sanitario, verso le persone che fanno uso di stupefacenti, inducono una pessima alleanza terapeutica e una scarsa comunicazione tra paziente e curante.

È dato sapere che secondo Barra. M (1983) *"Il terapeuta non è necessariamente il medico o lo psicologo, ma una persona che sia in grado di rappresentare un modello di identificazione e di influire positivamente sui comportamenti del paziente, cercando di non pretendere l'impossibile, ma tentando sempre di osare l'osabile, in relazione al singolo; e quindi, ogni volta, rimettendo in discussione i propri comportamenti ed anche le proprie abitudini terapeutiche"* (Montanari, C & Longo, C, 2005)

Secondo Nizzoli (1996), non esiste in realtà un modello definito che permetta di individuare delle caratteristiche umane ideali che contraddistinguerebbero un buon terapeuta per i pazienti tossicodipendenti. Questo in quanto nel proprio percorso ci si può imbattere con svariate figure professionali e tipologie umane che si prendono cura dei tossicomani.

Non essendoci un modello definito per prendersi cura di tossicodipendenti, è importante innanzitutto creare un modello che funga come "identikit del terapeuta". Lo scopo principale è quello di poter contare su degli operatori che qualitativamente siano in grado di lavorare in modo mirato con questa tipologia di pazienti. Devono avere praticità con gli elementi essenziali da mettere in pratica nel corso delle cure. Sempre secondo Nizzoli (1996) esistono delle qualità che sono indispensabili:

- La capacità di ascolto
- La capacità di esprimere solidarietà
- La capacità di favorire la separazione tra paziente e curante
- La capacità di stabilire una giusta linea di distanza tra paziente e curante e di mantenerla
- La tolleranza
- La capacità di sopportare la frustrazione
- Il basso tasso di narcisismo terapeutico

Il personale curante, nell'ambito delle dipendenze, deve quindi presentare delle caratteristiche che possano facilitare l'accoglienza del paziente tossicodipendente, il quale, é frequentemente "oggetto" di processi di stigmatizzazione sociale. Questi "processi" infatti, rischiano di impedire la relazione terapeutica anche tra paziente e curante. (A.consoli, S.Forzano et.al 2014)

È importante poter contare su personale qualificato, dove il curante, presenta le qualità esposte sopra e che sia in grado di prendersi cura di ogni singolo paziente secondo un progetto mirato, che va dal trattamento farmacologico a tutto ciò che sta intorno al piano terapeutico. Ossia: gli aspetti sanitari, psicologici, sociali, educativi e psicoterapeutici. Da ultimo, ma non meno importante, il lavoro riabilitativo. Questo potrebbe diventare un punto importante che consentirebbe di avere dei feedback del comportamento globale del paziente. Grazie ad un impiego lavorativo si presenterebbe quindi l'opportunità che qualcuno segua regolarmente il paziente e prendere atto del suo comportamento durante il periodo della terapia (Montanari, C., & Longo, C. 2005)

6. Periodi che possono presentarsi nella "carriera" del paziente con diagnosi da disturbo di sostanze

6.1 La ricaduta nel tossicodipendente

L'organizzazione mondiale della sanità definisce la dipendenza come: "disturbo cronico recidivante." Possiamo quindi sottolineare che durante la lunga durata di una terapia per uscire da una dipendenza, il decorso è (nella maggior parte dei casi) caratterizzato da periodi di rinuncia totale o parziale a ricercare la sostanza e di periodi dove si evidenzia un riavvicinamento all'addiction, ovvero la ricerca compulsiva e ininterrotta della sostanza desiderata. È una cosa comune che un paziente tossicodipendente possa avere delle ricadute durante il periodo di trattamento. Per comprendere al meglio come si innesca una ricaduta è necessario capire il concetto di Craving. Il craving è considerato dall'oms un desiderio intenso ed incontrollabile di sperimentare gli effetti di una sostanza psicoattiva che è già stata utilizzata in passato dal consumatore stesso. Esistono più meccanismi per i quali il craving può Manifestarsi. Esso può apparire a causa di uno stimolo che evoca la sostanza, il quale invoglia il tossicodipendente a consumarla. Oppure può apparire a causa di elementi che agiscono come innesco. Ad esempio possono essere pensieri, idee o sentimenti di gratificazione strettamente collegati alla consumazione di sostanze. (L.Racca 2014)

Il craving si manifesta nel paziente tossicodipendente in modalità differenti fra loro. Il paziente inizia a provare un desiderio irresistibile per la sostanza, accompagnato da segni e sintomi come sudorazione, tremori, battito accelerato (tachicardia), cefalee e

disturbi visivi. Allo stesso tempo si manifestano stati d'ansia, insonnia, irritabilità e aggressività. (L.Racca 2014)

Il paziente, inoltre, potrebbe ritornare a frequentare zone in cui era solito recarsi solamente quando consumava la sostanza oppure dove si recava a cercarla. Se il paziente ricomincia a manifestare quest'ultimo comportamento sarà poi incapace ad interromperlo se non con un aiuto. (L.Racca 2014)

Le ricadute vengono spesso identificate come un qualcosa di negativo. Questo accade perché il processo di disintossicazione viene visto come qualcosa di veloce che va risolto in tempi rapidi. Non è così. Si tratta di un processo che perdura nel tempo, complicato e faticoso per la persona che deve affrontarlo. È importante, per noi curanti, interpretare le ricadute del paziente in modo costruttivo. La relazione paziente curante deve quindi essere stabile ad un punto tale che il paziente possa sentirsi libero di raccontare i suoi vissuti durante l'episodio di ricaduta e non a negarlo oppure nascondere. È importante tener presente che il paziente potrebbe vergognarsi, provando sensi di colpa e fallimento. Ascoltando il paziente possiamo analizzare i fattori psicologici e sociali e in questo modo si potrà utilizzare la ricaduta come una risorsa per aiutare la persona a evitare in futuro di ripercorrere gli stessi errori che hanno scatenato un ritorno al consumo. (L.Racca 2014)

6.2 Transizione: da consumatore di sostanze ad iniziare un percorso di disintossicazione

L'uomo adotta dei comportamenti fondamentali e contuttivi nel tempo, per la sopravvivenza dell'individuo stesso. Mangiare e bere, praticare sport, avere rapporti sessuali ecc. Questi comportamenti con l'evoluzione sono stati sempre di più associati oltre che alla nostra sopravvivenza, come attività che ci "donano" delle sensazioni di piacere. Il piacere è una sensazione cercata dall'essere umano al contrario del dolore che è qualcosa di spiacevole al quale ci si sottrae d'istinto.

Evitare il dolore non è però facile. Dobbiamo essere consapevoli del fatto che la mente umana è qualcosa di molto complesso che non sempre siamo in grado di controllare. Di conseguenza si possono generare delle "perversioni" che si distorcono dai normali comportamenti finalizzati a provare sensazioni di piacere (per evitare il dolore), giudicati gesti anomali dalla società (disturbi del comportamento alimentare, disturbi del comportamento sessuale ecc.).

Questa complessità nel ricercare il piacere ed aggirare il dolore, può essere "risolta" anche attraverso l'assunzione di sostanze. In un'ottica distorta, ed a corto termine, questo comportamento è in grado di fornire piacere alla persona che le assume e evitare di conseguenza il dolore. Questo tipo di comportamento porterà però inevitabilmente a provocare una reazione opposta a quanto desiderato. L'assunzione di sostanze stupefacenti diventerà la causa di grandi sofferenze interrompendo di

conseguenza l'effetto "piacere" ricercato. In buona sostanza, per utilizzare un luogo comune, dai "Paradisi artificiali"¹⁴ all' "inferno della droga".

Ricorrere perciò al consumo di sostanze come un comportamento adattivo a produrre alla persona maggior piacere ed emarginare una sofferenza di dolore psicologico come ansia, stress, depressione può in seguito diventare una situazione costante e difficilmente mutabile creando nella mente della persona delle ideologie in cui sia improbabile fare a meno della sostanza, sviluppando infine una dipendenza (L. Grosso, F. Rascazzo 2014)

6.3 La disintossicazione

Esistono dei casi in cui la persona con problemi di dipendenza da sostanze, dopo diverso tempo (non meglio precisato: può variare da mesi ad anni), riconosce le sue problematiche con le sostanze. Il paziente sviluppa degli "strumenti" di tipo psicologico che lo portano a volersi distaccare dalla sostanza e prendere la strada della disintossicazione. Iniziare questo percorso in autonomia non è per nulla facile. Il distacco, seppur voluto e deciso dalla persona tossicodipendente, crea in quest'ultima una certa ansia e paura. Per procedere quindi con una terapia sostitutiva e prendere parte ad un progetto di disintossicazione, sarebbe buona cosa farsi ricoverare in un ambiente protetto, così da essere confortati e aiutati durante la fase iniziale.

Durante il percorso di disintossicazione si potrebbero generare nel paziente diversi pensieri negativi quali: rassegnazione, demotivazione, sensazione che la terapia non stia andando per il verso giusto. Queste idealizzazioni sbagliate rischiano di provocare una riacutizzazione della dipendenza. È quindi necessario che il paziente non venga mai lasciato solo durante il periodo di disintossicazione e, se necessario, proporre al paziente dei nuovi periodi di ricovero al fine di riattivare la giusta motivazione per continuare il percorso (E. Bignamini, 2022)

Oltre a ciò, non è nemmeno controproducente che i pazienti inizino un percorso di disintossicazione stimolati e pressati da terze persone, oppure ordinato da autorità giudiziarie o civili. Questo in quanto una pressione esterna è in grado di dare una spinta e aumentare la motivazione del paziente a prendere parte ad un percorso terapeutico. Oltre a questo il paziente dovrà comprendere che senza l'abuso o dipendenza da sostanze, le sue condizioni di vita acquisiranno di valore. Solamente così l'astinenza

¹⁴ Paradisi artificiali è un saggio sugli effetti delle droghe scritto da Charles Baudelaire. *"Ispirato [...] dalle personali esperienze con gli allucinogeni, Baudelaire affida ai Paradisi artificiali le sue riflessioni sul rapporto tra la creazione artistica e le droghe, considerate «mezzi di moltiplicazione dell'individualità». L'opera raccoglie il saggio Del vino e dell'hascisc (1851) e gli scritti, apparsi tra il 1858 e il 1860, Il poema dell'hascisc e Un mangiatore d'oppio, [...]. Attraverso queste sostanze che alterano la percezione, dilatano l'io, intensificano l'immaginazione creatrice e trasfigurano in modo fantasmagorico la realtà, l'uomo appaga il proprio «gusto per l'infinito» e cerca di sfuggire ai propri limiti, alla prigione del corpo, alla schiavitù del tempo. Ma di tutte le voluttà artificiali, l'unica davvero capace di aprire le porte del paradiso è la poesia, che traduce i geroglifici del mondo e coglie le sottili e misteriose corrispondenze della natura."*

può diventare una scelta fondata sulla convinzione del paziente stesso (Ingrado, servizi per le dipendenze).

7. Metodologia della ricerca

7.1 Disegno di ricerca

Per la mia ricerca di tesi di laurea in cure infermieristiche ho deciso di utilizzare uno studio qualitativo fenomenologico che consiste nel porre delle domande semi-strutturate agli intervistati. Questo metodo sarà importante per comprendere al meglio il significato dell'esperienza vissuta dal soggetto intervistato, inoltre, mi darà l'opportunità di ascoltare dei vissuti secondo la percezione della realtà delle persone intervistate. (Richard et Morse, 2009).

Nella mia ricerca, desidererei quindi comprendere le emozioni ed i vissuti dei pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze, in particolar modo eroina. Vorrei inoltre cogliere il cambiamento intervenuto successivamente grazie ad una terapia sostitutiva con il metadone. Questo mi darebbe l'opportunità di rispondere alla mia domanda di tesi: Il motivo per il quale una persona con diagnosi di disturbo da uso di sostanze (eroina) intraprende una terapia sostitutiva a base di metadone.

7.2 Contesto di ricerca

Il luogo di ricerca in cui mi è stata data l'opportunità di svolgere le interviste è stato il Centro di competenza – Servizio per le dipendenze da sostanze dell'Associazione Comunità familiare – Antenna Icaro. Antenna Icaro è operante sul territorio del Canton Ticino, con sede a Bellinzona e a Muralto. Dopo aver avuto il consenso da parte del direttore della struttura, ho scelto Bellinzona quale sede per le interviste. Le stesse sono state delle interviste semi-strutturate con cinque macrotemi. Di conseguenza ho preparato 5 domande specifiche da sottoporre agli intervistati. Oltre a questo, quale supporto agli intervistati, ho preparato anche delle domande di supporto per restare il più possibile nel contesto del macrotema nel corso dei colloqui.

I temi da me scelti sono i seguenti:

- esordio del consumo della sostanza
- l'inizio della terapia con il metadone
- la ricaduta e le sue problematiche
- la relazione con il personale sanitario e sociale
- il cambiamento nei rapporti interpersonali

Questi temi sono stati inseriti in una tabella creata da me (consultabile negli allegati). Sotto ad ogni tema si possono leggere le domande che ho posto agli intervistati.

Il primo tema è stato da me scelto con l'obiettivo di comprendere come le persone con diagnosi di disturbo da uso di sostanze, che ho potuto intervistare, sono entrate in contatto per la prima volta con la sostanza stupefacente. Secondariamente vorrei capire il motivo per il quale hanno iniziato ad assumerla e rendersi conto successivamente di esserne diventati dipendenti.

Con il secondo tema, ho deciso di sondare il motivo per il quale la persona dipendente da eroina, dopo svariato tempo di consumo della sostanza, ha deciso di intraprendere un percorso di cura con il metadone e in un secondo momento quali sono stati per questa persona i vantaggi oppure anche gli svantaggi di aver seguito questa terapia. Se fosse possibile vorrei comprendere come sono venuti a conoscenza della possibilità di curarsi.

Il terzo tema mi sarà invece d'aiuto per approfondire l'episodio o gli episodi di ricaduta che hanno manifestato i pazienti intervistati durante il loro periodo di terapia con il metadone. Vorrei comprendere come sia possibile che la persona in terapia o disintossicata possa avere una ricaduta e ricominciare a consumare la sostanza.

Il quarto tema è l'interazione che hanno i pazienti con i loro curanti (medici, infermieri educatori, ecc...) quando si recano in struttura per ritirare il metadone o per effettuare dei colloqui. Mi piacerebbe comprendere quali aiuti concreti ricevano e se noi curanti potremmo migliorare il nostro agire nei loro confronti. Inoltre se l'utenza si sente a proprio agio.

Come quinto e ultimo tema ho scelto di trattare il cambiamento delle relazioni interpersonali che hanno avuto i pazienti dopo che hanno iniziato la cura. Mi piacerebbe indagare se hanno avuto sempre gli stessi contatti oppure se gli stessi sono cambiati nel corso della cura.

Grazie agli infermieri presenti presso l'Antenna Icaro, che ringrazio di cuore, non è stato complicato contattare le persone da intervistare. Gli intervistati hanno accettato volontariamente e tutte hanno firmato un foglio di consenso. Le interviste si sono svolte, come detto, presso la struttura in un locale appartato e privo di rumori esterni o distrazioni. Di seguito ho trascritto e inserito negli allegati ognuna delle quattro interviste che ho effettuato.

7.3 Partecipanti

Le persone intervistate sono state scelte in collaborazione con i due infermieri di Antenna Icaro che lavorano a Bellinzona. Su mio desiderio sono state selezionate quattro persone in base alla loro età, alla loro disponibilità e affidabilità nel poter effettuare un'intervista di questo tipo. Inoltre questi pazienti dovevano essere stati dipendenti da eroina ed ancora in cura o già disintossicati.

7.4 Raccolta dati

I dati che ho potuto raccogliere tramite queste quattro interviste semi-strutturate hanno avuto in media una durata di 25-30 minuti.

La conversazione è stata registrata tramite il mio telefono cellulare personale così facendo ho avuto la possibilità di mantenere un tracciamento vocale di tutto ciò che è stato detto durante l'intervista. Chiaramente ogni persona era d'accordo e le registrazioni sono state cancellate appena dopo la trascrizione. Ogni riferimento a persone o fatti accaduti sono stati volontariamente tralasciati o sostituiti da asterischi.

Risultati

8.1. Campione

Il campione di popolazione intervistata corrisponde a 4 persone con un passato da dipendenza da eroina alle spalle che va dai 10 ai 25 anni. Le persone intervistate vivono sul territorio ticinese, sia nel sopraceneri sia nel sottoceneri. Alcuni di loro per qualche anno ha vissuto anche in Svizzera tedesca oppure in un'altra nazione. Alcune di queste persone ora si trovano in Al e altre esercitano un'attività lavorativa. Al momento dell'intervista 3 persone erano in cura medadonica; una con il Subutex che è un medicamento oppioide simile al metadone, ma della famiglia della buprenorfina.

8.1.2. Esordio del consumo della sostanza

La prima domanda che ho posto agli intervistati mi ha permesso di conoscere il motivo per il quale si sono avvicinati alla sostanza e hanno incominciato successivamente ad utilizzarla.

Tutti gli intervistati mi hanno raccontato che la prima volta che gli è stata offerta l'eroina, gli è stata data da una terza persona, da un amico oppure da un parente.

Inoltre, dopo la prima assunzione hanno continuato a consumarla perché era loro desiderio sfuggire ai problemi della vita.

Tutti si sono resi conto di essere diventati dipendenti dalla sostanza, quando hanno iniziato a riscontrare i primi sintomi astinenziali. Inoltre, quando si alzavano la mattina, l'eroina era il loro primo pensiero.

Ogni persona intervistata ha avuto un motivo singolare per il quale ha iniziato a consumare la sostanza.

Ecco i fattori che li hanno indotti a consumare:

- Problemi familiari
- Difficoltà sul lavoro (turni scomodi, difficoltà di relazione)
- Mobbing
- Poche ore di sonno
- Stress in generale
- Isolamento sociale

8.2.2. L'inizio della terapia con il metadone

Questo lo considero il tema più importante per la mia domanda di tesi, ossia capire cosa abbia portato queste persone ad iniziare un percorso di disintossicazione.

Tutti gli intervistati dopo aver assunto il metadone come terapia sostitutiva, si sono resi conto che li aiutava a controllare i sintomi dell'astinenza fintanto che non riuscivano a trovare altra eroina. Per questo durante i primi anni di terapia sostitutiva, il metadone veniva usato dagli intervistati come una sorta di "paracadute per limitare l'astinenza".

Tre su quattro pazienti, mi hanno riferito che nel corso degli anni hanno poi deciso di intraprendere in modo serio e definitivo una terapia sostitutiva a base di metadone.

Uno solo invece, dopo svariati tentativi di aderire ad una terapia con il metadone, ha deciso di passare ad una terapia sostitutiva con la buprenorfina.

I motivi per i quali queste persone hanno voluto disintossicarsi o si stanno disintossicando dall'eroina, sono molteplici: sicuramente il fattore economico ha giocato per tutti un ruolo fondamentale. L'eroina sul mercato ha un valore economico elevato. Secondariamente mi è stato riferito che reperirla è stressante e difficoltoso.

Consumando metadone quindi si ha la possibilità di fare una vita pressochè normale, uscire con amici e famigliari, guidare la macchina, andare a lavorare e svolgere degli hobby. Un altro tema che è emerso in più interviste è quello della famiglia: chi inizia a seguire la terapia vuole riavvicinarsi maggiormente alla propria.

Un ultimo tema molto importante che è emerso è quello della paura di contrarre malattie o infezioni potenzialmente dannose.

I motivi per cui gli intervistati hanno iniziato una cura metadonica, sono svariati:

- Reclusione in seguito ad arresto
- Allontanamento dalla famiglia
- Malessere da astinenza
- Decisione presa in famiglia
- Problemi economici e sociali

8.2.3. La ricaduta e le sue problematiche

Nel porre queste domande riguardo il tema della ricaduta ho voluto capire se quest'ultima è un evento comune a tutte le persone dipendenti da sostanze che seguono una terapia sostitutiva. Volevo comprendere come si manifestano inizialmente questi episodi di ricaduta.

Tutte le persone intervistate, nel corso del loro percorso di disintossicazione con la terapia metadonica. Tutti gli intervistati concordano sul fatto che la tentazione a consumare la sostanza è molto forte e non sempre si riesce ad evitarne il consumo. Certi infatti hanno trovato delle strategie per limitare il pericolo di ricadere nella sostanza: hanno trovato degli hobby, c'è chi legge, chi dipinge. Altri hanno adottato un animale domestico con il quale uscire a fare lunghe passeggiate. Altri invece si sono fatti coinvolgere da un'attività professionale.

Gli intervistati mi hanno esposto tutti delle motivazioni differenti per le quali sono ricadute durante la terapia:

- Frequentazione di ambienti "tossici"
- Relazioni con persone eroinomani
- Voglia spasmodica di consumo di eroina
- Sottovalutare il rischio di recidiva
- Il consumo di alcool e droghe leggere
- Perdite di affetti
- Difficoltà nel superare un dolore emotivo

8.2.4. La relazione con il personale sanitario e sociale

Con questo quarto tema volevo capire se per la persona dipendente da eroina che richiede un aiuto per disintossicarsi dalla sostanza, venga accolta in modo adeguato dal

personale. Secondariamente volevo indagare se per il paziente il lavoro che viene eseguito dal personale sanitario è fondamentale. E se ce ne fosse il bisogno, cosa potrebbe fare il personale sanitario e sociale per migliorare una determinata situazione dal punto di vista del paziente.

Le persone intervistate rispetto a questo tema sono tutte molto positive. Il rapporto che i pazienti hanno con il personale curante è per loro una risorsa importante. È possibile che a volte ci siano delle incomprensioni e non sempre i curanti possano accogliere delle richieste da parte dei pazienti. Nonostante ciò, la maggior parte degli intervistati trova il loro supporto fondamentale nel riuscire anche a mantenere l'aderenza alla terapia. In alcune interviste è emerso il discorso dell'assenza di pregiudizio e della buona accoglienza che gli viene riservata. Questo fattore rende libero il paziente di poter parlare di qualsiasi tema con il personale curante.

Una delle quattro persone intervistate, è dell'opinione che l'aiuto dei curanti non sia così fondamentale, ma è convinta che la motivazione debba partire da sé stessi. Ciò nonostante, auspicherebbe un maggior controllo a livello di rete interdisciplinare.

Un intervistato ha percepito che il numero di pazienti, rispetto ai curanti, aumenta in modo esponenziale. Si augura tuttavia che la qualità del supporto offerto resti invariato.

8.2.5. Il cambiamento nei rapporti interpersonali

Le risposte ricevute mi hanno permesso di comprendere cosa è cambiato rispetto ai rapporti interpersonali in seguito alla terapia. Inoltre, volevo sapere se dopo l'inizio della terapia metadonica i pazienti sono riusciti a fare nuove conoscenze.

Tutti gli intervistati mi hanno comunicato che non hanno più avuto contatti con persone che reputavano negative per la loro salute. Questo in quanto si sono resi conto che se si ha il desiderio di cessare realmente il consumo di eroina si deve evitare il rapporto con chi potrebbe indurli in tentazione. Questi invece si sono ricongiunti con le loro famiglie ristabilendo relazioni importanti.

9. Confronto con la teoria

L'obiettivo principale del lavoro di ricerca è quello di determinare, attraverso la teoria basata su evidenze scientifiche e le interviste, il motivo per cui un tossicodipendente debba intraprendere un percorso di terapia con il metadone e in seguito, comprendere come questa scelta li abbia poi aiutati nella loro vita quotidiana.

Le interviste della prima area tematica hanno messo in evidenza come l'inizio dell'assunzione di stupefacenti li accomuna. Infatti, il primo passo è stato favorito da una persona vicina (amico o parente). Hanno poi continuato a farne uso a causa di problemi riscontrati nel corso della loro vita.

Nella teoria, come spiegato da L. Grosso, F. Rascazzo (2014) l'uomo, durante il corso della sua vita può incontrare dei momenti di dolore, momenti spiacevoli o di delusioni.

Per affrontare più facilmente il dolore causato da situazioni spiacevoli, le sostanze stupefacenti potrebbero effettivamente essere una soluzione temporanea.

(L. Grosso, F. Rascazzo 2014). Infatti, per un breve periodo di tempo una sostanza stupefacente (come potrebbe essere in questo caso l'eroina), fa evadere dalla triste realtà. Ovviamente siamo consapevoli del fatto che l'assunzione di sostanze per

sentirsi meglio con se stessi è unicamente un'illusione. Con il passare del tempo si crea invece una situazione opposta che causerà ancora maggiore sofferenza. (L. Grosso, F. Rascazzo 2014).

Gli intervistati spiegano che nella maggior parte dei casi ci si rende conto di essere entrati nella dipendenza quando non si fa altro che pensare alla sostanza. L'incessante ricerca di essa, compromette così una vita quotidiana stabile. Di conseguenza anche a livello economico emergono problematiche ingestibili.

La dipendenza è un fenomeno biologico e psicosociale. Essa, se conclamata ha delle forti ripercussioni sul corpo di una persona sia a livello fisico sia a livello mentale.

Una dipendenza è caratterizzata soprattutto da comportamenti negativi e compulsivi anche dopo aver vissuto conseguenze nefaste che mettono a repentaglio la propria salute psicofisica. Nella classificazione ICD-10 vengono descritti i seguenti sintomi per le persone che presentano un'addiction (termine preso in prestito dall'inglese per definire l'intera sfera delle dipendenze che comprende anche l'impatto sociale che una dipendenza ha sulla persona che ne soffre): si verifica nella persona dipendente un impulso irrefrenabile al consumo («craving»). Verosimilmente la persona dipendente ha una ridotta capacità a controllare il suo consumo, si manifestano nel tempo i sintomi di astinenza e anche uno sviluppo di tolleranza (per ottenere l'effetto desiderato occorrono quantità sempre maggiori di una determinata sostanza). (UFSP, 2015)

In concomitanza a ciò, la persona che diventa dipendente dalla sostanza abbandona altri interessi (hobby, lavoro, amicizie ecc.) e perseveranza nel mantenere un comportamento socialmente accettabile nonostante la consapevolezza delle conseguenze dannose (UFSP, 2015).

Possiamo quindi dedurre che gli intervistati effettivamente non riuscivano a rendersi conto della loro dipendenza fino a quando sono stati in grado di identificare in autonomia i sintomi appena elencati. E nonostante ciò, come loro stessi hanno riferito, non hanno subito interrotto il consumo della sostanza. Il desiderio di consumo era sicuramente più forte del desiderio di smettere.

Inoltre, circa nel 40%-60% dei casi, la vulnerabilità a qualsiasi dipendenza è attribuibile a fattori genetici. Degli studi condotti su gemelli suggeriscono generalmente che i fattori genetici di una determinata persona hanno un'influenza più forte come vulnerabilità a riscontrare delle dipendenze da sostanze stupefacenti in generale. (B. Sharma, A. Bruner et, al. 2016)

Durante le interviste svolte è stato da tutti sottolineato che la prima volta il consumo di sostanze è stato incentivato dalla cerchia familiare o da amicizie. Tutti tranne un'intervistato hanno provato per la prima volta la sostanza durante l'adolescenza.

Il fatto che una persona possa fumare, sniffare o iniettarsi una sostanza come l'eroina, sembra essere influenzato principalmente dai coetanei (quindi per l'appunto dalla propria cerchia di amici). Questo fenomeno è molto più frequente a livello adolescenziale rispetto agli adulti. (B. Sharma, A. Bruner et, al. 2016). Dallo studio è emerso che il gruppo di età che ha la più grande prevalenza di persone che fanno uso di oppioidi da prescrizione e/o di eroina, è quello dei giovani adulti con un'età compresa

fra i 18 e i 25 anni. Oltre a ciò è anche corretto evidenziare che il numero di consumatori di queste sostanze è in aumento mentre l'età delle persone che fanno uso della sostanza per la prima volta è in diminuzione (B. Sharma, A. Bruner et, al. 2016).

Il secondo tema chiedeva di rispondere, al motivo per il quale la persona intervistata, con una diagnosi da disturbo da uso di sostanze, abbia deciso di iniziare una terapia sostitutiva a base di metadone. I pazienti dimostrandosi molto sinceri e aperti al tema mi hanno tutti riferito che iniziare una terapia sostitutiva non è per niente facile. Tutti e quattro i pazienti prima di iniziare in modo definitivo e serio una terapia con il metadone hanno sperimentato il consumo parallelo soprattutto con eroina e metadone.

Un consumo parallelo durante l'inizio di una terapia sostitutiva è qualcosa di molto frequente tra i pazienti. Il consumo concomitante può avvenire in più modi: sia tra metadone e altri oppiacei illegali (come lo è appunto l'eroina), ma anche con cocaina o sostanze come benzodiazepine, alcool e cannabinoidi. Questo accade nella maggior parte dei casi perché il dosaggio di metadone o di altri oppiacei legali utilizzati come terapia sostitutiva che è stato fornito al paziente non è adeguato. È quindi di estrema importanza parlare a fondo con il paziente soprattutto all'inizio della terapia per poter sondare se ci sono delle problematiche di questo genere. L'utilizzo sconsiderato e non controllato di altre sostanze oltre alla terapia sostitutiva potrebbero portare addirittura alla morte del paziente. I decessi possono manifestarsi a causa di sovradosaggi e intossicazioni miste tra la TS, benzodiazepine, alcool, altri oppioidi cocaina ecc. (UFSP, 2013).

Secondo M.Pacini et I.Maremmani (2014) il poliabuso nei pazienti tossicodipendenti può avvenire per motivi diversi. Qui di seguito ne vengono classificati quattro:

- Surrogato: si utilizza un'altra sostanza per sostituire l'effetto della sostanza stupefacente utilizzata normalmente in quanto quest'ultima non è disponibile oppure per potenziarne l'effetto se la quantità della sostanza assunta non è sufficiente.
- Rinforzante: si usa una sostanza in modo maggiore rispetto ad un'altra per potenziarne l'effetto.
- Correttivo: si utilizza una sostanza diversa da quella assunta primariamente per contrastarne degli effetti collaterali spiacevoli.
- Facilitante: si utilizza un'altra sostanza successivamente all'utilizzo della sostanza primaria per eliminare le preoccupazioni o le inibizioni legate al consumo della sostanza stessa.

I pazienti intervistati mi hanno poi indicato i loro motivi principali per i quali hanno deciso di iniziare ad utilizzare il metadone come terapia sostitutiva. Nel corso degli anni si sono resi tutti conto che il fattore economico è stato qualcosa di importante. Comprare l'eroina infatti, costava molto. Secondariamente la continua ricerca della sostanza creava molto stress e toglieva molto tempo impedendo di avere una vita quotidiana regolare. Questo comprende stare in buoni rapporti con la propria famiglia, praticare hobby, avere un lavoro, garantirsi la propria autonomia e responsabilità ostacolando una vita sociale attiva. Inoltre anche i problemi che si potevano riscontrare con le autorità, visto l'utilizzo della sostanza illegale, erano spiacevoli.

B. Sharma, A. Bruner et, al. (2016) ci suggeriscono che effettivamente, l'utilizzo di oppioidi in modo illegale (tra cui anche l'eroina) può favorire problemi con la polizia e il coinvolgimento nella giustizia penale, l'abbandono della scuola, la disoccupazione a livello lavorativo e inoltre, l'uso di eroina porterebbe anche spesso a disturbi psichiatrici. Potrebbero verificarsi anche cambiamenti nel gruppo dei pari, una diminuzione del coinvolgimento nelle attività sociali o di svago che la persona diventata dipendente dalla sostanza era solita fare.

Un altro aspetto importante è l'isolamento e l'allontanamento dalla famiglia e dai vecchi amici. I cambiamenti di umore come irritabilità, depressione, rabbia diventano più frequenti e visibili. Altri aspetti negativi dovuti alla dipendenza da eroina e da altre sostanze, possono essere bugie raccontate a familiari e ad amici, fughe, furti e problemi economici. Spesso le persone si ritrovano poi in astinenza, perché non possono permettersi di comprare la sostanza. Queste crisi evidenziano con maggiore facilità la dipendenza. (B. Sharma, A. Bruner et, al. 2016)

Inoltre, il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva potrebbe provocare diverse malattie tra cui le più importanti e conosciute il virus dell'epatite C, il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Potrebbero anche verificarsi delle infezioni nel sito di iniezione della sostanza. Il problema peggiore è sicuramente la mortalità della persona che fa uso di oppioidi associata all'overdose (B. Sharma, A. Bruner et, al. 2016)

Possiamo quindi affermare che la scelta di iniziare a seguire una terapia metadonica per un paziente con diagnosi da disturbo da uso di sostanze, se svolta in modo aderente dal paziente, dovrebbe innanzitutto aiutare ad eliminare il consumo di eroina e secondariamente, nel corso del tempo, come già spiegato nella teoria di supporto presente nel quadro teorico, ad eliminare o a contenere le problematiche esposte sopra. Ovvero problemi economici, problemi familiari, problemi di salute, problemi nel gestire la propria vita quotidiana, problemi legali, ecc. Tutte problematiche che si presentano spesso nella carriera della persona tossicodipendente, impedendogli una buona qualità della vita.

Per quanto concerne il tema delle ricadute che hanno riscontrato durante il percorso i pazienti intervistati, sono emerse delle caratteristiche comuni. La prima fra tutte è quella che tutti i pazienti che ho intervistato, hanno avuto almeno una ricaduta durante l'utilizzo della terapia metadonica.

L.Racca (2014) ci dice che l'organizzazione mondiale della sanità definisce la dipendenza da sostanze come: "disturbo cronico recidivante." Questa affermazione ci fa comprendere quindi come e quanto può essere frequente che durante il percorso di terapia per uscire da una dipendenza, il paziente possa ricominciare a consumare la sostanza per un determinato periodo di tempo. Il fatto che una persona abbia una ricaduta è quindi una cosa comune durante la terapia.

Inoltre viene da tutti confermato che è molto complicato resistere alla tentazione della sostanza e per questo motivo alcuni di loro hanno utilizzato dei metodi, come degli hobby oppure delle sedute psicologiche per non pensare continuamente alla sostanza e limitarne il rischio di consumo. Il fatto che durante il percorso di terapia possa capitare che un paziente tossicodipendente ha molte difficoltà nel resistere alla sostanza oppure cede alla sostanza è dovuto principalmente al "craving". Quest'ultimo è un desiderio

improvviso intenso e incontrollabile che porta la persona che sta cercando di disintossicarsi dalla sostanza a riprovare la sensazione che gli dava la sostanza in passato. Il craving si manifesta tramite pensieri o idee riconducibili alla sostanza oppure a stimoli esterni che fanno ricordare al paziente la sostanza (L. Racca 2014).

Le ricadute, come anche raccontato dai diversi intervistati, avvengono per molteplici problematiche, le quali sono molto diverse tra loro (L. Racca 2014)

I pazienti intervistati nutrono stima nei confronti del personale curante che li aiuta nel loro percorso di disintossicazione. Inoltre, viene evidenziato il fatto che il personale curante non presenta alcun tipo di pregiudizio verso di loro, rendendo il paziente più disponibile all'eloquio esponendo le loro problematiche.

Lo stigma da parte del personale curante nei confronti di un paziente con diagnosi da disturbo da sostanze potrebbe generare delle situazioni negative sia per il paziente sia per il personale curante che si è messo a disposizione. Dei pregiudizi potrebbero comportare una pessima alleanza terapeutica e una scarsa comunicazione tra paziente e curante (Louma et al., 2007). È fondamentale quindi per noi curanti, riuscire a sviluppare delle competenze che ci permettano di rispondere in maniera opportuna ai loro bisogni di cura (Wason et al., 2021).

È importante avere a disposizione un personale formato e che riesca ad avere diverse qualità come ad esempio la capacità di ascolto, la capacità di esprimere solidarietà, la tolleranza, la capacità di sopportare la frustrazione, ecc, potendo così prendersi cura dei pazienti con progetti mirati alle loro esigenze. (Nizzoli, 1996).

Durante l'intervista, viene fatto notare dai pazienti stessi che è in aumento il numero di persone che chiedono aiuto e vengono accolti nei centri di dipendenza, mentre il numero degli infermieri, dei medici e degli altri operatori che li prendono in cura resta invariato. Di conseguenza, c'è la preoccupazione che in futuro non ci sia abbastanza tempo da dedicare a tutti, limitando le attenzioni e le cure fornite ai singoli pazienti.

Secondo uno studio fornito dalla PwC (2022), una società di consulenza finanziaria e lavorativa, presente in Svizzera, è stato pronosticato che entro il 2040 ci sarà una carenza a livello svizzero di circa 40mila infermieri e di 5'500 medici. Nello studio effettuato, vengono fornite le seguenti motivazioni che hanno portato al pronostico di questi dati: il cambiamento demografico, la presenza di pazienti che avranno sempre più comorbidità, condizioni di lavoro che subiscono spesso dei peggioramenti improvvisi (incertezze, insicurezze, instabilità) e l'arresto della crescita del numero di stranieri che in futuro si recherà in Svizzera per lavorare. Secondariamente gli stipendi per gli operatori sanitari dovranno essere aumentati per mantenere una certa attrattività verso le professioni sanitarie. Il problema è che a causa dell'inflazione anche il materiale e le attrezzature saliranno di prezzo. Visto l'aumento dei costi dunque non sarà evidente migliorare nel breve-medio termine anche gli stipendi, rendendo meno attraente le professioni sanitarie (Swissinfo.ch, 2022).

Sulla statistica dell'aiuto alle dipendenze act-info dell'UFSP (2022), si registrano in svizzera, in media al giorno 47 500 persone che sono in trattamento per problemi di dipendenza e più di 2000 di queste persone hanno effettuato un trattamento stazionario in una struttura per le dipendenze. Riguardo la presa in cura di persone con problemi legati ad oppioidi e alcool, le richieste di aiuto dal 2013 ad oggi (2021), sono in leggera

diminuzione. Nonostante ciò l'alcool e gli oppioidi permangono i principali accusati per il quale le persone richiedono un trattamento presso centri di dipendenza con $\frac{3}{4}$ delle richieste di aiuto. Dai grafici consultati si nota un generale aumento delle richieste di trattamenti legati alla sostanza presso dei centri di dipendenza specializzati nella confederazione dal 2013 ad oggi (2021). Possiamo evidenziare un aumento delle richieste significativo nella cura dalla dipendenza da cocaina che in 8 anni sono aumentate del 90% (UFSP, 2022).

Questo a dimostrazione che le preoccupazioni degli intervistati sono fondate. Questo aumento potrebbe nel tempo realmente portare a una minore capacità e disponibilità da parte degli infermieri e di altro personale sanitario e sociale di relazionarsi con i pazienti e di intrattenersi con loro per migliorare la propria relazione terapeutica. Se ciò dovesse succedere realmente si potrebbero creare delle problematiche a livello di fiducia reciproca tra paziente e curante, di mantenere una buona aderenza terapeutica e potrebbero nascere maggiori conflitti tra pazienti e curanti vista la minore comunicazione.

Si può dire che tutti i pazienti intervistati dopo aver iniziato il trattamento sostitutivo, non hanno più avuto contatti con persone che reputavano negative per la loro salute. I pazienti mi hanno spiegato e confermato che loro hanno consumato inizialmente prevalentemente in un gruppo di amici o con un familiare oppure unicamente con un amico. Esistono però altri fattori di rischio che inducono l'inizio al consumo di una sostanza. Solo dopo esserne diventati dipendenti e aver iniziato una terapia sostitutiva con metadone, si sono resi realmente conto della negatività che trasmettevano queste persone.

Come è già stato citato in precedenza, secondo B. Sharma, A. Bruner et, al. (2016) la maggior parte delle volte sono i gruppi di pari che incitano una persona al consumo di sostanze stupefacenti, rischiando così di proiettare la persona verso un consumo incodizionato di una o più sostanze. Questi gruppi di pari che incitano e assecondano una persona a provare droghe, dagli intervistati, sono stati classificati come persone negative. La maggior parte delle persone che ho intervistato hanno iniziato a consumare l'eroina durante o verso la fine dell'adolescenza. Gli adolescenti sono molto più vulnerabili rispetto alle persone adulte sia alle influenze della società sia al livello di tolleranza della sostanza utilizzata. Infatti, gli adolescenti tendono a diventare dipendenti già a dosi molto più basse rispetto a quelle degli adulti (Fowler et al., 2007).

Negli adolescenti possiamo identificare dei fattori di rischio che possono portare più facilmente al consumo della sostanza come a fattori protettivi, ovvero fattori che limitano maggiormente il rischio di iniziare a consumare delle sostanze stupefacenti. Al fine di far comprendere meglio quali possono essere dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, è stata creata una tabella qui sotto riportata.

AMBITI	FATTORI DI RISCHIO	FATTORI PROTETTIVI
Individuo	Comportamenti aggressivi e precoci	Autocontrollo

Famiglia	Assenza di controllo da parte dei genitori	Controllo da parte dei genitori
Gruppo di pari	Abuso di sostanze da parte di amici e compagni	Il non abuso di sostanze da parte del gruppo di pari
Scuola	Disponibilità delle sostanze stupefacenti all'interno delle aree scolastiche	Politiche antidroga da parte della scuola
Istituzioni	Ragazzi che sono in affidamento	Monitoraggio da parte di professionisti riguardo le attività di svago del ragazzo
Comunità	Comunità povera, in cui non si evidenzia un forte controllo sui giovani da parte della comunità	Forte attaccamento al quartiere, si evidenzia un controllo sui giovani da parte della comunità

10. Implicazioni professionali

Durante lo svolgimento di questa tesi, mi sono reso conto di quanto una professione come quella dell'infermiere sia importante anche per una persona con diagnosi da disturbo di sostanze che sta intraprendendo un percorso di disintossicazione dall'eroina con una terapia sostitutiva. L'infermiere grazie alla sua moltitudine di competenza è in grado di prendere in cura globalmente dei pazienti. Questo gli permette di prendere in cura la persona sia a livello fisico sia a livello empatico – relazionale. Grazie alle interviste fatte personalmente ai pazienti, mi è stato confermato anche da questi ultimi, come il lavoro dell'infermiere all'interno di strutture di assistenza per le dipendenze, sia fondamentale. È importante che l'infermiere mantenga sempre un buon rapporto di fiducia con i propri pazienti e abbia con loro una buona comunicazione. Mantenendo aperto un canale di comunicazione fondato sulla fiducia reciproca e sul segreto professionale, i pazienti si sentiranno più liberi di esprimere i propri sentimenti, i loro problemi ed il loro vissuto.

Quali infermieri ci dovremmo sentire privilegiati nell'aver del tempo a disposizione per conversare con i pazienti. Noi infermieri solitamente, siamo la prima figura professionale sanitaria di contatto con cui il paziente si avvicina. Trovo importante, perciò, riconoscere che i colloqui che effettuiamo con loro in momenti prestabiliti oppure le conversazioni che svolgiamo in modo più rapido (ad esempio durante la consegna delle terapie), hanno sempre uno scopo, una finalità e non sono assolutamente fini a sé stesse.

È nostro compito identificare sempre le problematiche che emergono durante le conversazioni con i pazienti. Suddividere quali secondo noi ed il paziente sono i problemi prioritari ed esporli al resto del team: medici, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali ecc. in modo da lavorare su base coordinata con le diverse figure professionali e creare una vera e propria rete di supporto interdisciplinare che riesca a farsi carico a livello globale dei bisogni del paziente.

Durante la stesura di questa tesi ho anche potuto comprendere quanto sia importante il rispetto reciproco che ci deve essere tra l'infermiere e il paziente. La presa in cura della

persona con diagnosi da disturbo di sostanze deve essere attuata da parte dell'infermiere in modo professionale, senza nessuna forma di discriminazione, colpevolizzazione o di stigmatizzazione verso la persona con problemi di tossicodipendenza. Dobbiamo quindi essere noi infermieri inizialmente a far sentire un nuovo paziente a proprio agio. Se queste importanti "linee guida" non vengono rispettate da parte dell'infermiere, c'è il rischio che la relazione tra paziente e curante peggiori e di conseguenza peggiori la fiducia dei pazienti nei confronti del personale sanitario. Se questo accadesse anche l'aderenza terapeutica, molto probabilmente, non andrebbe a buon fine.

Agire in modo superficiale con i pazienti con diagnosi da disturbo di sostanze (non confrontarsi con loro rispetto la terapia o delle decisioni prese che lo riguardano in prima persona, prendendo ciò che dicono per scontato oppure ignorare le loro richieste) potrebbe anche portare a dei diverbi durante le discussioni tra l'infermiere ed il paziente. Il rischio è di entrare in simmetria con lui, litigando e alterando la nostra tonalità di voce per apparire superiori. Ciò è sbagliato e rischiamo di compromettere la relazione terapeutica.

Se si dovessero presentare delle situazioni simili durante l'eloquio, per cercare di mantenere la tranquillità all'interno della discussione è consigliabile a mio modo di vedere, utilizzare sempre l'assertività. Essere assertivi ci consente di comunicare alla persona interessata (in questo caso ai nostri pazienti) i nostri pensieri, sentimenti, consigli e opinioni facendo in modo però di non recare danni emotivi all'altra persona, offendendolo nelle sue ideologie, aggredendolo verbalmente, oppure obbligandolo ad esprimere un consenso positivo verso le nostre opinioni anche se il paziente in realtà è in disaccordo. L'assertività ci permette dunque di mostrare rispetto al nostro interlocutore e nello stesso tempo possiamo affermare in modo deciso il nostro punto di vista.

Come è stato anche evidenziato da tutti i pazienti intervistati, all'inizio della terapia con il metadone non sono riusciti a mantenere una buona compliance terapeutica, sia dal punto di vista farmacologico sia dal punto di vista del loro stile di vita. Un intervento più che importante sarebbe quindi quello di seguire maggiormente le persone che iniziano un nuovo percorso di terapia sostitutiva per disintossicarsi dall'eroina. Si potrebbe quindi fare più colloqui con i pazienti interessati e capire quali sono le loro difficoltà riguardo il giusto dosaggio, l'assunzione della sostanza, le difficoltà nel gestire la sua vita quotidiana, se insorgono comunque problemi di astinenza o se è sempre presente il desiderio di consumare la sostanza ecc. Questi colloqui dovrebbero essere svolti in modo regolare specialmente nei primi mesi, con una cadenza anche di 2,3 volte alla settimana.

I colloqui consentirebbero a noi infermieri di avere un quadro ben preciso della situazione del paziente e una tracciabilità delle sue condizioni nel corso della terapia farmacologica. Questo permetterebbe anche al paziente di avere un maggior supporto e una maggiore sicurezza in sé stesso. Così facendo si potrebbe limitare il numero di pazienti recidivi.

Ovviamente il tutto deve essere concordato con il paziente, il quale deve accettare senza nessun tipo di costrizione questo modo di procedere. In caso contrario si rischierebbe di metterlo in difficoltà.

Secondo il mio parere, la parte più gratificante del nostro lavoro è quella di poter essere al fianco dei nostri pazienti e riuscire ad aiutarli ad ottenere la migliore qualità di vita possibile. Sia dalla teoria appresa, sia dalla pratica nel corso degli stages, ho potuto comprendere che una delle cose primarie per un curante sia di non avere dei pregiudizi nei confronti dei pazienti presi a carico. Siano essi pazienti con problemi di tossicodipendenza che tutti gli altri. Trovo che un compito molto importante che noi infermieri siamo chiamati a fare, sia quello di sensibilizzare l'opinione pubblica ed anche colleghi di altri reparti che la tossicodipendenza è una malattia e che le persone con questo disturbo vanno curate, ascoltate e prese a carico come tutte le altre

11. Conclusioni

In conclusione, trovo di essere riuscito a completare tutti gli obiettivi che mi ero posto di raggiungere. Attraverso il mio lavoro, sono stato in grado di determinare quali sono i motivi principali per il quale un paziente con una diagnosi da disturbo da uso di sostanze, in un determinato momento della sua vita, decide di sottoporsi ad una cura sostitutiva con il metadone. Inoltre, mi sono reso conto di quanto in questa branca delle cure infermieristiche sia importante la relazione tra paziente e curante al fine di comprendere i bisogni, le paure, le preoccupazioni e le soddisfazioni dei pazienti. L'infermiere in questo caso, ma come ogni altro curante, figura sanitaria o sociale che sia, per svolgere al meglio questo lavoro dovrebbe possedere delle particolari capacità quali: la capacità di ascolto, la capacità di esprimere solidarietà, la capacità di favorire il distacco tra paziente e curante, la tolleranza. E' inoltre importante mantenere sempre una stretta relazione con il paziente al fine di essere sempre aggiornati sull'andamento della terapia.

Per quel che mi riguarda, ritengo che le interviste fatte ai pazienti, siano state per me molto preziose. In primo luogo, perché i racconti e le esperienze fatte dai pazienti ti vengono raccontate in prima persona con maggiori dettagli e storie più personalizzate. Secondariamente queste interviste raccontate da persone che hanno avuto questo tipo di esperienze ed in seguito sono entrate in terapia, ti mostrano il senso della realtà. Questo, messo a confronto con la letteratura, mi ha permesso di ottenere tutte le informazioni per completare la mia tesi.

Ammetto che non è stato facile riuscire a terminare questo mio lavoro, di cui ora ne sono molto orgoglioso e soddisfatto. Inizialmente non sapevo bene come strutturare la mia tesi. Non ero in grado di identificare i temi prioritari su cui concentrarmi per riuscire ad ottenere un buon quadro teorico. Dopo i consigli del mio direttore di tesi ho chiarito le mie idee e sono stato in grado di pianificare una buona stesura della mia tesi e di completarla. Inoltre, durante la prima intervista, vista la mia prima esperienza di questo genere, mi sono sentito in difficoltà in quanto non ero consapevole se stessi svolgendo il tutto in modo corretto nonostante i consigli che mi erano stati forniti. Riascoltandola successivamente invece, mi sono reso conto che ero riuscito ad estrapolare tutti gli elementi di cui avevo bisogno. Di conseguenza, nelle interviste successive mi sono mostrato più tranquillo e sicuro di ciò che stavo facendo, ponendo anche più domande.

In seguito al completamento della mia tesi, sono ancora più convinto di quanto io in futuro desidero lavorare con i pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze. Questi mesi

dedicati alla ricerca e di confronto diretto con persone che hanno sperimentato l'utilizzo di queste sostanze mi hanno fatto comprendere quanto sia importante visualizzare i vissuti e i loro punti di vista. Al momento ho le idee chiare e sicuramente saprò accompagnare i pazienti che lo necessitano in un percorso di cura di questo tipo. Sarò in grado di incentivare, nei pazienti, dei progetti sia lavorativi sia privati, quali per esempio interessarsi a nuovi hobby. Inoltre, questa tesi mi ha confermato quanto sia ampio e diversificato il campo delle cure infermieristiche dove non si smette mai di imparare nuove nozioni sia a livello di conoscenza teorica sia a livello di pratica professionale.

12. Ringraziamenti

Vorrei ringraziare innanzitutto il mio direttore di tesi Vincenzo D'Angelo per i preziosi consigli e l'aiuto che è stato in grado di fornirmi durante la stesura di questa tesi.

In secondo luogo, vorrei ringraziare il Centro di competenza Antenna Icaro di Bellinzona e tutto il personale per essersi messo a mia disposizione per darmi alcune informazioni importanti e soprattutto per avermi dato la possibilità e l'aiuto nel ricercare i pazienti che hanno di seguito preso parte all'intervista. Ringrazio ovviamente anche i pazienti che mi hanno dedicato il loro tempo e mi hanno fornito delle risposte preziose.

Ringrazio tutta la mia famiglia in particolare i miei genitori e i miei fratelli, inoltre, vorrei ringraziare i miei amici più cari e la mia fidanzata. Tutte queste persone mi hanno sempre supportato e sopportato soprattutto nei momenti più complicati della stesura di questa tesi e mi sono reso conto ancora una volta di quanto sia fortunato ad avere persone così al mio fianco.

Infine, ci tenevo a ringraziare i miei compagni di classe, soprattutto quelli con cui sono riuscito a legare maggiormente durante i miei anni di formazione presso la SUPSI. Con loro sono riuscito a mantenere un bel legame sia durante lo studio sia nella vita privata instaurando delle amicizie che vanno al di fuori delle mura scolastiche.

13. Bibliografia

AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). (2020). *Riassunto delle caratteristiche del prodotto*. Disponibile da https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it/aifa/servlet/PdfDownloadServlet?pdfFileName=footer_000549_029610_RCP.pdf&sys=m0b113

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). (2021). *“La promozione dell'empowerment in sanità”*. Disponibile da <https://www.agenas.gov.it/aree->

[tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/la-promozione-dell-empowerment-in-sanita](#)

Amato, L., Pani P, P. (2013). *Tossicodipendenze. Una guida alle basi razionali del trattamento*. Roma: Il pensiero scientifico editore

Ball et al., (2006)., Neale et al., (2008). Citati in: Leonieke C. van Boekel., Evelin P.M Brouwers., J, van Wheegel., & H, F.L. Garretsen. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review* (2013) <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Bikash, S., Bruner, A., Barnett, G., & Fishman, M. (2016). *Opioid Use Disorders* (3): 473-87.doi:10.1016/j.chc.2016.03.002. Epub.<https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1016/j.chc.2016.03.002>

Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il Mulino
Christa A. Gallagher, JonR. Keehner, Luis P. Hervé-Claude, Craig Stephen. (2021). *Health promotion and harm reduction attributes in One Health literature: A scoping review* DOI:10.1016/j.onehlt.2021.100284

D'Angelo, V. (2021). *Competenze al consumo*. Manno

Dipendenze Svizzera. G. Gmel, F. Labhart, E. Maffi. (2021). « *Traitement avec prescription de diacétylmorphine en Suisse. Résultat de l'enquête 2020* ». Disponibile da https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2022/HeGeBe-rapport-annuel_2020.pdf

Dipendenze Svizzera, In-dipendenze. (2019). "Eroina". Disponibile da <https://shop.addictionsuisse.ch/it/oppiacei-eroina/48-in-dipendenze-eroina.html>

Dr. A. Seidenberg. Platzspitz-Chronik. *Die vorliegende Platzspitz-Chronik entstand bei der Arbeit am Buch: Das Blutige Auge des Platzspitzhirschs*. Disponibile da <https://seidenberg.ch/platzspitz/platzspitz-chronik/>

Dr. Emilio Alessio Lo Iacono. (2018). *Differenza tra agonisti totali, puri, selettivi, parziali, coagonisti*. Disponibile da <https://medicinaonline.co/2018/07/06/differenza-tra-agonista-totali-puri-selettivi-parziali-coagonisti/>

Dugosh, K.L. & Cacciola, J.S. (2022). *Clinical assessment of substance use disorders*. UpToDate [https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/clinical-assessment-of-substance-use-disorders?search=Dugosh,%20K.L.%20%26%20Cacciola,%20J.S.%20\(2019\).%20Clinical%20assessment%20of%20substance%20use%20disorders.%20UpToDate%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/clinical-assessment-of-substance-use-disorders?search=Dugosh,%20K.L.%20%26%20Cacciola,%20J.S.%20(2019).%20Clinical%20assessment%20of%20substance%20use%20disorders.%20UpToDate%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

EOC, Istituto oncologico della Svizzera italiana. (2018). *Elenco dei farmaci oppioidi forti disponibili in Svizzera*. Disponibile da <https://www.eoc.ch/dms/site->

eoc/documenti/pallclick/farmaci/Farmaci-oppioidi-disponibili-in-CH---EOC_I-CURPAL-005/Farmaci%20oppioidi%20disponibili%20in%20CH%20-%20EOC_I-CURPAL-005.pdf

Garzanti, Definizione di “Paradisi Artificiali”. Disponibile da <https://www.garzanti.it/libri/charles-baudelaire-paradisi-artificiali-9788811363613/>

Gerard J. Tortora & Bryan D. (2009) *Principi di anatomia e fisiologia*. Bologna: Zanichelli.

Giancane, S. (2014). *Eroina. La malattia da oppioidi nell'era digitale*. Torino: EGA-Edizioni Gruppo Abele.

Grosso, L., Rascazzo, F. (2014). *Atlante delle Dipendenze*. Torino: Edizioni Gruppo Abele

Henry-Edwards, S., Gowing, L., White, J., Ali, R., Bell, J., Brough, R., Lintzeris, N., Ritter A., & Quigley, A. *Clinical guidelines, and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence*. Citati in: Ali, R., Lintzeris, N., & Mattick, R, P.,. (2009) *Pharmacotherapies for the treatment of opioid dependence. Efficacy Cost-Effectiveness and Implementation Guidelines*. New York: Informa Healthcare USA, Inc. Disponibile da <https://perpus.univpancasila.ac.id/repository/EBUPT181032.pdf#page=371>

Humanitas Reseach hospital. (2023). Definizione di naloxone. Disponibile da <https://www.humanitas.it/enciclopedia/principi-attivi/farmaci-attivi-sul-sistema-nervoso/naloxone/>

Ingrado, servizi per le dipendenze. (2022). “*Centro Residenziale Programmi e Obiettivi*”. Disponibile da <https://www.ingrado.ch/centro-residenziale/programmi-e-obiettivi>

Ingrado, servizi per le dipendenze. (2022). “Overdose” Disponibile da <https://www.ingrado.ch/dipendenze/sostanze/overdose>

Ingrado, servizi per le dipendenze. (2022). “*Terapie sostitutive*”. Disponibile da <https://www.ingrado.ch/dipendenze/sostanze/terapie-sostitutive>

Istituto europeo dipendenze (IEUD). E.Bignamini. (2022). “*Utilità del ricovero e della disintossicazione*” Disponibile da https://magazine.istitutoeuropeodipendenze.it/utilita-del-ricovero-e-della-disintossicazione/#Il_ricovero_per_la_disintossicazione_e_la_messa_a_punto_della_terapia_farmacologica

Kristin Wason, Annie Potter, Justin Alves RN, Loukas, Vanessa L. Lastimoso, Charmaine Sodder, Shereen BA. Caputo, Andrea LaBelle e Colleen T. (2021). *Addiction Nursing Competencies: A Comprehensive Toolkit for the Addictions Nurse* DOI: <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1097/nna.0000000000001041>

KODA-1, “*Heroingestützte Behandlung Bern*”. Disponibile da <http://www.koda.ch/aufnahme.html>

Louma (2007); Howard e Chung (2000). Citati in: Leonieke C. van Boekel., Evelin P.M Brouwers., J, van Wheegel., & H, F.L. Garretsen. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review* (2013) <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Medico e dipendenze Svizzera. (2022). *Metadone come sostanza*. Disponibile da <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/it/eroina/metadone>

Montanari, C., & Longo, C. (2005). *L'integrazione pluralistica nelle tossicodipendenze. Percorsi formativi e terapeutici*. Milano: Franco angeli Editore

Natan, MB., Beyil, V., & Neta, O. (2009). *Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: testing the Theory of Reasoned Action*. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566–573. DOI: <https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.1111/j.1440-172x.2009.01799.x>

Nizzoli, U. (1996). *Prendersi cura dei tossicodipendenti*. Issy-les-Moulineux: Ed. Masson

Nizzoli, U., Pissacroia, M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze Volume 1*. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A.

Regione Lombardia Direzione Sociale Dipartimento delle Dipendenze Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze – OTDT. (2017). *“Prevenire i disturbi da uso di sostanze in bambini e adolescenti a rischio: una review delle teorie e evidenze di efficacia della prevenzione indicata”*. Disponibile da <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/562/QUADERNO%206%20PREVENIRE%20INDICATA.pdf>

Regione Veneto. G. Serpelloni, M. Gomma, O. Bosco, G. Dianin. (1995). *“LINEE GUIDA PER LA TERAPIA SOSTITUTIVA CON METADONE NELLA DIPENDENZA CRONICA DA EROINA”*. Disponibile da http://www.dronet.org/lineequida/ligu_pdf/utorazmetad.pdf

Stefano Biasi. (2010). *La ricerca qualitativa in psicoterapia. Controversie, applicazioni e criteri di qualità*. Disponibile da <https://www.researchinpsychotherapy.org/index.php/rpsy/article/view/9/9>

Studocu, Prof.ssa Patrizia Ghirlandi. (2020). *“Metodologia della ricerca qualitativa”*. Disponibile da <https://www.studocu.com/it/document/universita-degli-studi-di-trento/metodologia-della-ricerca-qualitativa/metodologia-della-ricerca-qualitativa/8200557>

Swissinfo.ch. (2016). *“Il mercato europeo delle droghe pesanti”* Disponibile da https://www.swissinfo.ch/ita/il-needle-park-di-zurigo-il-mercato-europeo-delle-droghe-pesanti/37732144?utm_campaign=own-posts&utm_source=swissinfoch&utm_content=o&utm_medium=displaylist

Swissinfo.ch. (2016). “*La Svizzera, pioniera di una politica umana delle droghe*”. Disponibile da <https://www.swissinfo.ch/ita/modello-dei-quattro-pilastr-i-la-svizzera-pioniera-di-una-politica-umana-delle-droghe/42102056>

Swissinfo.ch. (2017). “*Esattamente 25 anni fa Zurigo evacuava il Platzspitz*”. Disponibile da <https://www.swissinfo.ch/ita/multimedia/scena-aperta-della-droga-esattamente-25-anni-fa-zurigo-evacuava-il-platzspitz/42934910>

Swissinfo.ch. (2022). “*Grande penuria di personale ospedaliero in Svizzera da qui al 2040*”. Disponibile da <https://www.swissinfo.ch/ita/tutte-le-notizie-in-breve/grande-penuria-di-personale-ospedaliero-in-svizzera-da-qui-al-2040/47965500>

SUPSI DSAN. (2011). Competenze finali per le professioni sanitarie SUP: *Competenze professionali specifiche del ciclo di studio in Cure Infermieristiche*. Disponibile da <https://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html>

Tavolino Magico. (2022). “*Responsabile - Solidale – Imprenditorialità*”. Disponibile da <https://www.tischlein.ch/it/su-di-noi/organizzazione/>

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP. (2013). “*Terapia sostitutiva in caso da dipendenza dagli oppiacei*”. Disponibile da https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/tossicodipendenze/BAG_Brosch_SGB_it_220_713.pdf

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Divisione programmi nazionali di prevenzione (2015) “*Strategia nazionale dipendenze 2017-2024*”. Disponibile da <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP. (2020). “*Piano di misure 2021- 2024 della strategia nazionale dipendenze 2017-2024*”. Disponibile da <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht/massnahmenplan-nationale-strategie-sucht.html>

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP. (2022). “*Morti per droga*”. Disponibile da <https://ind.obsan.admin.ch/it/indicator/monam/morti-per-droga>

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP. (2022). “*Statistica dell’aiuto alle dipendenze*”. Disponibile da https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/npp/sucht/suchtberatung-therapie/act-info-berichte/2021/faktenblatt_suchthilfe_act-info_21.pdf.download.pdf/1i_scheda%20informativa%20act-info_21.pdf

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP. (2022). “*Terapia basata sulla prescrizione di diacetilmorfina (eroina)*”. Disponibile da <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP. (2022). “*Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei*”. Disponibile da <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html>

Van Beusekom et Iguchi, (2001) citati in: Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze (SSAM). (2006). “*Raccomandazioni mediche per la terapia sostitutiva (TS) nella dipendenza da oppioidi*”. Disponibile da https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/tossicodipendenze/Raccomandazioni_SSA_M.pdf

World Health Organization WHO. (2015). “*Who report on the global tobacco epidemic, 2015*”. Disponibile da https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178574/9789240694606_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Questa pubblicazione, “Il motivo per il quale una persona con diagnosi da disturbi da uso di sostanze (eroina) inizia a disintossicarsi con una terapia sostitutiva a base di metadone: una ricerca qualitativa fenomenologica”, scritta da Nicola Gianatti è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

14. Allegati

Allegato 1

Tabella utilizzata come promemoria per poter porre con una maggiore facilità e scorrevolezza le domande ai pazienti che si sono gentilmente proposti di essere intervistati.

<i>Tema: Esordio del consumo della sostanza</i>	<i>Tema: L'inizio della terapia con il metadone</i>	<i>Tema: La ricaduta e le sue problematiche</i>	<i>Tema: La relazione con il personale</i>	<i>Tema: Il cambiamento nei rapporti</i>
---	---	---	--	--

			<i>sanitario e sociale</i>	<i>interpersonali</i>
1. Quali sono i motivi che l'hanno portata a consumare eroina ?	2. Quali sono i motivi che l'hanno portata ad intraprendere un percorso di terapia con il metadone?	3. Ha già avuto degli episodi di ricaduta ? per quale motivo pensa che si siano manifestati?	4. Il ruolo degli operatori curanti per aiutarla nel suo percorso è stato ed è tuttora fondamentale? Cosa si aspetta dal personale curante che l'ha in cura?	5. Cosa è cambiato a livello sociale e ai rapporti interpersonali da quando ha iniziato il percorso con la terapia metadonica?
DOMANDE DI SUPPORTO	DOMANDE DI SUPPORTO	DOMANDE DI SUPPORTO	DOMANDE DI SUPPORTO	DOMANDE DI SUPPORTO
Chi o che cosa l'hanno condizionata?	Chi o che cosa le ha fatto comprendere che doveva iniziare questa terapia?	Come si è resa/o conto che stava avendo una ricaduta?	Quali aiuti si aspettava le dessero gli operatori curanti? E invece quali aiuti le hanno dato?	Come sono cambiate le sue abitudini da quando ha iniziato la terapia metadonica?
Tra quello che mi ha detto c'è stato effettivamente qualcosa che ha inciso più delle altre? Si/No ... Quale	Tra quello che mi ha detto c'è stato effettivamente qualcosa che ha inciso più delle altre? Si/No ... Quale	È stato complicato affrontarla? per quali motivi?	Quali sono le sue aspettative verso il personale curante?	La sua rete sociale è cambiata oppure ha mantenuto contatti di quando utilizzava eroina?
Come si è reso conto che stava iniziando a consumare eroina?	Quale senso ha avuto per lei incominciare una terapia con metadone?	Fattori che pensa l'abbiano portata alla ricaduta? (insoddisfazione della terapia? Cerchia sociale, stato d'animo ecc)	Cosa pensa che possa fare in più, oppure cosa potrebbe migliorare il personale curante per aiutarla in questo suo percorso?	In che modo è riuscita a fare nuove conoscenze? È stato faticoso rinunciare a frequentazioni che potevano essere controproducenti per la terapia?
	Personalmente cosa ne pensa del metadone come medicamento? Cosa le trasmette? Come l'aiuta? Per cosa	Chi o che cosa l'anno poi aiutata a riprendere il percorso della terapia con il metadone?	Quali sono le aspettative che ha verso il personale curante?	

	l'aiuta?			
	Cosa si aspettava che cambiasse quando ha iniziato questa terapia?			

Allegato 2

Questo secondo allegato riguarda la prima intervista svoltasi con un paziente presso il centro di competenza per le dipendenze a Bellinzona.

Questo paziente lo avevo già conosciuto in precedenza, durante uno stage svolto proprio al centro di competenza per le dipendenze a Bellinzona, per questo motivo lui mi ha proposto di darci del tu durante l'intervista e inoltre abbiamo parlato in dialetto. Questo è stato a mio avviso un grande vantaggio in quanto ci ha consentito di poter fare un discorso più sciolto, colloquiale e naturale.

Come ho detto in precedenza, l'intervista è stata svolta in dialetto ed in seguito trascritta e tradotta in italiano. Ho deciso però di mantenere certe parole (quelle più significative) sotto la forma dialettale così da poter trasmettere maggiormente al lettore il senso d'importanza delle parole che sono state pronunciate dall'intervistato. Ovviamente sarà mio compito segnalare la parola in dialetto e apportare la traduzione a fianco.

Paziente: Prima di iniziare l'intervista vera e propria vorrei giusto fare dei chiarimenti sulla mia persona, allora: io non mi considero il tipico tossico che solitamente viene additato dalla società e che gira per le strade senza una meta evidente. Io fino a qualche anno fa lavoravo e ho lavorato per la maggior parte della mia vita per circa trent'anni e più. Ho una moglie da 30'anni e sono ancora sposato con lei, ho dei figli/e, 2 delle quali hanno svolto e terminato anche un percorso universitario. Con questo non voglio dire che sia un metodo di valutazione di un genitore o di una persona, avere dei figli che abbiano terminato il ciclo universitario. Con ciò volevo dire però, che nonostante l'utilizzo di eroina per più di trent'anni, sono riuscito anche a prendermi cura della mia famiglia e a fare in modo che i miei figli/figlie riuscissero a fare quello che volevano nel loro percorso di vita.

Io a mio modo di vedere, considero il consumo di sostanze (nel mio caso di eroina) una malattia e non un vizio. Non so dare realmente un motivo del perché, io semplicemente la penso così. Inoltre, vorrei anche aggiungere che durante il periodo in cui ho consumato eroina, non ho mai dovuto rubare niente a nessuno per comprarmi la sostanza; né mi sono mai prostituito, insomma, mi sono sempre arrangiato.

Io: Grazie per questa breve introduzione, a questo punto allora io inizierei con le domande.

Paziente: Vai!

Io: quali sono i motivi che ti hanno spinto, ti hanno portato ad iniziare a consumare l'eroina?

Paziente: allora io posso dirti che con l'eroina ho iniziato relativamente tardi ho iniziato circa a trent'anni. Quando ero adolescente mi fumavo qualche cannetta e dai 20 ai 30 anni consumavo alcolici ma non in quantità elevate da poter dire che ero un alcolista, insomma nulla di preoccupante.

A trent'ann, mi ho incominciò con la "roba" perché... eh perché... bela domanda che te me facc! Traduzione; A trent'anni io ho incominciato con la "roba" (intesa come eroina) perché...eh perché... bella domanda che mi hai posto.

Io verso i trent'anni avevo un lavoro, un bel lavoro in ferrovia, con un buon stipendio ovviamente non il direttore generale, ma comunque una buona posizione. Avevo comprato una casa con mia moglie, avevo già i miei figli, tutti in salute. Per questo motivo non posso dirti che mi è capitato qualcosa tipo "un fulmine a ciel sereno". Sai tante persone che iniziano a utilizzare sostanze hanno dei motivi molto specifici tipo: il divorzio, oppure un problema di soldi e di debiti ecc. Io invece no, non lo so di preciso!

Io: Pensi quindi che siano più cose insieme che ti hanno condizionato?

Paziente: Io penso, nel mio caso che sicuramente ero già un po' soggetto al consumo, visto che da adolescente mi fumavo le canne e consumavo bevande alcoliche e da giovane inoltre ero anche un po' contro le istituzioni anche se lavoravo in ferrovia. Ecco non mi sono mai fatto dei grandi problemi a fare determinate cose, a provare determinate cose anche se erano proibite. Un'altra cosa che sicuramente mi ha condizionato è il fatto che ero giovane; avevo più o meno trent'anni e avevo un lavoro a turni che cambiavano molto spesso. Per farti un esempio durante la settimana avevo turni dove iniziavo alle due del mattino, finivo alle sei del mattino e poi dovevo ricominciare a lavorare il pomeriggio: dovevo lavorare il pomeriggio e la notte. *Insoma, gheri una vita tuta un po' sbalada.* Traduzione; Insomma avevo una vita quotidiana irregolare.

Inoltre, avevo i miei figli/figlie, io sono stato sempre presente per loro, li portavo all'asilo, li portavo in giro a fare delle passeggiate ecc. Inoltre, la casa che avevo comprato insieme a mia moglie aveva bisogno di essere in parte restaurata. Ovviamente a circa 30 anni nonostante un buon lavoro non puoi permetterti di chiamare un professionista per aggiustare o modificare qualsiasi parte della casa tu voglia. Per questo motivo per farti un esempio, io lavoravo là dalle 4 del mattino a mezzogiorno, poi dormivo due o tre ore e successivamente andavo fuori in giardino, e *pe dopo el lavor picc e pala amò tri o quatro or.* Traduzione, e successivamente dopo il mio lavoro stavo ancora io da solo a ristrutturare casa per tre o quattro ore.

Poi un giorno una persona mi ha fatto provare a sniffare eroina, così mi sono reso conto che inizialmente, con quella sniffata andava tutto bene a livello fisico e mentale, mi toglieva via tutta la fatica sia a livello fisico sia a livello mentale. Mi aiutava a gestire meglio la mia vita. *Pe però... tet fe una riga incö, ten fe una dopo des di e pe dopo el periodo el se riavisina semprò pise e pe un bel di te se in m****.* Traduzione: Poi però... ti fai una riga oggi te ne fai una dopo 10 giorni e poi il periodo in cui ti fai diventa sempre più ravvicinato e poi un giorno ti ritrovi nella m****.

Insomma, eroina... già il nome vuol dire tutto, è lei che ti comanda... ovviamente adesso non ci piango sopra perché ognuno è responsabile delle proprie azioni, però la sostanza è molto forte. Nei momenti di debolezza ci cadi dentro molto facilmente è molto più difficile poi venirne fuori.

Io: Volevo chiederti se per caso, la persona che te la fatta provare e te l'ha fornita più volte, ha inciso sulla tua scelta di continuare ad utilizzare eroina.

Paziente: No no io non sono mai stato condizionato né obbligato da nessuno. Dopo averla provata le prime volte sono andato io, infatti, a chiedere a questa persona. Non subito il giorno dopo ma anche dieci giorni dopo averla provata, sono andato a vedere se aveva ancora una dose da darmi e poi è diventata un'abitudine.

Io: Com'è che ti sei reso conto che stavi incominciando ad utilizzare tanto l'eroina, ad abusarne?

Paziente: Parlando con altre persone che sono state dipendenti nel corso degli anni, mi hanno sempre raccontato i soliti discorsi durante il primo periodo di consumo, ovvero *“eh ma sono io che la gestisco”* ma in realtà sappiamo tutti che non è così. Io ti posso dire che mi sono reso conto che stavo utilizzando l'eroina frequentemente quando a casa avevo delle scorte per 3-4 giorni e poi magari il quinto giorno non riuscivo a trovarla e qui iniziavano i problemi. Ho incominciato a sudare diventavo molto più nervoso rispetto a prima, avevo anche difficoltà a connettere quello che mi veniva detto mi veniva chiesto. Avevo difficoltà a leggere determinati testi non riuscivo a comprenderli appieno non riuscivo a più a concentrarmi e in quel momento mi sono detto tra me e me: C**** *Paziente* hai un problema. Però ho continuato ad utilizzarla perché il beneficio che ti dava l'eroina era comunque meglio di quel *“problemino”* (il comprendere che si sta concludendo una dipendenza da sostanze) e soprattutto il beneficio che ti dava l'eroina era superiore a quei 3-4 giorni quando magari stavi in astinenza perché non trovavi la sostanza. Se tu non ci sei dentro, puoi capire la situazione, ma sono sicuro che non la potrai mai comprendere appieno.

Io: quali sono i motivi o il motivo per cui hai voluto iniziare una terapia metadonica?

Paziente: Ecco questa è una domanda molto interessante. Allora, io ti posso dire che ho più di cinquant'anni e la prima volta che ho iniziato a utilizzare il metadone come terapia avevo cinquant'anni. Ho fatto quindi circa vent'anni senza una cura metadonica. Devo dirti però, che nei primi tempi quando avevo iniziato a consumare l'eroina, ora non so dirti esattamente quando, avevo un medico di famiglia, un bravo medico. Io gli raccontavo del mio consumo e lui mi teneva *“tra virgolette”* sotto controllo. Io un giorno gli avevo proposto di cosa ne pensava che iniziassi a seguire una terapia metadonica, perché ero curioso di provare. Lui però mi aveva detto che era meglio evitare visto che avevo già dei problemi con l'eroina e aveva paura che se avessi provato il metadone avrei poi avuto problemi con entrambe le sostanze. Io quindi dopo quella conversazione non ho più chiesto niente.

Nonostante ciò, io dopo 4-5 anni circa che utilizzavo l'eroina per riuscire far cessare l'astinenza nei giorni in cui non riuscivo ad utilizzare l'eroina, *“ho incominciò a crompà el metadon de sfroos, ala fin el metadon tel cromptava anca al Parco Ciani a Lügen”*.

Traduzione: ho iniziato a comprare il metadone illegalmente, alla fine il metadone lo potevi comprare al Parco Ciani a Lugano). Visto che comunque avevo sempre i miei figli a casa e non ero in cura metadonica, avevo sempre 2 - 3 boccette di metadone di riserva nel frigo o nel congelatore. Se stavo male, se ero in astinenza e non avevo a disposizione l'eroina, per i motivi più svariati: non avevo i soldi, non riuscivo a trovarla oppure lo spacciatore che te la portava sempre un giorno non te la può consegnare. Perciò, per non diventare nervoso e per riuscire a gestire la giornata per essere in grado anche *“de sctà da dre ai me fiö/ tosan, perché sia ciar, mi ho sempro dai la priorità a lor (e chesto lé molto important da di!) tesevi giò sto metadone e pe l'indoman sa vedeva come fa.”* Traduzione: di prendermi cura dei miei figli/figlie, perché sia chiaro, io ho sempre dato la priorità a loro (e questo è molto importante da sottolineare) utilizzavo il metadone e poi il giorno dopo si vedeva come fare (per riuscire a procurarsi l'eroina).

Durante i vent'anni di consumo di eroina ho quindi sempre utilizzato il metadone per interrompere per un po' di tempo l'astinenza fino a quando non ero in grado di trovarmi una nuova dose.

Ecco perché ho iniziato la terapia con il metadone; perché sono stato arrestato, sono stato in prigione nella prigione di ***** per circa ** giorni. In prigione tutte le mattine per il periodo che ci resti ti consegnano una dose giornaliera di metadone. La quantità viene gestita e decisa in base a quello che dici allo psichiatra durante il colloquio che fai con lui. Una volta accordata la dose, mi consegnavano il metadone tutte le mattine. Io ingenuamente ho pensato che quando uscivi di prigione, visto che avevi iniziato a consumare il metadone lo avevi di diritto e che quindi, ti avrebbero aiutato loro a trovare qualcuno con cui poter continuare ad utilizzare il metadone come terapia. Invece no, quel giorno in cui tu esci dalla prigione ritorni tale e quale a prima, nessuno ti aiuta e quindi nonostante hai seguito per ** giorni la cura e sembrava andare bene *tet ributa subit in da la roba* traduzione: ricominci subito a riutilizzare l'eroina. Io sono uscito un venerdì sera dalla prigione ed ero convinto voler iniziare una terapia metadonica. E invece no, nessuno mi ha aiutato mi sono dovuto arrangiare da solo a trovare qualcuno che mi facesse iniziare un percorso di disintossicazione con il metadone. E così ho fatto, ho contattato il centro di competenza per le dipendenze il lunedì mattina e da lì a poco avevo iniziato la terapia metadonica.

Io: Quindi praticamente ciò che ti ha spinto definitivamente a provare ad iniziare e seguire una terapia con il metadone è stato il fatto che hai assunto il metadone per ** giorni senza utilizzare eroina?

Paziente: allora devo dire che sicuramente il fatto di consumare il metadone per questo periodo di tempo ininterrottamente ha aiutato. Inoltre, c'è da dire che a circa cinquant'anni per la prima volta sono stato in prigione. Questo per me è stato uno shock non tanto per la mia persona, ma avevo a casa una moglie con la quale stavo insieme da una vita, avevo a casa i miei figli/figlie che erano adolescenti ai quali voglio un sacco bene e loro ne vogliono a me. Il fatto quindi di stare in prigione senza avere nessun contatto con il mondo esterno mi ha fatto emergere diecimila pensieri che non sto qui a spiegarti. La prigione, insomma, mi ha dato tutta un'altra visione della vita che stavo facendo. E questo è stato anche un motivo per il quale ho iniziato la terapia metadonica.

Poi ovviamente durante il periodo per il quale ho utilizzato il metadone mi sono reso conto che era molto più comodo averlo sempre a portata di mano, perché te lo consegnavano. Perché alla fine, sai, andare a cercare l'eroina tutti i giorni è uno stress sia a livello mentale sia a livello fisico. E questo stress che si veniva a creare, in conclusione mi faceva venire ancora più voglia di abusare dell'eroina. Invece se hai il metadone a portata di mano, sei molto più tranquillo.

Io: Penso anche che a livello economico non fosse un buon affare comprare tutti i giorni eroina.

Paziente: Ah sì questo in primis, e poi non è da considerare solo questo fattore, ma a volte i soldi non li hai. Io come ho già detto non mi sono mai prostituito e non ho mai rubato, ma conosco tanta gente che ha dovuto fare queste cose per potersi procurare l'eroina. Ecco, in merito a ciò, posso dirti che io a volte riuscivo a procurarmi l'eroina gratuitamente, perché avevo un grande vantaggio rispetto agli altri, avevo la patente della macchina. Ero uno dei pochi che nel giro aveva la patente. Tanti se l'erano fatta ritirare o non l'avevano mai fatta. Grazie a questo mio vantaggio, accompagnavo gli spacciatori del Ticino a Zurigo o a Rapperswil a ritirare da altri spacciatori l'eroina di cui avevano bisogno e io in cambio del viaggio che gli fornivo non venivo pagato in soldi, ma venivo pagato in dosi di eroina. Questo mi permetteva di "sbarcare il lunario".

Io: Grazie mille per le tue risposte, adesso vorrei passare alla prossima domanda.

Paziente: Vai!

Io: Volevo chiederti se avessi già avuto degli episodi di ricaduta durante la terapia metadonica e se li hai avuti, per quale motivo si sono manifestati?

Paziente: io vorrei conoscere qualcuno che durante la sua cura metadonica non si sia mai più fatto almeno una righetta di eroina. Io ovviamente da quando sono in cura metadonica posso solo dire grazie che esiste questa cura e grazie che esiste anche il centro di competenza per le dipendenze, perché veramente, sono un beneficio. Però sì, è chiaro che a me è capitato anche più di una volta. Saltuariamente mi veniva voglia di consumare eroina in concomitanza con il metadone.

A volte per me bastava vedere delle immagini che mi ricordavano i momenti e le sensazioni in cui consumavo eroina per ritornare a consumarla. Per farti un esempio quello che mi vendeva di solito l'eroina aveva una bici rosa. Io quando vedevo questa bici rosa fuori da un bar "metadone o no che prendevo" mi veniva voglia di usare l'eroina e all'inizio la usavo anche. Quindi, questo per dirti, quanto può essere forte la sostanza. Nel mio caso ci sono delle immagini o delle situazioni alle quali associo i momenti in cui consumavo eroina e ciò mi fa ritornare la voglia di consumarla.

Allora durante gli anni che ho intrapreso la terapia metadonica ho imparato a fare una grande prevenzione su me stesso. Quindi mi sono trovato degli hobby e soprattutto non devi essere stressato, non devi indurti lo stress da solo. Se non lavori su te stesso, se non impari a conoscerti, a prevenire le situazioni che ti inducono a consumare l'eroina, quindi, è molto probabile che prima o poi tornerai ad utilizzarla.

Io: Quindi tu hai anche scoperto per caso un qualche hobby che ti ha aiutato a non ricadere nell'utilizzo di eroina?

Paziente: Allora io prima di tutto fino a qualche anno fa ho lavorato e questo mi ha sempre tenuto impegnato poi, ho i miei figli/figlie che visito spesso e volentieri. Ho un orto dove coltivo e faccio i miei lavori per distrarmi dalle ore libere che ora, ho visto che non lavoro più. Fino a un mese fa avevo persino un cane che mi ha tenuto compagnia per tanti anni e che ogni giorno lo portavo a fare delle lunghe passeggiate anche di un'ora e più, sia alla mattina, sia alla sera. Leggo, a me piace tanto leggere i romanzi. A casa ho un caminetto a legna quindi, piuttosto che andare a comprare la legna quando ho tempo vado nel bosco e mi taglio la legna da solo.

Ah ecco, consci il **** ***** che lavora qui come *****?

Io: Sì certamente!

Paziente: Mi diceva che ci sono dei canali, nella nostra testa, metaforicamente parlando ovviamente, che tu devi riempire. Se tu non riesci a riempire questi canali ti viene voglia di consumare la sostanza. Se invece riesci a stoppare questi canali con degli hobby, ad esempio, ipoteticamente potresti vedere anche quelle determinate cose che prima ti facevano venire voglia di consumare l'eroina, ma che invece dopo aver lavorato su come bloccare questi canali ti lasciano indifferente. Ed è quello che cerco di fare.

Io: Grazie mille *** per le tue risposte. Allora adesso ti farò la prossima domanda che tratta le relazioni con il personale sanitario, secondo te è stato fondamentale il ruolo dei curanti che ti stanno aiutando nel percorso di terapia e che ti hanno accolto durante l'inizio della tua terapia?**

Allora prima di ciò volevo parlarti di mia moglie che tra l'altro di professione è anche ***** quindi diciamo che ha anche delle determinate conoscenze rispetto alla mia condizione e poi ha lavorato per un periodo a *****. Che è stata con me per una vita. Ecco, lei ha avuto una parte fondamentale nella mia vita.

Io. Lei è stata quindi per te anche una sorta di curante, cioè, lei si è presa anche cura di te?

Io non so dirti se un familiare può passare anche come curante però in questo caso io ti dico di sì. Visto il lavoro che fa certi discorsi con me e certe problematiche che mi ha aiutato ad affrontare l'ha fatto sicuramente meglio di una commessa per esempio, (con tutto il rispetto per chi fa la commessa ovviamente).

Poi, invece rispetto al personale curante, medici psicoterapeuti, infermieri assistenti sociali eccetera quando sono arrivato qui al centro di competenza per le dipendenze per la prima volta mi sono sentito felice, ero positivo al 100%. Poi ovviamente anche a causa di alti e bassi ci sono stati dei momenti un po' negativi. Quando c'era il medico, prima di questo che c'è attualmente, a volte litigavamo e ci urlavamo anche contro, perché io magari volevo qualcosa che lui era contrario darmi. Quindi ci mandavamo un po' a quel paese a vicenda. Ma in fin fine questo fa anche un po' "parte del gioco" perché non sarebbe stato neanche giusto che tutti mi dicessero sempre "*sì fai pure questo o fai pure quello senza problemi*".

Io: le aspettative che avevi verso il personale curante quindi a tuo modo di vedere sono state positive?

Paziente: Allora se io dovessi mettere su una scala da 1 a 10 la positività che mette il personale curante a disposizione di nuovi pazienti ti direi 8.5 e quei pochi punti che mancano a raggiungere la perfezione, che tra l'altro secondo me la perfezione non esiste, ma sono sicuramente delle questioni di carattere tra me e il personale curante che a volte non vanno. Ma reputo anche normale che non vanno sempre bene. Però io, comunque, vedo che qua cercano sempre di fare il massimo per noi. Di altro non saprei cosa dire, passiamo pure alla prossima domanda.

Io: Okay, bene, allora passiamo all'ultima domanda che riguarda i tuoi rapporti interpersonali, ovvero, da quando hai iniziato la terapia metadonica hai mantenuto gli stessi contatti che avevi anche quando consumavi l'eroina oppure hai chiuso con queste persone?

Paziente: Allora, lo ho tagliato tutti questi contatti, io non posso più avere contatti con queste persone. Perché, non è per farti un esempio come se tu smettessi di giocare a calcio, però con i tuoi ex compagni di squadra vai ancora al bar a berti una birra e a parlare del più e del meno. Perché con il tempo ho imparato che se vuoi venirci veramente fuori o almeno limitare e contenere il tuo consumo di eroina non devi più avere niente a che fare con loro.

“Perché Nicola veramente, tel disi ciar e net, le asé uno sguardo che chel li al capis che te ghe bisegn de una dose”. Traduzione: Perché Nicola veramente, te lo dico chiaramente, è abbastanza uno sguardo che quella persona capisce che hai bisogno di una dose.

Ormai quelli per me sono diventati dei contatti negativi, che poi per una vita mi sono serviti e mi hanno aiutato a trovare ciò di cui avevo bisogno. E anche tutt'ora quelle poche volte che mi sento che ho bisogno di utilizzare la sostanza non vado da loro ma vado al parco, a caso e se non trovo niente torno a casa tranquillo, perché so di essere in pace con me stesso. Perché se faccio così almeno non instauro un rapporto con nessuno e non mi sento obbligato ad andare da qualcuno in particolare a cercare la sostanza.

Solo per farti un'altro esempio, prima avevo tutti i numeri di telefono di quelle determinate persone che sapevo che potevano procurarmi la sostanza. Li ho eliminati tutti, ho buttato via tutto quello che avrebbe potuto relazionarmi con loro.

Io: Ecco se non hai più niente da dirmi abbiamo finito con le domande, ti ringrazio veramente tanto per la tua disponibilità

Paziente: No non ho più niente da dire, ma grazie mille per le domande interessanti che mi hai fatto, se in futuro avrai bisogno, non farti problemi a contattarmi.

Allegato 3

In questo terzo allegato è presente la seconda intervista che è stata fatta sempre al servizio per le dipendenze Antenna Icaro. La persona intervistata è una donna. Avevo già avuto l'opportunità di conoscerla e di parlare con lei durante il mio precedente stage presso l'Antenna Icaro. Quando gli ho perciò proposto di fare l'intervista ha accettato volentieri.

Anche in questa intervista per porre le domande e per conversare con la persona intervistata non è stato necessario utilizzare la forma di cortesia in quanto mi è stato richiesto esplicitamente dalla paziente che per lei sarebbe stato più comodo utilizzare una forma più colloquiale.

Io: Bene, allora *** se sei pronta possiamo iniziare con la prima domanda, che è questa, quali sono i motivi che ti hanno portata ad utilizzare l'eroina?**

Paziente: allora principalmente sono stata condizionata da persone che avevo in famiglia, mio fratello infatti consumava eroina. Secondariamente la consumava anche mio cugino. Mio fratello sapevo che consumava eroina, ma non ne parlava mai e lui cercava di non tirarmi dentro nel giro. Lui cercava di proteggermi, non mi raccontava mai quello che faceva o quello che consumava. Invece mio cugino era l'opposto lui mi raccontava sempre che la sostanza gli dava un bell'effetto, era rilassante lo calmava lo aiutava a gestire lo stress e mi condizionava nel volerla provare. Inoltre, mio cugino mi comunicava che andava a comprare l'eroina con mio fratello che era lui che gliela portava, che la provavano insieme e questo mi ha anche condizionato. Mi incuriosiva fino a quando un giorno l'ho provata, anche se sinceramente la prima volta che l'avevo provata non sapevo nemmeno che stessi sniffando eroina.

Io: Ma la prima volta te l'aveva fatta provare tuo cugino senza che ti informasse sulla sostanza che stavi assumendo?

Paziente: no la prima volta avevo all'incirca x anni e me la fece provare un ragazzo, il quale appunto non mi disse neanche che sostanza fosse. Pensa te come ero "ragazzina" che non avevo neanche chiesto cosa fosse... Lui la chiamava "la Lozza". Tra l'altro, solo un paio di anni dopo, crescendo e avendo più consapevolezza della sostanza, mi resi conto che quella lì fosse stata la prima volta che avevo utilizzato eroina.

Io poi con gli anni mi sono data una risposta da sola. Il consumare eroina per me era un modo per nascondermi dagli altri. Infatti, avevo e ho tutt'ora un'insicurezza nel relazionarmi. Che alla fine abbiamo tutti, o almeno tante persone e io ho cercato di nascondere in questo modo. Così facendo mi sono creata il mio mondo: stavo chiusa in casa, consumavo la sostanza, non avevo molto contatto con le persone e dal mio punto di vista in quel momento mi sembrava di stare bene. Insomma, mi davo un po' di illusioni.

Io: Dopo quindi a quel primo utilizzo della sostanza, e a quelli seguenti, quando ti sei resa realmente conto che eri diventata dipendente dall'eroina?

Paziente: e mi sono accorta dal bisogno. Se il giorno dopo non ce l'avevi quando ti svegliavi ti rendevi conto che l'unica cosa che potevi fare per stare meglio, era quella di

andare a cercarla. Poi ovviamente quando inizi ad avere i sintomi della dipendenza la situazione peggiora.

Io: Grazie mille per queste prime risposte, adesso se a te va bene passiamo alla prossima domanda! Quali sono invece i motivi che ti hanno portata a decidere di iniziare un percorso con il metadone?

Paziente: In primis l'astinenza e i suoi sintomi. Io lavoravo, quindi l'idea, era quella di iniziare la terapia con il metadone per poi riuscire a smettere di consumare l'eroina. Ma così purtroppo non è andata, non ci sono riuscita.

Allora io prendevo il metadone quando lavoravo ma se per esempio alla sera finivo tardi e mi veniva pallino, andavo a cercare l'eroina e la consumavo poi insieme al metadone. Quindi possiamo dire che l'utilizzo del metadone non era una terapia, diciamo, a scopo di bene, ma era il metadone più che altro che mi aiutava a coprire i sintomi astinenziali.

Io, comunque, non ci sono mai riuscita a smettere di utilizzare l'eroina in concomitanza con il metadone, ci ho provato, sì, più di una volta, ma non mi ha mai dato un vero beneficio nel senso di terapia.

Io: Quindi per te nonostante tutto, ha avuto comunque un senso aver provato la terapia con il metadone?

Paziente: Sì, aveva un senso per non avere i sintomi astinenziali, per non avere il manco, non avere i dolori, per avere "un paracadute" quando non potevo trovare l'eroina.

Il metadone secondo me può anche essere controproducente, conosco gente ad esempio, che ha iniziato ad utilizzarlo per disintossicarsi dall'eroina e poi è finita per "sballarsi" con il metadone. Ovviamente c'è anche gente che è in grado di utilizzarlo correttamente, nel mio caso purtroppo non è stato possibile.

Io: Visto che il metadone a te non ha aiutato come avresti voluto, adesso che terapia stai seguendo?

Paziente: io adesso utilizzo il Subutex e devo dire che sta funzionando bene visto che sono tanti mesi che non consumo e con questo medicamento non ho mai avuto ricadute come invece era l'opposto con il metadone che continuavo invece a consumare in concomitanza, come ti ho già detto, eroina.

Io: ecco visto che hai parlato di ricadute adesso se ti va bene possiamo passare alla prossima domanda che è la seguente: tu hai già avuto degli episodi di ricaduta nel corso della tua vita?

Paziente: sì, ti racconto l'ultima di 1 anno e 8 mesi fa che è quella che ricordo meglio. La ricaduta è stata dovuta in particolar modo alla mancanza dell'eroina, perché comunque è una sostanza che se non la consumi anche dopo diverso tempo ti manca. E io per compensare questa mancanza di eroina ho iniziato a fumare la cocaina. Eroina e cocaina, sono due sostanze completamente differenti e quindi continuando a fumare

cocaina mi sono resa conto che stavo male. Per arrivare a questa consapevolezza, però, ci ho messo comunque 1 anno dove ho consumato la sostanza.

Io: Quando ti sei resa conto che stavi facendo una ricaduta?

Mi sono resa conto di aver avuto una ricaduta quando ho iniziato a pensare tutti i giorni alla sostanza e al fatto che dovevo andare a cercarla. Devo anche essere sincera e dire che non dovevo neanche andare a cercarla molto spesso in quanto avevo il mio contatto che me la portava. Anche se c'erano dei giorni che cercavo di resistere alla tentazione, arriva il momento che non resisti più; che parti e vai a chiederla, e appena l'hai a disposizione inizi a consumare la sostanza.

Io: In seguito è stato complicato per te riaffrontare una disintossicazione, questa volta inoltre, dalla cocaina?

Paziente: Mah, devo dirti che decidere di disintossicarmi mi è venuto abbastanza naturale, per quanto "naturale possa essere".

Io: Cosa intendi per naturale?

Paziente: non mi ero imposta, "da oggi smetto", sono state una serie di eventi. Dapprima avevo discusso con questa mia amica che mi forniva la sostanza e che quindi ad un certo punto non me la forniva più e non ero più in grado di riceverla così facilmente. Poi mi sono resa conto che a livello economico non riuscivo più a starci dietro e infine a differenza dell'eroina, che anche quando finivo di utilizzarla per un po' di tempo stavo bene, con la cocaina stavo male anche solo 30 minuti dopo che l'avevo utilizzata. Mi venivano paranoie ansie, pensieri negativi.

Non c'era beneficio per me, non traevo beneficio da quella sostanza e dopo un anno mi sono detta... ma che ***** che sono stata.

Devo anche dire però che ne avevo anche discusso con il medico che stavo avendo questa ricaduta con la cocaina e lui ovviamente ha cercato in tutti i modi di aiutarmi e di darmi dei consigli, però, sai, quando la sostanza ti prende, quando non ne puoi fare a meno, sono consigli difficili da mettere in pratica. Poi non saprei neanche dirti che consigli mi avrebbe potuto dare per farmi smettere di consumare la sostanza. Perché quando consumi e non ti impegni per essere aiutato, fai il minimo indispensabile, "le parole entrano da una parte ed escono dall'altra".

Io: Ecco *** grazie mille anche per questa risposta, adesso passo alla penultima domanda se per te va bene. Secondo te il ruolo dei curanti che ti sostengono, è per te un aiuto fondamentale?**

Paziente: no non posso dire che il loro sia un ruolo fondamentale perché secondo me il tutto deve partire da te stesso. Ti voglio fare un esempio. Io nel 2012 sono entrata in comunità per disintossicarmi dall'eroina e in quell'anno e mezzo non ho consumato e questo anche grazie al sostegno dei curanti. Però appena sono uscita, non avendo un lavoro, non avendo nessuno che mi abbia potuto aiutare al di fuori della comunità, sono subito ricaduta.

Alla fine, sei sostenuta in quel momento in cui stai facendo il percorso, però dopo, quando esci sta a te, sta alla persona che è riuscita a disintossicarsi a trovare delle strategie per non più ricadere. Devi uscire e costruirti delle basi, come ad esempio delle interazioni sociali che siano positive, possibilmente un lavoro, oppure anche una relazione con un'altra persona, degli hobby ecc. Cosa che io non ero riuscita a fare.

Io: Invece all'interno dell'antenna, ti senti seguita, ti senti accolta?

Sì, certamente, non ho nulla da dire in merito. Sono sempre stata trattata bene. Alla fine, resto sulla mia convinzione che è la persona che deve disintossicarsi che ha voglia di essere aiutata prendere l'iniziativa e chiedere consigli o porre domande. Perché se qui poni delle domande o chiedi consigli hai sempre un buon riscontro sia che chieda al medico, agli educatori oppure agli infermieri.

Io: Ultima domanda, che riguarda i tuoi rapporti interpersonali. Quando hai iniziato la terapia, quindi circa da un anno a questa parte, hai mantenuto gli stessi contatti che avevi anche quando consumavi eroina oppure non rivedi più queste persone?

Paziente: Allora quando consumavo sì, avevo un'amicizia una sola, ma adesso mi sono staccata anche da questa persona perché mi portava solo negatività e rischivo di ricominciare a consumare la sostanza. Tanto che un paio di giorni fa mi ha riscritto, ma io non le ho nemmeno risposto.

Devo dire però, che adesso io soffro questa sorta di solitudine, in quanto non ho nessuno con cui poter stare se non con mio fratello che lo sento e lo vedo a volte. Io da sola faccio fatica a socializzare con nuove persone, ho bisogno di maggiore sicurezza che però non ho ancora trovato.

Io: Pensi che non ci sarebbe qualcuno che sarebbe magari disposto ad aiutarti ad affrontare questa insicurezza iniziale nel riuscire a dialogare con nuove persone?

Paziente: Ma sì, se chiedessi a mio fratello penso che sicuramente mi aiuterebbe, potremmo uscire qualche volta, magari al bar. Poi ho anche degli amici di famiglia che potrebbero darmi una mano in questo senso, ma secondo me sarebbe più difficoltoso perché sono una coppia e perciò è un po' più difficile dal mio punto di vista uscire insieme.

Vorrei sì avere un qualche amico in più, ma devo riuscire ad essere più disinvolta con le altre persone, vorrei più avanti nel tempo avere anche più sicurezza.

Io: ti posso assicurare che per come ti sei aperta con me oggi e per ciò che mi hai detto sei sicuramente sulla buona strada!

Paziente: Grazie mille

Io: Grazie a te per questa intervista! Volevo chiederti se hai altro da dirmi o va bene così per te.

Paziente: No per me va bene così!

Allegato 4

Nell'allegato seguente è presente la mia terza intervista, svoltasi sempre presso il centro di competenza per le dipendenze a Bellinzona. Ho conosciuto questo paziente il giorno stesso dell'intervista. Nonostante ciò, è riuscito ad aprirsi molto, parlando della sua vita e dei suoi problemi con la sostanza. L'intervistato ha rinunciato anche ad utilizzare la forma di cortesia in quanto lo faceva sentire a disagio e l'intervista sarebbe apparsa più un interrogatorio che una semplice chiacchierata.

Io: allora possiamo passare alla prima domanda oppure prima hai qualcosa da dire?

Paziente: No non ho niente da dire andiamo subito sulle domande!

Io: allora, la prima domanda che ti faccio è la seguente: qual è o quali sono, il motivo o i motivi principali che ti hanno fatto iniziare a consumare l'eroina?

Paziente: Allora, un motivo principale ed essenziale è stata sicuramente la divisione tra me e mio fratello. Io ho un fratello gemello, e quando eravamo giovani abitavamo a casa insieme con i nostri genitori a *****. Lui un giorno ha deciso di andare a vivere con la sua ragazza lasciandomi a casa da solo e lì mi sono sentito perso. Mi sono ritrovato a sentirmi una mezza persona. Da quel momento ho iniziato a frequentare un'altra compagnia, un altro gruppo di persone che consumava regolarmente la sostanza. Quindi l'ho provata anch'io e devo dire che l'assunzione di eroina in quel momento mi faceva sentire molto meglio. Mi rilassava e mi faceva sentire bene con me stesso. Avevo l'impressione di riuscire a superare tutte le difficoltà in mezzo alle persone, e soprattutto, non sentivo la mancanza di mio fratello gemello.

Io: A condizionarti è stato qualcuno in particolare della tua compagnia oppure ti hanno consigliato tutti di provare la sostanza?

Paziente: di professione facevo il meccanico e nell'officina accanto, lavorava un ragazzo che faceva il carrozziere. Io e lui eravamo diventati molto amici e giravamo spesso insieme per il paese, al bar ecc. Ed è stato lui il primo vero amico che mi ha fatto provare la sostanza.

Io: E il tuo amico consumava già? Tu inizialmente, quando lo avevi conosciuto eri consapevole che consumava eroina?

Paziente: sì, lui consumava già. Faceva un po' lo "Gnorri", ma a volte di nascosto lui si faceva di eroina. Io questa cosa all'inizio non lo sapevo e l'ho saputa dopo, quando ho iniziato a consumare con lui. Per circa un annetto tutti i fine settimana io e lui mettevamo 20 franchi a testa per comprare e consumare la sostanza. Poi in seguito è subentrata la dipendenza e da lì tutte le balle che mi raccontava e il castello che si era creato, era tutto crollato. Poi mi sono reso conto che anche tutti gli altri della compagnia consumavano più di quello che in realtà volevano far credere.

Io: E tu, invece, ricollegandomi alla dipendenza, quando ti sei reso conto che anche tu eri diventato dipendente?

Paziente: Dal momento che ti alzi la mattina e inizi ad avere brividi, tremori, vomito, a volte anche diarrea e poi la cosa principale, purtroppo, è che il tuo unico pensiero è la sostanza, te ne accorgi subito, tranquillamente.

Io: a livello professionale invece come hai visto l'insorgere della dipendenza?

Paziente: sono riuscito a terminare l'apprendistato, malgrado proprio durante il periodo degli esami andavo spesso in astinenza. Per mia fortuna, avevo trovato un mio compagno che anche lui usava eroina. Lui mi offriva l'eroina prima degli esami. Se non ci fosse stato lui probabilmente non avrei ottenuto il diploma.

Io: Okay grazie mille per questa prima domanda, se ti va bene passiamo alla seconda! Invece quali sono i motivi che ti hanno portato a intraprendere un percorso con il metadone?

Paziente: ho iniziato ad avere problemi in famiglia, specialmente con mia mamma che aveva scoperto la mia dipendenza da eroina. Per questo motivo non avevo più nemmeno accesso ai soldi e tantomeno alla sostanza e perciò a vent'anni mia mamma mi ha accompagnato dal medico di famiglia per cercare di trovare una soluzione. Io avevo 16 anni la prima volta che ho provato l'eroina e poi ho di seguito continuato a consumarla. La prima volta che mia mamma ha iniziato ad avere dei dubbi avevo circa 18 anni e mezzo ma lì in quel periodo non ha detto niente, diciamo che sapeva, ma soffriva in silenzio. Poi a vent'anni, la situazione era diventata evidente e non potevo più nascondere il fatto che ero diventato eroinomane a tutti gli effetti.

Io: Chi ti ha fatto capire che avevi bisogno di una cura con il metadone?

A me della cura con il metadone me ne ha parlato bene il medico di famiglia. Quello che mi aveva consigliato mia mamma di vedere. Mia mamma a quel tempo era assai disperata, piangeva, mi sgridava, urlava e non accettava il fatto che io ero dipendente. Poi, sempre in quel periodo si era accorta che le avevo preso dei soldi senza avvertirla. Le avevo preso anche degli anelli....eh si...le avevo preso un po'di cose.

Io: E invece il medico, come ti aveva introdotto alla terapia con il metadone?

Paziente: Il medico presso il quale ero andato, era un bravissimo medico, e una bravissima persona, il Dottor *****. E lui mi aveva spiegato che non c'erano tante altre possibilità, dovevo seguire la terapia con il metadone se volevo riuscire a disintossicarmi dall'eroina. Io, non mi sentivo ancora pronto a disintossicarmi. Avevo appena finito l'apprendistato, ero senza lavoro, non avevo ancora accettato il fatto di essere dipendente dall'eroina, insomma avevo già tanti problemi nella mia testa. Nonostante ciò, ho provato lo stesso la via del metadone. Vedevo però che anche se scalavo il metadone, non miglioravo. Con il passare del tempo mi sono reso conto che il metadone serviva solamente a una cosa; serviva quando non avevi i soldi per comprarti l'eroina. Il metadone a me essenzialmente quando l'ho utilizzato la prima volta serviva a quello. Poi quando riuscivo a racimolare qualche soldo, mi procuravo l'eroina. Per me era talmente grande il desiderio della sostanza che non ne potevo fare a meno. Nemmeno con il massimo sforzo riuscivo a non pensarci e a desiderarla. Era un chiodo fisso e lo è stato fino circa ai 28-29 anni.

Io: Quindi il consumo di metadone inizialmente non veniva utilizzato da te proprio come cura, ma come rimedio all'astinenza?

Paziente: esatto!

Io: Questo lo sapeva il medico? Oppure lo aveva scoperto?

Paziente: sì il medico lo sapeva perché comunque lui mi faceva dei controlli per capire a che punto ero con la terapia e se facevo ancora uso di eroina. Lui ovviamente, attraverso le analisi lo sapeva benissimo. Tuttavia, mi giustificavo attraverso le solite bugie e le solite false promesse. La promessa di riuscire a vincere la dipendenza, anche se però non ne ero convinto e non avevo nemmeno volontà di farlo.

Io: Dopo questi momenti per te difficili, c'è stato un momento in cui ti sei reso conto del tuo stato di salute e ti sei detto: adesso devo iniziare una terapia, devo fare qualcosa per provare a non più consumare l'eroina?

Paziente: sì l'ho fatto, a 27 anni mi sono deciso di andare in comunità in Italia a *****. In questa comunità ho passato più di due anni della mia vita. Ho iniziato un percorso di disintossicazione sia dal metadone sia dall'eroina. Stare in comunità per me è stata un'esperienza molto positiva, ma anche impegnativa e difficile. Questo però allo stesso tempo mi ha fatto fare un cambiamento. Ho riconosciuto in me le potenzialità che potevo avere e per un po' di tempo sono riuscito a stare tranquillo senza consumare sostanze. Purtroppo, il ritorno a casa, in Svizzera, non è stato felice. Ero solo, senza amici e non ho saputo gestire la solitudine. Dopo circa un anno in questo stato, mi sono riavvicinato alla sostanza ed ho ricominciato a consumarla. In breve tempo ne ero ancora diventato dipendente. Posso però dire che per quasi 4 anni sono riuscito a stare "tranquillo" ed ho anche avuto, a mio modo di vedere. Un bel periodo.

Io: In quel periodo come ti sentivi quando non utilizzavi la sostanza? C'era qualcosa che te la faceva ricordare?

Paziente: sì c'erano dei ricordi ma era qualcosa che arrivava dai sogni. Durante la notte hai dei sogni in cui tu sogni la sostanza. Inoltre, ci sono anche dei momenti o delle azioni che compiono altre persone che ti fanno ricordare la sostanza. Poi ovviamente è tutta volontà di non volerci ricascare e cercare di concentrarsi su altro.

Io: E tu inizialmente hai trovato qualcosa su cui concentrarti un hobby ad esempio?

Nel periodo in cui non utilizzavo la sostanza, ad esempio, ho ripreso a praticare sport, soprattutto il calcio che praticavo fin da bambino. Avevo smesso di giocare a causa del consumo delle sostanze quando ero più giovane. Devo dire che durante quel periodo andava benissimo. Poi però sono stato riassorbito dalla sostanza e ho mollato tutto ancora una volta.

Io: Invece adesso nel presente cos'è che ne pensi del metadone? Ti ha potuto dare un beneficio alla fine di tutto quello che hai passato?

Paziente: al momento sono convinto che il metadone ti preserva dal pericolo di contrarre malattie. Lo assumo oralmente, così che siringhe non ne girano più. Attraverso l'uso di metadone riesco inoltre a fare una vita quasi normale. Sono in grado di alzarmi la mattina senza troppi "dolori" fisici e vado volentieri a lavorare. Riesco anche a rimanere concentrato su quello che faccio.

Io: **Grazie mille per le tue risposte, adesso posso farti un'altra domanda?**

Paziente: Sì certamente

Io: **Allora, tu prima mi hai già parlato in parte della tua ricaduta, quindi adesso ti chiedo: perché secondo te si è manifestata questa ricaduta, perché è venuta a crearsi?**

Paziente: capita perché abbassi la guardia. Ti senti bene, ti senti meglio con te stesso. Hai l'impressione che tutto stia andando per il meglio che sei finalmente riuscito a disintossicarti. Poi, piano piano migliori e ti senti più libero di fare determinate cose che durante il periodo di disintossicazione non avresti mai fatto. Dopo un po' che mi ero disintossicato totalmente mi sono sentito più libero, più sicuro, ed è qui che ho fatto lo sbaglio. Ero convinto di poter gestire una vita normale: ritornare nei bar per degli aperitivi, qualche birra...e poi sempre di più fino ad esagerare. Poi il passo è stato breve: dall'eccesso di alcool all'eroina. Dopo che ti sei disintossicato non devi sottovalutare nemmeno l'alcool. Perché l'alcool ti riporta comunque, assumendolo, al pensiero della sostanza. Nel mio caso, visto che volevo resistere all'eroina, bevevo e in seguito mi sono fatto qualche fumatina. Lo facevo in compagnia di una ragazza che però si è fermata alle sole canne. Io purtroppo mi sono lasciato andare e poi ci sono ricascato.

Io: **E quando ti sei reso conto che stavi facendo una ricaduta? C'è stato un momento in cui ti sei reso conto che stavi facendo una ricaduta?**

Paziente: Eh alla fine è sempre il solito meccanismo. Da quel momento che tu cominci sempre ad avere il pensiero della sostanza e continui solo a ricercare l'eroina, ti rendi conto che ci sei ricaduto. Poi ricominci a frequentare determinata gente che sai benissimo che dovresti evitare. Poi finisci i soldi che avevi messo da parte durante il periodo che non facevi uso di sostanze.

Io: **Chi è che ti ha aiutato a riprendere il percorso con il metadone dopo questa tua ricaduta?**

Paziente: l'ultima volta che ho fatto una ricaduta, due anni or sono, ho levato la maschera, ho levato l'orgoglio e sono venuto qua al centro di competenza chiedendo aiuto. Ho chiesto di farmi riprendere sotto controllo dal *****, un educatore che lavora qui in Antenna, al quale davo fiducia in quanto già mi conosceva. È stata una scelta personale in quanto sono rimasto solo. Mia mamma purtroppo non c'è più e anche la mia ragazza mia ha lasciato. Nel frattempo, avevo anche perso il lavoro e mi era stata revocata la licenza di condurre. Insomma, quando ti rendi conto di aver perso tutto, "togli le mani di tasca" e vieni a chiedere aiuto.

Adesso sono convinto che la questione dipende da me e dalla fiducia che ripongo nel medico psichiatra che mi ha in cura. Con il Dr. ***** c'è da dire che ho dei buoni riscontri, è un medico eccezionale. Poi appunto, ho l'educatore che ho richiesto io di avere e anche con lui va molto bene. Ecco, diciamo, sto cercando di trovare una strada per arrivare alla pensione il più tranquillo possibile evitando ulteriori ricadute.

Io: Grazie mille per le tue risposte, adesso passiamo alla prossima domanda se per te va bene.

Paziente: Sì certo

Io: Il ruolo degli operatori curanti che ti hanno aiutato nel tuo percorso e ti stanno aiutando attualmente nel tuo percorso di disintossicazione lo reputi fondamentale?

Paziente: Allora devo dirti che il medico per me è stato essenziale, soprattutto in questo ultimo anno e mezzo. E gli operatori anche, il fatto di scambiare due parole con gli infermieri quando ti consegnano il metadone per me è molto importante. Innanzitutto, perché loro non vivono nel pregiudizio, sai che puoi parlare di qualsiasi cosa perché loro non ti giudicano. Inoltre, gli infermieri ti danno comunque la possibilità di parlare con loro di quello che vuoi e di quello che ti passa per la testa in quel momento. A me questa cosa è utile. L'importante per me è essere trattato con dignità e loro questo lo sanno fare bene. Puoi scherzare, puoi fare anche qualche battuta, cercano di coinvolgerti quando ti intrattieni con loro.

Io: Cosa è che vorresti fare maggiormente con il personale curante, qualcosa che sarebbe utile per te?

C'è da dire che io ho bisogno di buttare fuori tante cose, tanti problemi e pensieri. Mi sento che devo ancora affrontare tanti demoni che ho dentro. Quindi vorrei che si potesse dedicare più tempo per parlare dei miei problemi personali. Io avrei bisogno di qualcuno che mi ascoltasse di più, di qualcuno che magari mi desse più consigli di quello che fanno già. Attualmente sto meglio, tuttavia non sono ancora riuscito a scaricare tutta la frustrazione e rabbia che mi proto dietro. Lavorandoci ci riuscirò, specialmente se accompagnato. Ci vorrà ancora molto tempo, presumo.

Io: Pensi che oltre a parlare e ad ascoltarti ci sarebbe anche qualcosa d'altro che gli operatori sanitari potrebbero fare per te, qualcosa che potrebbero migliorare?

Non direi migliorare, in quanto mi rendo conto che quando vengo al centro, mi dedicano molto tempo. Che siano stagisti che siano educatori che siano infermieri, da parte loro c'è sempre stato un sostegno nei miei confronti, anche solamente la banalità di scambiare due parole, questo, comunque, mi fa già stare meglio. Per quanto mi riguarda mi sento trattato bene. Ho tuttavia notato che gli utenti del centro sono in forte crescita, rispetto al personale. Ho paura che andando avanti così non ci sarà più abbastanza tempo da dedicare a tutti. Ogni giorno che frequento il centro vedo un sacco di gente nuova.

Ti confido inoltre che io mi sento più a mio agio con curanti che conosco da anni. Come ad esempio ***** l'infermiere che è qui all'antenna da molto tempo. Quando parli con lui

senti proprio l'esperienza di anni di lavoro. Ti aiutano in modo diciamo "saggio". Io di poter parlare con persone così ne ho bisogno. Con questo non ho nulla da togliere a voi giovani stagisti, non fraintendermi.

Io: Okay grazie mille per questo tuo punto di vista. Volevo farti adesso l'ultima domanda. Cosa è cambiato per te rispetto ai tuoi rapporti sociali/interpersonali rispetto a quando consumavi l'eroina?

Paziente: Da quando ho ripreso a frequentare il centro, ad assumere metadone, sono più tranquillo e sto alle condizioni che mi sono state poste. Sono più aperto e disponibile e sono contento di poter dialogare apertamente con i curanti. Contatti "tossici" non ne ho più, al contrario li evito proprio. Attualmente frequento una ragazza. Al di fuori di lei non vedo nessuno.

A livello familiare invece ho l'accoglienza di mio padre e di mia nonna che quando mi vedono, adesso che sto seguendo la cura con il metadone, sono felici per me e mi accolgono volentieri in casa. Ti posso dire che un anno e mezzo fa, quando utilizzavo ancora la sostanza, mio padre non mi avrebbe mai aperto la porta di casa. Adesso sono contento che comunque mi accoglie in casa sua.

Io: Bene, grazie mille per la tua intervista e per avermi fornito degli spunti interessanti, se non hai più niente da aggiungere abbiamo finito.

Paziente: No non ho niente da aggiungere possiamo terminare qui.

Allegato 5

Questa è la quarta ed ultima intervista che ho fatto presso Antenna Icaro. La paziente intervistata l'avevo già conosciuta durante il mio periodo di stage presso l'Antenna. Quest'ultima si è gentilmente offerta volontaria per partecipare alla mia intervista. Anche in questo caso per dare una migliore scorrevolezza all'intervista e avere una conversazione il più realistica possibile, è stato scelto insieme alla persona intervistata, di non usare la forma di cortesia per porre le domande. Anche da questa intervista sono emersi degli spunti interessanti rispetto le domande poste alla paziente, che mi hanno consentito di apportare maggiori informazioni pertinenti alla mia tesi.

Io: Ecco *** innanzitutto grazie mille per esserti offerta. Allora, vorresti presentarti o vuoi passare direttamente alle domande?**

Paziente: Passiamo direttamente alle domande dai!

Io: Allora, quali sono i motivi, che ti hanno portata, a consumare eroina?

Paziente: Io ho iniziato ad usarla per calmarmi quando lavoravo. Ho tentato di curare la mia depressione con l'eroina dopo un esaurimento nervoso sul posto di lavoro. All'inizio, la usavo solamente nel fine settimana. Ho fatto così per circa * anni. In questo posto di lavoro subivo del mobbing, ero giovane avevo ** anni. Loro mi trattavano male, certi mi mandavano a fan***** poi sparlavano alle mie spalle; dicevano cose di me che non erano vere, mi ignoravano, criticavano sempre il mio operato oppure lo deridevano, facendomi sentire di conseguenza inutile. Io, purtroppo, ci restavo male. In un qualche

modo dovevo gestire la mia ansia, la mia tristezza e le mie paure. Così ho iniziato a consumare eroina anche durante la settimana. In seguito, mi sono resa conto che ero diventata dipendente. Secondariamente, avevo conosciuto un ragazzo il quale, consumava pure lui. Lui non mi ha condizionato a consumare maggiormente la sostanza ma almeno la consumavamo in compagnia.

Dopo che ho iniziato a consumare eroina e mi sono resa conto che non riuscivo più a lavorare perché dovevo andare a cercare la sostanza, mi sono messa in disoccupazione.

Io: E come hai fatto a poterti permettere l'eroina?

Paziente: Eh, utilizzavo i soldi della disoccupazione. Io però devo dire che non ho mai rubato niente. Me la sono sempre cavata. In realtà, a volte, il mio ragazzo di quel tempo, rubava per mangiare in quanto avevamo speso i soldi per la sostanza. Inoltre, c'era di mezzo anche lo spaccio, ma anche in quel caso spacciava sempre il mio ragazzo e in seguito avevamo i soldi per permetterci la sostanza.

Io: Okay grazie per questa tua testimonianza, se non hai nient'altro da dirmi passiamo alla seconda domanda!

Paziente: Penso di averti detto tutto, passiamo pure alla seconda domanda

Io: Perfetto, allora, la seconda domanda è la seguente: quali sono i motivi che ti hanno portata a voler intraprendere un percorso di terapia con il metadone, per riuscire a disintossicarti dall'eroina?

Paziente: Allora, ad essere sincera, inizialmente avevo chiesto al mio medico se potessi iniziare questa terapia. Lui aveva acconsentito a questa mia richiesta, ma durante il primo tentativo non andò molto bene. Infatti, mi resi conto che potevo consumare il metadone quando non avevo a disposizione l'eroina. Utilizzando il metadone quindi, mi permetteva di interrompere l'astinenza di eroina e avere il tempo di procurarmene altra.

Con il passare degli anni mi sono resa conto che avevo problemi economici. Quindi, non avevo mai abbastanza soldi per fare altro, ma solo per potermi permettere la sostanza e a volte nemmeno quella. Inoltre, il metadone che utilizzavo, non era abbastanza per coprire l'astinenza, allora ho deciso di seguire alla lettera la terapia. In * anni dopo una cura metadonica, sono riuscita a non più consumare né eroina né metadone per un anno, ma poi purtroppo sono ricaduta.

Io: Dopo ciò sei riuscita a ricominciare la terapia metadonica, adesso da quanto tempo è che non utilizzi più la sostanza?

Paziente: Adesso sono più di tre anni che utilizzo solamente il metadone come terapia sostitutiva e non mi interessa più l'eroina. Io lentamente sto cercando di scalare il metadone e ce la sto facendo.

Io: Qual è il senso che ha avuto per te iniziare ad utilizzare il metadone come terapia? Ti ha dato dei benefici consumare metadone durante la tua vita quotidiana?

Paziente: Il metadone non ti fa “rimbecillire” come quando assumi l’eroina; quindi, durante il giorno puoi fare più cose sì. Poi sì, anche il metadone mi rende un po’ sonnolente a volte, ma non è lo stesso effetto che ti dà l’eroina. Diciamo che a me il metadone mi rende un po’ lenta in ciò che faccio durante la mia quotidianità, ma molto meno di quello che mi provocava l’eroina. Inoltre, adesso che uso metadone, mi sono messa a fare dei disegni. Mi porto sempre nella borsa il mio block notes, le mie matite e le mie penne e poi quando sono in giro e non ho niente da fare o devo aspettare di fare qualcosa mi metto a disegnare.

Io: Poi immagino che fosse anche un lavoro duro andare a cercare la sostanza giusto?

Paziente: Sì, a volte era un lavoro duro, ma nella maggior parte dei casi, io riuscivo a trovarla subito. Questo succede perché hai un contatto fisso che chiami e te la porta oppure ti rechi tu nel posto stabilito a comprarla. Però, come ti ho detto, la maggior parte delle volte sapevo dove andare a cercarla. Per me, quindi, la ricerca della sostanza non è mai stato un gran lavoro.

Io: okay grazie mille per le risposte, passiamo pure alla terza domanda, va bene?

Paziente: Certamente!

Io: come hai già spiegato in precedenza, tu hai già avuto degli episodi di ricaduta. Vorresti spiegarmi Per quale motivo si sono verificati?

Paziente: la prima volta che ho avuto una ricaduta dopo che avevo smesso di consumare sia eroina sia metadone è stata nel 2***. Dopo 1 anno, che ero pulita. Questo è avvenuto a causa della soppressione del mio cane. Il mio animale domestico a cui ero molto affezionata, si era ammalato. Il compagno che avevo a quel tempo non voleva prendersi carico dei costi delle cure. Per questo motivo un giorno l’ha fatto sopprimere. Io mi ero sentita molto male, ero molto triste e ho iniziato ad utilizzare e ad abusare di CoDafalgan che è un antidolorifico. Questo però non è bastato. Quindi, successivamente ho ricominciato ad utilizzare eroina, fino a rendermi conto che ne ero ancora una volta dipendente.

Io: In seguito hai ancora avuto degli altri episodi? Se sì, per quale motivo?

Paziente: Sì, tra il 2*** e il 2***. Sono state purtroppo delle cattive amicizie. Ho conosciuto delle persone che consumavano. A volte mi trovavo con loro, poi un bel giorno mi sono ritrovata, da un momento all’altro, a consumare ancora con loro, in gruppo. Inoltre, successivamente, avevo il numero di queste persone e se ero da sola a casa ho anche ricominciato a chiamarli per vedere se avevano la sostanza da vendermi. Io però voglio dirti che loro come gruppo non mi hanno mai condizionato, non mi dicevano di provare la sostanza, è stata una mia scelta quella di ritornare a consumare.

Io: Successivamente come ti sei accorta di essere ancora dipendente? E come hai fatto a smettere?

Paziente: Mi sono accorta perché, appunto, chiamavo i miei amici quando ero anche da sola a casa e volevo la sostanza. Poi ad un certo momento mi sono resa conto che non avevo più voglia di utilizzare la sostanza. Mi ero stufata di avere quell'effetto causato dall'eroina e ho smesso. Mi sono successivamente rimessa a seguire in modo corretto la terapia metadonica.

Io: Hai chiesto aiuto a qualcuno in questo caso?

Paziente sì: ho chiesto aiuto alla mia dottoressa di famiglia che mi ha reindirizzato all'Antenna. Io c'ero già stata, ma non andavo d'accordo con un medico. La dottoressa mi ha reindirizzato qui quando all'Antenna ha iniziato a lavorare un nuovo medico che ho trovato molto disponibile e gentile con me.

Io: Bene, visto che mi dici questo passerei allora alla prossima domanda. Il ruolo degli operatori curanti che ti hanno aiutato nel tuo percorso, e ti stanno aiutando attualmente, lo reputi fondamentale?

Paziente: Per aiutarmi a livello burocratico ho *****. Con lui va molto bene, mi ha sempre dato una mano e mi aiuta quando ho bisogno, per qualsiasi cosa. Con gli infermieri va anche molto bene, l'***** viene anche ogni * settimane a casa mia ad aiutarmi con le faccende di casa, a riordinare a riparare qualche mobile. A volte mi porta a casa il metadone e i medicinali, insomma mi aiuta un po' in tutto, possiamo dire che per me il suo ruolo è fondamentale.

Io: Cosa vorresti che i curanti facessero in più per poter migliorare la tua situazione?

Paziente: No a me va bene così. Io trovo che tutti loro mi stanno dando un grande aiuto, soprattutto parlo con il medico e con **** che mi dà un po' di consigli rispetto a determinate faccende. Inoltre, anche con gli infermieri a volte mi intrattengo.

Io: Riescono a darti anche supporto e a darti dei consigli quando sei giù di morale?

Paziente: ultimamente no, perché ho iniziato ad andare al Laboratorio 21* e ti devo confessare che sta andando tutto bene. Io al Laboratorio 21 lavoro nello spazio creativo, faccio un po' di lavoretti che mi tengono impegnata durante la giornata o una mezza giornata. Adesso sono lì a lavorare da circa 4 mesi. Lì posso fare dei disegni, faccio dei lavoretti con la colla calda, ho fatto delle saponette e ho fatto anche altri diversi lavori.

Adesso lavoro lì * mezze giornate alla settimana e riesco a reggere bene la giornata, Lavoro principalmente il pomeriggio. Prima vado lì a mangiare a mezzogiorno e poi a lavorare.

Io: Visto che mi hai parlato del Laboratorio 21 presumo che hai conosciuto altre persone. Quindi la prossima domanda che ti faccio è questa: cosa è cambiato a livello di rapporti interpersonali rispetto a quando consumavi eroina e ad ora che segui una terapia metadonica?

Paziente: Sì, certamente, io non vedo più determinate persone che vedevo prima quando consumavo l'eroina; in questo modo non ho più la possibilità di chiedergli la sostanza.

Io ho anche un marito ma attualmente si trova ***** Io a volte lo chiamo anche se non sono più in buoni rapporti con lui. Lui voleva sempre cercare la sostanza anche quando era a casa con me e questo ovviamente non era una buona cosa, perché rischiava di condizionare anche me. Quindi per me è meglio che non viva più con me, prossimamente vorrei anche mettere in atto le pratiche di divorzio.

Io: Oltre al distacco da tuo marito hai fatto delle nuove conoscenze che sono per te positive?

Paziente: Sì, ho trovato una persona una signora che ha un ***** e a volte vado a trovarla e mi intrattengo con lei, diverse volte durante la settimana. A volte passo solamente a salutarla e a volte mi metto a chiacchierare con lei.

Visto che comunque sto divorziando con mio marito, ho conosciuto una persona da diverso tempo che con me è molto gentile e simpatica; inoltre, questa persona non consuma e non ha mai consumato. Lavora in ***** e ci vediamo spesso, chiacchieriamo per guardare un film o per fare altre attività! Insomma, ci teniamo compagnia e a me questo piace.

Io: Bene** Grazie mille, se non hai più nulla da dirmi abbiamo terminato l'intervista**

Paziente: Di nulla. No. Non ho più niente da dirti!