

Rapporto

numero	data	Dipartimento
4724 R	23 febbraio 1999	OPERE SOCIALI

della Commissione della legislazione sul messaggio 17 febbraio 1998 concernente la revisione della legge cantonale d'applicazione del 19 giugno 1978 alla legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951

CONSIDERAZIONI GENERALI

Sono passati 20 anni dall'allestimento dell'ultima legge cantonale sugli stupefacenti. Dieci anni fa, nel 1988, è stata tuttavia votata una modifica settoriale con l'introduzione della garanzia (cantonale) del finanziamento del collocamento terapeutico. Un inserimento che si era reso indispensabile per permettere allo Stato di adempiere ai suoi compiti. Compiti che sono in continua evoluzione. Nell'approccio al problema della droga il comportamento dello Stato e delle autorità in genere è cambiato, cambia e cambierà in futuro. Oggigiorno si sta assistendo ad una modifica di quest'approccio che può essere definita storica e culturale. Ci si sta infatti indirizzando nella lotta contro la dipendenza al di là del prodotto. Si potrebbe addirittura parlare, e la cosa arriverà di certo in futuro, di una legge sulle dipendenze e non tanto sugli stupefacenti. Questi ultimi infatti, secondo la vecchia accezione, non sono i soli a produrre dipendenza. Inoltre essi possono essere regolamentati e gestiti con la legge sui prodotti medicinali e terapeutici. In fondo lo sforzo è tuttora indirizzato a intensificare la prevenzione e la cura. Nel mentre noi affrontiamo una nuova legge di applicazione della legge federale, a Berna è allo studio una nuova normativa svizzera che non vedrà tuttavia la luce prima del 2002/2003.

Nel frattempo è entrato in vigore un decreto federale urgente che fa passare l'uso terapeutico dell'eroina dalla fase sperimentale precedente ad una nuova situazione che può definirsi di deroga all'uso terapeutico dell'eroina stessa.

Le lacune legislative circa la coltivazione, l'uso e il commercio della canapa indiana, saranno per contro affrontate dalla nuova legge federale che sembra sarà messa prossimamente in consultazione. Questa droga, oggi, al di là di chi la vorrebbe completamente libera, è mal regolamentata e necessita di nuove regole e di autorizzazioni che stabiliscano chi, come e quando si può procedere alla coltivazione, ma soprattutto indichi il tenore massimo della sostanza attiva (il cannabino) nonché i controlli.

Come già detto la riforma del diritto federale slitterà di alcuni anni, mentre le esigenze operative del settore richiedono già ora una riorganizzazione delle competenze cantonali. A livello federale, oltre che alla già citata legge sui medicinali, si pensa a una normativa per l'aiuto alle persone con problemi di dipendenza, che comprenda anche gli aspetti legati ad altre piaghe della nostra società e segnatamente l'alcol ma anche il tabacco senza dimenticare gli psicofarmaci e altro. Il problema è quindi molto complesso e direttamente collegato al modo di vita di numerosi giovani e alla componente socioculturale che induce questo modo di vita. Così arrivano di continuo sul mercato sempre nuove droghe sintetiche che producono un effetto euforizzante del quale viene sottovalutata la con-

sequenza a medio lungo termine. Né vanno dimenticate le nuove bevande a basso tenore alcolico, le cosiddette "Alco-Pops", che stanno invadendo il mercato, sono difficili da controllare perché non esiste una normativa che le proibisca e insidiano la salute in maniera subdola, aumentando a media lunga scadenza il già elevato numero di alcolisti nel nostro paese. D'altra parte, in ragione degli accordi internazionali raggiunti tra la Svizzera e l'Organizzazione mondiale del commercio (WTO) viene imposto al nostro paese l'armonizzazione delle tasse sui superalcolici.

Motivo: non discriminare i produttori stranieri che importano in Svizzera. Comunque, applicazioni internazionali a parte, il risultato sarà a dir poco un invito a consumare maggiormente superalcolici. Da un decennio circa il consumo di alcolici in Svizzera è in lento ma costante declino. La nuova misura potrebbe invertire la tendenza e incidere sulla politica di contenimento basata soprattutto sulla prevenzione e la cura degli alcolisti. Sul problema droga, a livello svizzero vi sono state recentemente due iniziative. La prima denominata "Gioventù senza droga" è stata chiaramente bocciata dal popolo. Con essa gli iniziativaisti volevano bloccare la sperimentazione di distribuzione, soprattutto di eroina, che la Confederazione ha messo in atto da diversi anni. Ai fautori dell'iniziativa appariva contrario alla morale o comunque poco qualificante che lo Stato diventasse in prima persona il fornitore di droghe pesanti ai dipendenti. Il popolo ha tuttavia approvato con una maggioranza, che non può essere messa in discussione, la politica del Consiglio federale, il quale, in occasione della chiamata alle urne ha pubblicato i risultati della sperimentazione con dovizia di particolari, mettendo soprattutto in evidenza il ritorno alla vita normale dei tossicodipendenti trattati. Dai dati è tuttavia emerso che le vere "guarigioni" sono state molto contenute. L'altra iniziativa, chiamata "Droleg", era di segno contrario a "Gioventù senza droga" e tendeva a una vasta liberalizzazione dei prodotti stupefacenti. Quest'iniziativa è stata pure respinta con una chiara maggioranza di popolo e Cantoni. La Confederazione è impegnata a promuovere misure di coordinamento e di armonizzazione federale preparando, come già accennato, una nuova legge per i primi del 2000.

NUOVA LEGGE CANTONALE

La necessità di una revisione, oltre alle già citate modifiche epocali dell'approccio alla droga e alle sue conseguenze sociosanitarie ed anche economiche, è data dalla necessità di una riorganizzazione amministrativa della politica cantonale, con lo scopo di stabilire le competenze e le armonizzazioni tra gli interventi pubblici e quelli privati nonché l'introduzione (e questo è un vero novum) del regime di autorizzazione per i servizi ambulatoriali e per i centri terapeutici, al fine di avere uno strumento di controllo su tutto il Cantone. Dal 1994 è in attività un gruppo di lavoro voluto dal Consiglio di Stato e composto dal Gruppo operativo droga (GOD) e da funzionari: il risultato di quest'operazione è, in fondo, la nuova legge di applicazione in esame. Con questa, nel rispetto della tendenza emersa a livello federale, si darà più importanza ai problemi generati dalla tossicodipendenza, che non alle sostanze stupefacenti vere e proprie, che tuttavia restano la causa del problema e pertanto devono essere adeguatamente autorizzate nella prescrizione e nell'uso. Le più recenti modifiche di leggi sugli stupefacenti sono avvenute nei cantoni dei Grigioni e di Soletta, esse seguono pure il nuovo trend. La sistematica della nuova legge cantonale sugli stupefacenti rispecchia le tendenze attuali ed è bene ribadirlo ancora una volta antepone a tutto il resto le misure rivolte alla presa a carico di tossicodipendenti con il dichiarato intento di togliere queste persone dalla situazione nella quale si trovano. La struttura della nuova normativa può essere sintetizzata nei seguenti quattro punti:

- 1) Assegnare al Gran Consiglio la competenza di discutere il "Piano cantonale degli interventi" nonché i suoi aggiornamenti (art. 2). Con questo si intende riportare sul livel-

lo politico una questione che per troppi anni, e lo è tuttora, è stata lasciata ai tecnici, con indubbi vantaggi, ma anche con non poche difficoltà di reciproca comprensione e forse ancor più di responsabilità generale. Il piano di intervento, secondo l'art. 19 lett. a) della legge attualmente in vigore veniva preparato dal GOD e proposto al Consiglio di Stato senza un coinvolgimento attivo del Parlamento. Con la nuova disposizione ci sarà in Gran Consiglio una discussione generale sul piano quadriennale che, oltre a coinvolgere, come appare giusto, il legislativo, sarà più conosciuto a livello popolare grazie alla stampa, sempre attenta ai lavori del Parlamento.

- 2) Verrà introdotta la figura dell'amministratore (art. 6) incaricato di coordinare le misure concrete e di intrattenere un regolare e costante rapporto con le istituzioni attive nel Cantone nonché i rapporti con la Confederazione. In altre parole viene introdotta la funzione di Delegato ai problemi delle tossicomanie, mentre viene a cadere la funzione di Segretario del GOD.
- 3) Il GOD diventerà il cosiddetto "Gruppo di esperti" (art. 4) che, liberato da compiti di carattere amministrativo, assumerà la funzione di "consiglio" per il Consiglio di Stato, rispettivamente per il Gran Consiglio, dove verrà preparata la "politica della droga". Il gruppo di esperti sarà in sostanza una qualificata commissione consultiva interdisciplinare.
- 4) Si tratta della vigilanza sulla qualità dell'offerta terapeutica considerata sia in Svizzera sia in Ticino insufficiente più a livello qualitativo che quantitativo. Da questa affermazione si deduce immediatamente che si tratta di meglio valutare e controllare le uscite finanziarie con il preciso scopo di evitare il proliferare di centri slegati fra di loro. Dalla primavera del 1998 una delegazione composta dal GOD e dal DOS ha preso contatto con i principali centri ticinesi del settore allo scopo di preparare l'introduzione del regime di autorizzazione. In particolare, su indicazione sia del GOD sia del DOS, per i suoi lavori questa delegazione sta facendo capo alla COSTE (Centrale di coordinamento nazionale dell'offerta di trattamento residenziale inerente i problemi di droga), organismo promosso nel 1996 dalla Confederazione e dai Cantoni
Si tratta di fatto di una delle grandi novità della legge: "l'autorizzazione dei centri stazionari e ambulatoriali (Cap IV, art. 16-23)". È in sostanza un intervento di polizia sanitaria che non deve dare diritto indiscriminato ai sussidi cantonali (cfr. art 80 e 81 Lsan). Le condizioni per i finanziamenti (Cap. art. 24 e seg.), di per sé piuttosto complesse, dovranno trovare spazio nel regolamento di applicazione della legge. Si ritiene che le uscite attuali, valutate in circa 5 milioni di franchi per i centri residenziali, più un milione di franchi per le antenne, più quanto spende l'Assicurazione invalidità (AI) che di fatto è l'ente che mette a disposizione le sovvenzioni maggiori, dovrebbero e potrebbero essere utilizzate più razionalmente e quindi meglio. Né va dimenticato che l'AI sta rivedendo la sua posizione e il suo metodo di sussidiamento e di finanziamento. Già con il 1998 viene chiesto un certificato medico per ogni residente che, oltre a un forte disagio sociale deve presentare un problema legato all'uso di sostanze stupefacenti. Le condizioni che verranno applicate nel prossimo futuro da parte dell'AI saranno di certo più restrittive.
Per concludere questo punto diremo semplicemente che là dove lo Stato è chiamato a pagare bisognerà alzare l'asticella. Al di là di queste più esplicite regole del gioco che si rendono necessarie per meglio utilizzare il denaro del contribuente resterà acquisito un fatto importante. Verrà mantenuto il principio introdotto nel 1988 di una immediata copertura del costo di misure terapeutiche con la garanzia cantonale. Questo al fine di evitare che le condizioni economiche dei tossicodipendenti, delle loro famiglie o

dei comuni da cui provengono siano di ostacolo all'inizio o alla continuazione di una terapia. Il CdS fa infine notare che le innovazioni introdotte nella presente legge cantonale sono indipendenti dalla evoluzione della legge federale. Legge federale che, come già ricordato in questo rapporto, vedrà difficilmente la luce prima del 2002/2003. A pagina 6 del messaggio governativo no. 4724 del 17 febbraio 1998 viene proposto uno schema interessante che riassume la nuova legge nel settore delle tossicodipendenze indicando sinteticamente la struttura organizzativa, il livello al quale si rivolge nonché la funzione che esplica. Alla stregua di quanto avviene per la pianificazione ospedaliera, per quella sociopsichiatrica, per l'assistenza e cura a domicilio, ma anche per le linee direttive e il piano finanziario, il Gran Consiglio sarà chiamato a fare una discussione parlamentare sulle linee di fondo contenute nel Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie. Il termine "discussione" non è gradito a tutti i parlamentari. Una parte di essi vorrebbe una "decisione". Questo tuttavia è un discorso che non va affrontato in questa sede. D'altra parte il CdS si è sempre dimostrato molto attento agli umori e al parere del legislativo così che, di fatto, le discussioni valgono sì come raccomandazioni ma anche come invito (in genere rispettato) a seguire il parere dei rappresentati del popolo.

Il GOD si trasforma quindi in Gruppo di esperti come già detto. Viene poi introdotta una nuova figura (senza aumento di personale), si tratta del Delegato ai problemi delle tossicomanie che si occuperà di compiti amministrativi attualmente svolti dal GOD e dal CCT (Commissione collocamenti terapeutici). Inoltre si occuperà del coordinamento degli interventi e del mantenimento dei contatti con altri organismi, intercantionali e federali.

Il Gruppo di esperti, liberato da funzioni amministrative, potrà quindi dedicarsi interamente all'elaborazione del piano cantonale degli interventi all'attenzione del Consiglio di Stato che, come già detto, sarà discusso dal Gran Consiglio. In materia di prodotti stupefacenti mantengono le loro competenze il medico e il farmacista cantonali nonché il laboratorio cantonale.

Ancora qualche considerazione sul già citato "regime di autorizzazione" per i servizi ambulatoriali e i centri residenziali, una delle importanti novità della legge. Alla base di questa esigenza sta la volontà di migliorare la qualità del servizio tramite un approfondito controllo della affidabilità e delle capacità professionali del personale impiegato nella cura delle persone collocate. I dettagli, su proposta del Consiglio di Stato, saranno affidati al regolamento. Un'operazione non sempre gradita al Parlamento. Tuttavia nel caso specifico sembra opportuna perché il settore delle tossicodipendenze e delle relative terapie è in rapida e costante evoluzione. Ergo la necessità di potersi adattare rapidamente. Strettamente legato al regime di autorizzazione è la "formazione degli operatori". In questo campo è applicata un'armonizzazione a livello federale. Intanto in Ticino la Scuola cantonale degli operatori sociali ha già organizzato un corso tra il 1996 e il 1997, mentre un secondo concernerà il biennio 1998/1999. La soluzione, definita di avanguardia in Svizzera, del mantenimento della garanzia cantonale del finanziamento del collocamento terapeutico non è messa in discussione. Il regime finanziario tuttavia richiederà un'armonizzazione a livello federale.

FARMACI SOSTITUTIVI

È un capitolo molto importante e anche molto controverso. Il medicinale più conosciuto e già usato è il "metadone". Si tratta di una sostanza, essa pure stupefacente, ma che agisce per via orale sciolta in sciroppo o in latte. Si evita la soluzione acquosa per impedire che il tossicodipendente se lo inietti per via endovena. Sui circa 30'000/35'000 tossicodipendenti stimati in Svizzera, la metà circa segue programmi metadoni. In Ticino nel 1996

erano quasi 900. La procedura per accedere a questa cura è abbastanza semplice ma comunque seria e sicura. L'utente poi assume il prodotto di giorno in giorno in presenza di un responsabile, in generale il titolare della farmacia scelta e confermata dal medico cantonale. Si fanno eccezioni, consegnando il prodotto per uno/due giorni, previo accordo tra il medico curante, il farmacista distributore e se del caso il medico cantonale. Non si conoscono purtroppo molte guarigioni (intese come uscita dal tunnel della droga) con i trattamenti metadonici. Essi tuttavia sono da sostenere perché in primo luogo migliorano lo stato psicosociale dei pazienti, permettendo loro di condurre una vita normale e di lavorare. Diminuiscono la criminalità, togliendo certi tossici dalla prostituzione finalizzata ad ottenere denaro e quindi droga. Non da ultimo il trattamento orale fa da barriera alla possibile diffusione della SIDA, dell'epatite e di altre malattie. C'è poi la distribuzione controllata di eroina, di cui già abbiamo parlato e posta in votazione popolare il prossimo 13 giugno. Su questa forma di trattamento delle persone più gravemente dipendenti dagli oppiacei non c'è unanimità a livello europeo e mondiale. Sono giunte approvazioni ma anche biasimi e critiche (ONU). Inoltre in diversi cantoni sono state sperimentate altre sostanze sostitutive, soprattutto la buprenorfina (un oppiaceo, in commercio con il nome di Temgesic), la morfina stessa, la codeina nonché le benzodiazepine (tra le quali le più note sono il Rohypnol, il Lexataniil, il Librium, il Temesta, ecc.) e pure il Nalterzone (antagonista della morfina). La tendenza in atto è quella di associare il trattamento con medicinali sostitutivi con un adeguato supporto psicologico e sociale da parte di uno specialista. Né va dimenticato il supporto della famiglia e dell'ambiente nel quale il tossicomane vive e lavora.

CONCLUSIONI DI CARATTERE GENERALE

I problemi legati alla tossicodipendenza e le loro ripercussioni sulla qualità di vita dei pazienti, ma anche dell'ambiente in cui vivono, rappresentano le maggiori preoccupazioni sanitarie e sociali del nostro tempo.

Annualmente in Svizzera muoiono alcune centinaia di persone causa l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti. Nella migliore delle ipotesi finiscono nell'indigenza sociale coinvolgendo le loro famiglie e utilizzano importanti risorse della società. Basti ricordare le scene aperte di Zurigo e l'immagine che ne è derivata sull'incapacità dello Stato di intervenire. I tossicomani, oltre a danneggiare la loro salute e coinvolgere gli ambienti a loro vicini, provocano ingenti spese sociali e sanitarie che condizionano sempre di più le finanze della comunità. Occorre una prevenzione efficace nonché basi legali chiare per favorire gli interventi. Nella nuova legge cantonale manca una componente importante, quella del coinvolgimento dei comuni, cosa che altri cantoni hanno previsto. In futuro, quando sarà risolto o comunque riequilibrato il rapporto tra lo Stato e i comuni ticinesi, anche questi ultimi potranno essere chiamati a pagare una parte delle spese come già avviene in altri settori. Nel Canton Grigioni, per citare l'ultima delle normative votate, c'è stato un cambiamento di segno contrario ma da considerare equilibrato. Prima erano i comuni a sopportare l'intera spesa. Con la nuova legge del 1997, il Cantone parteciperà con un contributo del 50%.

DATI DI FATTO SULLA POLITICA DELLA CONFEDERAZIONE IN MATERIA DI DROGA

La Commissione ha preso atto di alcuni articoli apparsi sulla pubblicazione "SPECTRA-PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE" dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Sul numero 13 dell'ottobre 1998 la Consigliera federale Ruth Dreifuss si esprime nel

corso della campagna in vista della votazione popolare del 29 novembre 1998 sull'iniziativa popolare "Droleg". Dopo aver ricordato che nel 1997 il popolo svizzero aveva respinto con oltre il 70% l'iniziativa popolare "Gioventù senza droga" interpreta il risultato come una chiara adesione alla politica della Confederazione basata sui quattro pilastri: prevenzione, terapia, riduzione dei rischi e aiuto alla sopravvivenza, e repressione. Con questi punti, continua Dreifuss, non si perseguono obiettivi utopici ma si va verso quanto è ragionevolmente realizzabile. La Consigliera federale definisce poi l'iniziativa "Droleg" irrealizzabile. Non è infatti immaginabile che si possa rinunciare a considerare tutti gli stupefacenti come sostanze soggette a un controllo medico. Si svilupperebbe un nuovo mercato nero che favorirebbe il turismo della droga.

Ruth Dreifuss preannuncia un ampio dibattito sul progetto di revisione della LF nel corso del 1999. Nel contempo preannuncia con grande probabilità nell'anno 2000 l'esame della nuova LF da parte del Parlamento federale.

Nel numero 14 di SPECTRA del dicembre 1998 è ampiamente riportato il programma delle misure in materia di droghe e gli obiettivi tra il 1998 e il 2002. La Confederazione definisce le priorità per i prossimi anni e fornisce una serie di dati che sono di sicuro interesse per il Gran Consiglio ticinese e per il dibattito che si terrà prossimamente nel plenum.

Il numero di persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti è in pratica rimasto stabile sulle 30'000 unità dall'inizio degli anni '90. I trattamenti con eroina si sono rivelati come una possibilità di terapia per i tossicomani più dipendenti e più emarginati.

I problemi della droga generano alla società svizzera costi per circa 1 miliardo di franchi all'anno così suddivisi: 35 milioni per la prevenzione; 200-250 milioni per la terapia, 150 milioni per la riduzione dei rischi e l'aiuto alla sopravvivenza, 500 milioni per la repressione e 10 milioni per la ricerca scientifica e la formazione.

Gli obiettivi prioritari della Confederazione nei prossimi anni si possono riassumere in 6 punti.

Maggiore impegno nella prevenzione

Si tratta di anticipare gli interventi per evitare l'evoluzione dei giovani verso il mondo della droga. L'UFSP (Ufficio federale della sanità pubblica) ha avviato nella primavera del 1998 il programma nazionale "SUPRA-F" di ricerca e prevenzione delle dipendenze che verrà messo in atto a partire dall'estate 1999. Esso si svolgerà in collaborazione con i Cantoni e i comuni. Si tratta di identificare precocemente i bambini e i giovani a rischi. Il progetto interviene a livello di individuo. Il lancio ha avuto eco positiva e 15 progetti, sui numerosi presentati, sono già stati considerati interessanti ed approvati. Così quello di Zurigo che si rivolge a giovani di età scolastica fino a 20 anni. Uno a Berna che prevede una struttura diurna. Quello del Canton Vaud che si occuperà di immigrati e richiedenti d'asilo. Quello del Canton Giura che cercherà di risolvere l'accesso alla formazione professionale dopo la scuola dell'obbligo, ecc.

Il tutto tenendo conto di importanti componenti della vita, e cioè famiglia, genitori, scuola e tempo libero.

Assicurare e coordinare l'offerta terapeutica

Questo significa aumentare le chances dei tossicomani di uscire dalla dipendenza. Si tratta di armonizzare i finanziamenti delle terapie orientate verso l'astinenza, nel sistema delle assicurazioni sociali e della perequazione finanziaria. Anche la prescrizione medica dell'eroina deve essere integrata nell'insieme delle terapie. Inoltre bisogna diminuire il rischio dell'uso di droghe nelle prigioni.

La riduzione dei rischi

Questo è un altro obiettivo del programma Pro-Me-Dro. Consiste nel mantenimento dell'integrazione sociale dei consumatori di stupefacenti. Inoltre è indispensabile estendere l'accesso al materiale sterile per le iniezioni, e questo in tutto il mondo.

La qualità

La garanzia della qualità rappresenta uno degli obiettivi più importanti della Confederazione. Tutti, Confederazione come già detto, ma anche Cantoni, comuni e istituti privati devono introdurre il concetto di qualità come obiettivo primario.

Lo sviluppo delle sinergie

Esso fa parte della strategia di successo globale. Sinergia quindi con i programmi SIDA, alcol e tabacco dell'Ufficio federale della sanità pubblica.

Ecco i punti essenziali:

- prevenzione della dipendenza e promozione della salute nelle scuole;
- programma della salute degli immigrati;
- riduzione dei rischi nel campo della droga e della SIDA;
- promozione della salute nell'ambiente carcerario;
- formazione dei professionisti della dipendenza;
- processo di promozione con particolare attenzione alla qualità.

Ricerca e coordinamento

Lo scopo è di garantire l'offerta a medio e lungo termine. I risultati devono essere resi noti a tutto il mondo che ruota attorno al problema droga. Si tratta quindi di ottimizzare il coordinamento fra la Conferenza dei delegati cantonali ai problemi della tossicomania e il Comitato nazionale in materia di droga.

DISCUSSIONE COMMISSIONALE DI ENTRATA IN MATERIA

Premesso quanto esposto nel capitolo precedente, la Commissione ha esaminato la possibilità di aggiornare i lavori in attesa della nuova LF. Ha predominato l'opinione che la normativa della Confederazione non arriverà a breve scadenza. D'altra parte è evidente che la nuova LF dovrà affrontare non solo i problemi della canapa indiana, come già ricordato, ma temi ben più complessi quale la legalizzazione delle droghe leggere nonché la depenalizzazione del consumo. Questi problemi richiederanno un adeguato consenso politico, inimmaginabile a breve scadenza.

Il Consiglio federale è avviato a una politica più pragmatica, come spiegato prima, convinto di aver avuto il consenso popolare tramite le due ultime votazioni in materia.

La nuova legge cantonale non tocca praticamente i futuri nodi della LF. Si tratta in sostanza di migliorare la prevenzione, di consolidare l'offerta terapeutica, di promuovere e controllare la qualità di quest'offerta e di introdurre un monitoring epidemiologico sistematico.

L'introduzione del regime di autorizzazione è in generale condiviso. Qualcuno teme che, se male applicato, potrebbe essere di preclusione ad esperienze innovative e solide.

La novella legislativa non dovrebbe portare a implicazioni finanziarie. Di questo si vorrebbe conferma in Parlamento.

Infine in Commissione è stato espresso l'auspicio che la Magistratura penale abbia ad applicare severamente nel confronto degli spacciatori la legislazione federale in materia.

ESAME DEGLI ARTICOLI DEL DISEGNO DI LEGGE

Articolo 3

Al cpv. 2 lett. b) si parla di "Segretario". Va rilevato che questa definizione non ha trovato il consenso in Commissione. È stato scelto quello di "Delegato", riprendendo di fatto la proposta del Consiglio di Stato che nel primo progetto lo aveva definito "Delegato ai problemi delle tossicomanie". I timori di attribuire un eccessivo potere a questo funzionario non hanno convinto i commissari che ritengono comunque ben definita la sua funzione nella legge e in particolare all'art. 6.

Così il termine "Segretario" verrà sostituito con "Delegato". Questo termine d'altra parte è il medesimo usato a livello federale. In tutti gli articoli in cui si parla di "Segretario" bisognerà quindi mettere "Delegato".

Articolo 5

Il cpv. 3 si presta a confusione. Vi si trova infatti citato il segretario (scritto minuscolo). Anche in questo caso si tratta del Delegato. Egli infatti parteciperà alle sedute del Gruppo di esperti, senza diritto di voto, ed è a sua disposizione per l'elaborazione di documenti. È di fatto il braccio del Consiglio di Stato e meglio del DOS.

Articolo 6

Un commissario avrebbe voluto introdurre la necessità del "consenso del Capo del Dipartimento" per le competenze del Delegato. Nella fattispecie non è necessario perché per principio il delegato, come tutti gli altri funzionari, adempie ai suoi compiti su delega del Consiglio di Stato.

Articolo 7

La frase contenuta nel cpv. 1 "tenuto conto delle risorse disponibili" è considerata importante nella situazione economico-finanziaria attuale. Essa ricalca il concetto contenuto nella vecchia legge all'art. 17.

Articolo 9

Il termine contenuto al cpv. 1 "di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti domiciliate nel Cantone" ha fatto nascere qualche discussione. Per quanto attiene alle persone tossicomane domiciliate in altro Cantone la procedura prevede il rinvio al Cantone di domicilio. Per i tossicomani incarcerati, fa stato l'art. 44 del Codice penale. Più in generale si opera in maniera analoga a quanto si fa per le altre strutture di tipo sanitario, per esempio le case per anziani. Nei casi di internamento di ticinesi in centri di altri Cantoni, il Ticino copre le spese a condizione che il centro sia nella lista intercantonale (come le ospedalizzazioni fuori Cantone), anche perché è escluso che ogni Cantone sia autosufficiente in tutto (per esempio trattamento di bambini, di donne, di giovani madri, ecc.). Gli stranieri, rispettivamente i turisti, che vengono accettati da diversi centri ticinesi (per esempio Il Gabbiano), non sono sussidiati. Tuttavia il Cantone verifica i costi e stralcia quelle posizioni che non sono giustificate. Da rilevare ancora che la decisione circa la

presa a carico non spetta più alla CCT (Commissione collocamenti terapeutici), ma al Delegato, il quale tuttavia agisce su preciso preavviso del Gruppo di esperti.

Circa il cpv. 1 e meglio le spese di presa a carico da parte dello Stato dei pagamenti è stato segnalato un fatto che sembra si ripeta con una certa regolarità. Il medico che effettua il trattamento fattura al paziente. Il pagamento va al paziente stesso che poi non corrisponde il dovuto all'operatore sanitario. La cosa, che sembra piuttosto frequente, finisce per disincentivare il medico trattante che si trova di fronte a perdite economiche importanti. Siccome per la cura media è in vigore il sistema del terzo garante, la cosa non sembra possa essere risolta altrimenti almeno per quanto attiene la cassa malati. Per contro quando interviene l'assistenza o altra previdenza pubblica si può chiedere e ottenere dalla persona tossicodipendente, come condizione per la presa in cura, l'assenso a che l'assistenza versi direttamente al medico parte di quello che dovrebbe ricevere dall'ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento. Simile soluzione si ha già per il pagamento degli affitti. Si tratta quindi per il medico di concordare il modo di pagamento: in questo caso il versamento diretto di questa prestazione avviene da parte dell'ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento. Di certo oggi sta il fatto che con la LAmal la terapia metadonica è diventata a carico dell'assicurazione obbligatoria, per cui il medico ha la certezza che la cassa malati lo pagherà. Il problema dell'incasso non può essere risolto con la legge, ad eccezione dei casi prima menzionati, e cioè delle persone al beneficio dell'assistenza.

Articolo 10

È sorta la domanda a sapere il perché è stata eliminata la Commissione di ricorso, prevista nell'avamprogetto e introdotto il ricorso al Consiglio di Stato. Ci si è resi conto che una nuova Commissione di tre persone presieduta da un magistrato avrebbe creato problemi. Non da ultimo per le difficoltà di avere a disposizione il magistrato. Una simile istanza avrebbe prolungato i tempi della risposta. La soluzione scelta è certamente più rapida e altrettanto valida, in quanto oltre al diritto di reclamo prevede la possibilità di ricorso al Consiglio di Stato.

Articolo 11

Vengono tolti i riferimenti agli articoli della legge sociopsichiatrica, nonché la data della legge stessa, peraltro non più attuale. Con il medesimo spirito la Commissione ha deciso di sopprimere anche in altri articoli i riferimenti che richiamassero altre leggi, la data delle leggi stesse, nonché il numero degli articoli.

Articolo 22

Rispondendo a diverse domande inerenti l'articolo, si osserva quanto segue. Alla luce delle politiche federale e cantonale in materia di lotta contro le tossicomanie, emerge oggi chiaramente che l'intervento medico-farmacologico rappresenta solo una componente, per cui nei centri il successo della terapia viene definito tecnicamente come un recupero di competenze, come l'esito di un processo di riabilitazione. La persona tossicodipendente nel suo percorso tossicomano perde alcune competenze (cfr. problemi fisico-sanitari, indebolimento o perdita di competenze psicologiche e soprattutto sociali). L'approccio non può dunque essere unilaterale, bensì dev'essere interdisciplinare. Si sono pertanto sviluppati vari filoni di tipo di presa a carico: da quello più farmacologicizzato a quello più psicoterapeuticizzato, a quello che va sulle competenze sociali (la comunità di recupero, ossia lo stare assieme). Il fatto quindi di avere degli approcci così disparati, che a mente del GOD è necessario mantenere, fa sì che sul territorio siano nati centri con impostazioni molto diverse tra loro. Attualmente, in Ticino, chiunque può scrivere su un rustico "centro

terapeutico per tossico dipendenti", senza manco spiegare cosa ci si fa. Al Cantone sono ben noti, poiché vi vengono fatti regolarmente collocamenti, quattro centri. Sono centri che il GOD ritiene primari e con i quali c'è una notevole esperienza. Poi ci sono realtà molto disparate, con le quali, visto che ospitano solo persone provenienti dalla Svizzera interna, non vi sono stati particolari contatti. Contatti che però in futuro dovranno essere intrattenuti in seguito all'introduzione del regime dell'autorizzazione. Vi sono poi centri cosiddetti di smistamento. In totale si può dire che i centri, che prendono a carico persone con problemi di tossicomania per una cura sono almeno una decina. Per questo motivo si è pensato ad una procedura a due livelli. Dapprima un'autorizzazione (cfr. art. 22) che è più di polizia. L'adeguata formazione degli operatori, richiesta dalla lett. d) del cpv. 2 dell'art. 22, è da vedersi in relazione al tipo di intervento che si intende fare nel centro). Si rileva al riguardo che i modelli di centri sono in Svizzera ed in Ticino disparati e che è importante che non si perda la ricchezza di questo tipo di intervento che deriva proprio dal tipo di problematica che deve essere trattata. L'essere umano è un essere biopsico-sociale, ha un corpo, una psiche ed una rete sociale, per cui a seconda della casistica, dell'età, ecc., il tipo di intervento può variare. Quello che importa per il Dipartimento è pertanto solo la possibilità di un coordinamento in materia. Circa la questione della revoca dell'autorizzazione, si ritiene sottinteso che in alcuni casi simile misura potrebbe rivelarsi necessaria, per cui una base legale esplicita al riguardo potrebbe essere opportuna. Il concetto dell'articolo è chiaro. Con il regime dell'autorizzazione si vuole perlomeno prevedere un minimo di controllo circa le strutture, il personale, nonché l'idoneità sanitaria di questi servizi e centri. Nei criteri per ottenere l'autorizzazione non figura quello del risultato. Ci si chiede parimenti se non si possa pensare ad un'autorizzazione provvisoria. Si osserva pure che manca l'indicazione sulla revoca dell'autorizzazione.

Questi problemi sollevano il discorso più generale del controllo della qualità. Un discorso che si sta facendo per le istituzioni sociali, in particolare a livello federale, mettendo in campo tutta una serie di strumenti e di indicatori (monitoraggio) della qualità delle realtà sussidiate. È un discorso che va essenzialmente fatto nel caso di sussidiamento delle strutture. Qui siamo in uno stadio preliminare, si tratta di evitare che succedano cose negative.

I risultati sono sovente di difficile valutazione. Il tasso di successo è ridotto e dipende da molti fattori. Qualche volta è decisamente influenzato dalla presenza di una persona carismatica.

Di fatto tutte le professioni nel settore sanitario sono soggette ad autorizzazione. Questo non significa che si proceda al controllo per sapere se l'operatore in questione consegue o meno buoni risultati. I controlli pertanto, che a mente dei commissari sono necessari, devono essere fatti sui punti citati all'art. 22, punti indispensabili per ottenere l'autorizzazione. D'altra parte l'autorizzazione di per sé non è un motivo sufficiente per ricevere i sussidi, mentre lo è l'adeguatezza della struttura in rapporto al tipo di tossicodipendente e alla necessità indicata dal profilo medico, psicologico e sociale. Intervengono poi altre considerazioni riguardanti il fabbisogno e di natura economico-finanziaria. In particolare viene valutata e approvata la retta, che deve essere consona all'offerta. Il suo ammontare dipenderà quindi dalla filosofia che sta alla base del centro e di conseguenza dalle terapie praticate, più o meno sofisticate, per esempio dalla presenza o meno nel centro di trattamenti psichiatrici.

Dal profilo formale l'art. 22 è modificato al cpv. 1 come segue:

"Per l'apertura di servizi ambulatoriali e di centri residenziali situati nel Cantone che si occupano di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti, ai sensi dell'art. 8 lett. b) della presente legge, è necessaria l'autorizzazione del Consiglio di Stato."

Sempre a questo articolo viene introdotto un cpv. 3 del seguente tenore:

"Il Consiglio di Stato può revocare l'autorizzazione in caso di mancata osservanza del cpv. 2."

Articolo 23 (nuovo)

Un membro della Commissione ritiene pericoloso che i requisiti per l'apertura dei servizi ambulatoriali e dei centri residenziali siano definiti nel regolamento di applicazione. Teme infatti che un'esperienza innovativa, sperimentale, non possa portare all'apertura di un centro perché non adempiente al requisito di cui all'art. 22 cpv. 2 lett. d), ossia una "adeguata formazione degli operatori". Dopo discussione la Commissione decide di introdurre un nuovo art. 23 del seguente tenore:

"E. Autorizzazione sperimentale"

Il Consiglio di Stato può autorizzare servizi ambulatoriali e centri residenziali che sperimentano nuove metodologie, purché garantiscano affidabilità nella conduzione dell'intervento."

Articolo 24 (23 M)

Per questioni di chiarezza, alla fine del cpv. 1 viene aggiunto "ai sensi del capitolo II." Al cpv. 2 l'espressione "ad eccezione delle", è sostituita con "escluse le".

Articolo 34 (33 M)

Si sono chieste spiegazioni circa il significato di "ente collocante" e parimenti perché il compito di questo ente non può essere attribuito anche alle famiglie o ad altri operatori sociali.

Attualmente non v'è nella legge una definizione dell'ente collocante. Qui si prevede di introdurre il concetto secondo cui il collocamento non è un'operazione puntuale, bensì comporta il seguire la persona nel suo percorso (si pensi alle ricadute; la ricaduta fa spesso parte del percorso tossicomane prima dell'uscita dalla tossicomania). L'esperienza insegna che è importante che qualcuno di professionale non solo segua la preparazione del collocamento, ma tenga dei rapporti regolari con la persona durante il collocamento e sia pronta a reinserirla socialmente all'uscita dalla situazione di dipendenza. Circa i requisiti da stabilirsi nel regolamento (cfr. art. 34 cpv. 1 in fine), si osserva che al momento non c'è ancora una lista di enti. Dei 90/95 collocamenti volontari effettuati ogni anno in Ticino, il 90% circa passa attraverso le antenne (strutture specializzate nella presa a carico ambulatoriale). Non si intende decretare che siano solo le antenne a collocare. Si pensa infatti agli operatori sanitari che, come possono collocare alla clinica psichiatrica, lo possono anche in un centro, cosa che potranno fare anche in futuro. In merito all'autosegnalazione da parte della stessa persona interessata, della sua famiglia o per il tramite di persone non professionalizzate, va detto che un conto è la segnalazione, mentre che l'impegno del seguire questa persona durante il collocamento ed il prevederle l'uscita è un'operazione che, a mente del Dipartimento, presuppone una certa professionalità. Anche nel caso di collocamenti presso famiglie di agricoltori - tendenza in atto nella Svizzera interna - è importantissimo che dietro la presa a carico vi sia comunque qualcuno che segua tutto l'iter della persona. Tra gli enti collocanti saranno quindi sicuramente indicate le antenne, come pure sarà data la possibilità per singoli medici di proporre un collocamento, a condizione che si impegnino a seguire la persona collocata. Il Dipartimento tendenzialmente non ritiene che, al momento attuale, sia possibile, per una persona senza alcuna formazione in materia, seguire il collocamento.

Circa la precisa domanda a sapere chi è il professionista che segue la persona collocata,

si pensa ad un ente di tipo sociale, quindi a qualcosa di simile ad un'antenna. Resterà certamente stabilito, e lo si ritrova nell'art. 35 cpv. 1 lett. c), che il centro, se vuole che venga finanziato un collocamento, deve esigere un documento che attesti che c'è effettivamente una tossicodipendenza. Ci sarà pertanto sicuramente un ente sociale che dovrà ad un certo punto appoggiarsi ad un certificato di tipo medico. Il Dipartimento ritiene che il seguire la persona durante il collocamento e l'essere pronto in caso di ricaduta è un compito che esige una certa professionalità. Non si esclude che si possa tenere conto di un eventuale ente composto in particolare di famiglie o sostenuto da famiglie se dovesse operare in materia con professionalità. La singola autosegnalazione della famiglia sarebbe verosimilmente smistata all'antenna, per una verifica della richiesta di collocamento da parte di un operatore specializzato. Sarà importante ribadire che l'ente collocante deve concordare la presa a carico con la famiglia e coinvolgerla durante l'intero periodo del collocamento, dall'inizio al termine.

Articolo 35 (34 M)

Ritenuto che l'affidabilità comprende pure la serietà, la parte finale del cpv. 2 è così modificata:

"(...), purché garantiscano affidabilità nella conduzione dell'intervento."

La Commissione ha ritenuto opportuno stralciare il cpv. 3, secondo cui "Il regolamento può stabilire ulteriori requisiti."

CONCLUSIONI

La Commissione della legislazione, fatte le considerazioni di cui sopra e con qualche piccola modifica, invita il Gran Consiglio ad accettare il messaggio no. 4724 del 17 febbraio 1998 sulla revisione della legge cantonale di applicazione del 19 giugno 1978 alla legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951 e l'annesso disegno di legge.

Per la Commissione della legislazione:

Tullio Righinetti, relatore
Bergonzoli E. - Bergonzoli S. - Bernasconi -
Bobbià - Camponovo - Ermotti-Lepori -
Ferrari-Testa - Fiori - Ghisletta - Hofmann -
Jelmini - Marzorini - Pantani

Disegno di

LEGGE

d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951, del 19 giugno 1978; modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

- visto il messaggio 17 febbraio 1998 no. 4724 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 23 febbraio 1999 no. 4724 R della Commissione della legislazione,

d e c r e t a :

I.

La legge d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951, del 19 giugno 1978, è così modificata:

CAPITOLO PRIMO - Norme generali / Autorità competenti

Articolo 1

A. Scopo
LST art. 34

Questa legge disciplina i provvedimenti di competenza cantonale previsti dalla legge federale sugli stupefacenti e dalla relativa ordinanza d'esecuzione e in particolare quelli relativi alla lotta contro le tossicomanie.

Articolo 2

B. Autorità competenti

Il Gran Consiglio è competente a:

I. Gran Consiglio

- a) discutere, a scadenza quadriennale, il piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie e, secondo le necessità, gli aggiornamenti intermedi dello stesso;
- b) concedere i sussidi superiori ai fr. 200'000.- per le spese d'investimento.

Articolo 3

II. Consiglio di Stato

¹Il Consiglio di Stato esercita la vigilanza sui prodotti stupefacenti e applica direttamente la legislazione federale.

²Esso ha le competenze che non siano espressamente conferite ad altre Autorità; è in particolare competente a:

- a) concedere i sussidi fino a fr. 200'000.- per le spese d'investimento, i sussidi per le spese d'esercizio e per quelle di cui agli art. 30 e 33;
- b) nominare il Delegato ai problemi delle tossicomanie (Delegato);
- c) nominare ogni quattro anni il Gruppo d'esperti ed il suo Presidente;
- d) autorizzare, su preavviso del Gruppo d'esperti, l'apertura e la gestione di centri residenziali preposti alla presa a carico delle persone con problemi legati all'uso di stupefacenti di cui all'art. 22;
- e) riconoscere i centri residenziali per i quali lo Stato può prestare garanzia di pagamento o assumere la spesa delle singole persone con problemi legati all'uso di stupefacenti in caso di collocamento ai sensi dell'art. 34.

Articolo 4

III. Gruppo di esperti

1. Competenze

¹È istituito un Gruppo di esperti nel campo delle tossicomanie con funzioni propositive e consultive nei riguardi del Consiglio di Stato e del Dipartimento competente.

²Esso in particolare:

- a) elabora, all'attenzione del Consiglio di Stato e a scadenza quadriennale, il piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie e, secondo le necessità, gli aggiornamenti intermedi dello stesso;
- b) preavvisa l'attuazione di nuove misure di prevenzione, terapeutiche, riabilitative e assistenziali nel campo delle tossicomanie;
- c) preavvisa ricerche nel campo delle tossicomanie;
- d) preavvisa le modifiche di legge, i regolamenti e le direttive emanati in applicazione della presente legge o di altre leggi riguardanti la tossicomania;
- e) preavvisa l'autorizzazione per l'istituzione e la gestione di centri residenziali e servizi ambulatoriali di cui all'art. 22;
- f) preavvisa il finanziamento dei provvedimenti generali di cui all'art. 8;
- g) preavvisa il riconoscimento di centri residenziali ai fini dell'assunzione da parte dello Stato della garanzia di pagamento e delle spese di presa a carico di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti ivi collocate, di cui all'art. 35.

Articolo 5

2. Composizione

¹Il Gruppo di esperti si compone di nove membri. Devono essere rappresentati i vari settori interessati alla tossicomania.

²Il Gruppo può valersi di consulenti esterni designati ad hoc dallo stesso.

³Il Gruppo è assistito dal Delegato che partecipa alle riunioni del gruppo, senza diritto di voto.

Articolo 6

IV. Delegato: competenze

Il Delegato:

- a) accorda la garanzia per le spese di cura, degenza e trattamento in centri residenziali e decide sulla loro assunzione da parte dello Stato secondo gli artt. 9 e 34 di questa legge;
- b) segue l'attività di organismi federali e di altri Cantoni, nel campo delle tossicomanie, orientando il gruppo di esperti e il Dipartimento;
- c) procede per incarico del gruppo di esperti all'elaborazione di documenti;
- d) collabora nell'attuazione degli interventi sulla tossicomania previsti dalla legge e dal piano cantonale d'intervento.

CAPITOLO SECONDO - Provvedimenti

Articolo 7

A. Provvedimenti generali

I. Principio

¹Lo Stato, nell'ambito del piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie, tenuto conto delle risorse disponibili, promuove e coordina i provvedimenti nel campo delle tossicomanie con:

- a) iniziative proprie;
- b) il sussidiamento di iniziative di terzi.

²Il piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie contempla un'analisi della situazione e dei bisogni nell'ambito della tossicomania nel Cantone, i provvedimenti e i relativi costi.

Articolo 8

- II. Tipi di provvedimento** Sono considerati provvedimenti generali ai sensi della presente legge:
- 1. Prevenzione**
LST art. 15a cpv. 1
 - a) la prevenzione delle tossicomanie secondo quanto stabilito dalla legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria);
 - 2. Presa a carico**
LST art. 15a cpv. 2
 - b) l'istituzione e la gestione di servizi e centri, ambulatoriali o residenziali, coattivi o non, di cura medico-psicologica, educativi, d'assistenza, di reintegrazione sociale, di formazione, di riqualificazione professionale e di altri interventi atti a favorire l'occupazione di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti;
 - 3. Documentazione, ricerca, formazione del personale e sperimentazione**
 - c) la documentazione, la ricerca, la formazione del personale, la valutazione e la gestione di programmi sperimentali nell'ambito delle tossicomanie.

Articolo 9

- B. Provvedimenti singoli**
- I. Spese di presa a carico**
 - 1. Principio**

¹Lo Stato può prestare garanzia di pagamento dei costi di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento in centri residenziali riconosciuti di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti domiciliate nel Cantone.

²Lo Stato può assumere, a titolo sussidiario e secondo i principi di cui all'art. 34, parzialmente o totalmente, le spese di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento in centri residenziali riconosciuti di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti domiciliate nel Cantone non coperte dalle prestazioni delle Casse malati e di altre assicurazioni sociali e private.

³Le decisioni sui collocamenti di tossicomani e le relative spese, di competenza del Giudice penale e del Magistrato dei minorenni, rimangono riservate.

Articolo 10

- 2. Rimedi di diritto**

¹Contro le decisioni del Delegato in materia di garanzia e/o assunzione delle spese di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento in centri residenziali di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti, è data facoltà di reclamo entro 15 giorni ai sensi del Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali.

²Contro le decisioni su reclamo di cui al cpv. 1 è data facoltà di ricorso al Consiglio di Stato.

³È applicabile la legge di procedura per le cause amministrative.

Articolo 11

II. Collocamento coattivo
LST art. 15 b

¹Al collocamento coattivo di tossicomani in virtù delle disposizioni del Codice civile svizzero sulla privazione della libertà a scopo d'assistenza, si applicano le modalità e la procedura prevista dalla legge sull'assistenza sociopsichiatrica.

²Il collocamento coattivo di tossicomani deve avvenire, per quanto possibile, in reparti specifici, distinti da quelli per la presa a carico sociopsichiatrica.

³Il collocamento può essere effettuato anche presso i servizi e centri residenziali di cui all'art. 8 cpv. 1 lett. b). In questo caso il responsabile del servizio o centro svolge, per analogia, i compiti affidati, nell'ambito della procedura di collocamento coattivo, dalla legge sull'assistenza sociopsichiatrica al responsabile dell'UTR.

CAPITOLO TERZO - Obblighi, controlli

Articolo 12

A. Stabilimenti ospedalieri
LST art. 18 cpv. 1
OST art. 46 e 53

Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 7.

Articolo 13

B. Ricette
OST art. 39

Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 8.

Articolo 14

C. Farmacisti
OST art. 52 e 55 lett. c)

Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 9.

Articolo 15

D. Messa al sicuro, vendita o distruzione
LST art. 33 e 8 cpv. 4
OST art. 17 cpv. 1

Gli stupefacenti confiscati o altrimenti pervenuti allo Stato, ove non debbano essere inviati all'Ufficio federale della sanità pubblica (in seguito detto Ufficio federale), devono essere consegnati al Farmacista cantonale, il quale provvede a metterli al sicuro, alla loro vendita o distruzione conformemente all'art. 33 LST.

CAPITOLO QUARTO - Autorizzazioni

- A. Permessi**
- I. di coltivazione, fabbricazione e commercio
LST art. 4 cpv. 1
OST art. 4, 5 e 6
- II. a mediatori
OST art. 7

Articolo 16

Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 11.

- III. a professionisti con esercizio limitato
LST art. 9 cpv. 2a
- I medici, dentisti, veterinari e i gerenti responsabili di una farmacia pubblica od ospedaliera ammessi all'esercizio limitato della professione a norma della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario, sono autorizzati, sentito l'avviso dell'Ufficio federale della sanità, a procurarsi, detenere, usare e dispensare stupefacenti, sotto la loro responsabilità e nei limiti giustificati dall'esercizio regolamentare della professione.

Articolo 17

Articolo 18

- IV.
1. a stabilimenti ospedalieri
LST art. 14 cpv. 1
OST art. 9, 14 cpv. 1 lett. b) e 15
2. a istituti di cura stranieri o d'altri Cantoni
LST art. 9 cpv. 5
- Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 13.*

Articolo 19

- V. ad istituti scientifici
LST art. 14 cpv. 2
OST art. 10, 14 cpv. 1 lett. b) e 15
- Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 14.*

Articolo 20

- B. Custodia di colture e scorte
LST art. 4 e 14 cpv. 1 e 2
OST art. 4, 5, 6, 9, 10 e 17
- In caso di estinzione, annullamento o revoca dei permessi concessi a fabbriche, ditte commerciali e persone, stabilimenti ospedalieri ed istituti di cura, istituti scientifici ai sensi degli art. 4 e 14 LST, eventuali colture di piante da alcaloidi o canapa, come pure eventuali scorte di stupefacenti sono affidate alla custodia del Farmacista cantonale, che provvede in conformità con l'art. 15.

Articolo 21

C. Autorizzazioni speciali
LST art. 15a cpv. 5

Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 16.

Articolo 22

D. Istituzione e gestione di servizi e centri residenziali e ambulatoriali

¹Per l'apertura di servizi ambulatoriali e di centri residenziali situati nel Cantone che si occupano di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti, ai sensi dell'art. 8 lett. b) della presente legge, è necessaria l'autorizzazione del Consiglio di Stato.

²Per ottenere tale autorizzazione il servizio deve dimostrare

- a) l'idoneità igienico sanitaria delle proprie strutture;
- b) l'irreprensibilità del responsabile e degli operatori;
- c) la propria solvibilità;
- d) un'adeguata formazione degli operatori nel campo socio-psico-pedagogico, rispettivamente sanitario, segnatamente riferita al trattamento dei tossicodipendenti.

³Il Consiglio di Stato può revocare l'autorizzazione in caso di mancata osservanza del cpv. 2.

Articolo 23

E. Autorizzazione sperimentale

Il Consiglio di Stato può autorizzare servizi ambulatoriali e centri residenziali che sperimentano nuove metodologie, purché garantiscano affidabilità nella conduzione dell'intervento.

CAPITOLO QUINTO - Sussidiamento

Articolo 24

A. In generale

¹Vengono concessi sussidi unicamente per provvedimenti riconosciuti dal Consiglio di Stato ai sensi del capitolo II.

I. Sussidiamento

²Il sussidiamento può essere concesso, escluse le sperimentazioni, unicamente per provvedimenti che soddisfano i requisiti stabiliti dalla legge e dal regolamento d'applicazione.

³Le decisioni del Consiglio di Stato relative alla concessione di sussidi sono definitive.

Articolo 25

II. Spese computabili

Il Consiglio di Stato stabilisce le spese computabili per il calcolo del sussidio e la base del loro accertamento.

Articolo 26

III. Verifica dei bilanci

¹Il Consiglio di Stato approva i conti preventivi, ordina le opportune verifiche e dà le necessarie istruzioni di ordine contabile e statistico.

²I conti d'esercizio ed i bilanci patrimoniali degli istituti sussidiati in base a questa legge, devono essere sottoposti all'approvazione del Consiglio di Stato entro il 31 marzo di ogni anno.

Articolo 27

IV. Approvazione di tariffe e rette

I servizi e i centri riconosciuti ai fini del sussidiamento e situati nel Cantone, soggiacciono all'obbligo dell'approvazione preventiva di tariffe e rette da parte del Consiglio di Stato.

Articolo 28

V. Ipoteca legale

¹A garanzia della restituzione dei sussidi alle spese di investimento, lo Stato può chiedere l'iscrizione di un'ipoteca legale giusta l'art. 836 CCS.

²L'ipoteca ha una durata di 20 anni, dal momento della concessione del sussidio e deve essere iscritta a registro fondiario; il suo grado è determinato dalla data dell'iscrizione.

Articolo 29

VI. Legge sussidi

Per quanto non disciplinato dalla presente legge sono applicabili le norme della legge sui sussidi cantonali.

Articolo 30

B. Entità dei sussidi

I. Prevenzione LST art. 15a cpv. 1

Per la realizzazione di progetti di prevenzione secondo l'art. 8 lett. a), lo Stato può concedere un sussidio sino ad un massimo del 75% della spesa preventivata.

Articolo 31

II. Presa a carico LST art. 15a cpv. 2

1. spese d'investimento di servizi e centri ambulatoriali e residenziali

Lo Stato può concedere sussidi fino ad un massimo del 60% della spesa preventivata per l'acquisto di terreni ed immobili, la costruzione, l'ampliamento, l'ammodernamento, l'arredamento e l'acquisto di attrezzature da parte di servizi e centri sia ambulatoriali sia residenziali per la presa a carico (cura e reintegrazione) di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti.

Articolo 32

2. spese d'esercizio di servizi e centri ambulatoriali

¹Per le spese d'esercizio di servizi e centri ambulatoriali lo Stato può concedere un sussidio massimo del 75% del disavanzo, secondo le modalità stabilite dal regolamento.

²Le spese d'esercizio di servizi e centri residenziali non vengono sussidiate.

Articolo 33

III. Documentazione, ricerca, formazione del personale e sperimentazione

Per la documentazione, la ricerca, la formazione del personale, la valutazione e la gestione di programmi sperimentali nell'ambito delle tossicomanie, lo Stato concede un sussidio sino ad un massimo del 75% della spesa preventivata.

CAPITOLO SESTO - Assunzione delle spese

Articolo 34

Assunzione delle spese di singole persone con problemi legati all'uso di stupefacenti

a) Principio

¹Le domande tese alla garanzia di pagamento e/o all'assunzione da parte dello Stato delle spese di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti in centri residenziali (art. 9 cpv. 2), corredate da un piano terapeutico e di finanziamento dettagliati, sono sottoposte al Delegato per il tramite di un ente collocante che si impegna a seguire il tossicomane anche durante il trattamento residenziale e che soddisfa gli ulteriori requisiti stabiliti dal regolamento.

²La garanzia di pagamento e/o le spese derivanti dal collocamento in centri residenziali vengono assunte solo se il centro è riconosciuto e nella misura in cui la retta è approvata.

³L'entità dell'assunzione è commisurata alle esigenze educative e le possibilità di rimborso del richiedente e di regresso verso i familiari, nel limite degli obblighi di assistenza tra parenti secondo l'art. 328 CCS.

Articolo 35

b) Condizioni

¹Per poter essere riconosciuto ai sensi dell'art. 34, un centro residenziale deve soddisfare in particolare i seguenti requisiti:

- a) essere in possesso dell'autorizzazione di cui all'art. 22 se è situato sul territorio cantonale;
- b) rientrare nel piano cantonale degli interventi e rispondere ad un fabbisogno al momento del riconoscimento;
- c) esigere dalle persone con problemi legati all'uso di stupefacenti da collocare un documento attestante che è già subentrata una tossicodipendenza da droghe pesanti o che vi è necessità d'intervento per prevenirla;
- d) disporre di una descrizione dello scopo del provvedimento, del programma di lavoro, del percorso terapeutico e del tipo di presa a carico;
- e) disporre di personale in possesso delle qualifiche previste dal regolamento;
- f) disporre di basi finanziarie solide;
- g) far approvare da parte del Consiglio di Stato le tariffe e le rette a carico delle persone collocate a spese del Cantone;
- h) sottoporsi ai controlli di qualità disposti dall'Autorità.

²Il Consiglio di Stato può assumere le spese di cui all'art. 34 della presente legge, anche per trattamenti e collocamenti in centri che sperimentano nuove metodologie, purché garantiscano affidabilità nella conduzione dell'intervento.

Articolo 36

c) Modalità di versamento

¹Di regola l'importo assunto viene versato direttamente al centro ospitante.

²Gli importi percepiti indebitamente devono essere restituiti. Valgono per analogia le norme della legge sui sussidi cantonali concernenti la restituzione di sussidi e la relativa prescrizione.

CAPITOLO SETTIMO - Disposizioni penali e di polizia

Articolo 37

A. Reati LST art. 28 cpv. 1

¹Tutti i reati previsti agli art. da 19 a 28 LST sono perseguiti dall'Autorità giudiziaria.

²L'Autorità giudiziaria competente ordina parimenti i provvedimenti di cura e di reintegrazione ritenuti necessari. Nei casi previsti dall'art. 19a cpv. 3 LST, designa il medico responsabile del trattamento o dell'assistenza prescritti.

Articolo 38

- B. Altre contravvenzioni** Le contravvenzioni a questa legge ed alle sue disposizioni esecutive, che non siano perseguibili in base all'articolo precedente oppure in base all'art. 21 della legge sui sussidi cantonali, segnatamente la violazione di decisioni singole o di termini fissati dall'Autorità amministrativa, sono punite con la multa sino a fr. 5000.-.

Articolo 39

- C. Facoltà d'indagine** *Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 33.*

Articolo 40

- D. Sequestri** *Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 34.*

Articolo 41

- E. Confisca**
LST art. 33 e 8 cpv. 4
OST art. 17 cpv. 2 e 61
- ¹Gli stupefacenti impiegati per commettere reati previsti agli artt. da 19 a 28 LST o altre contravvenzioni a questa legge e sequestrati ai sensi dell'art. 40 sono confiscati e devoluti allo Stato.

²Ove non possono essere altrimenti utilizzati, gli stupefacenti confiscati devono essere trasformati o distrutti a cura del Farmacista cantonale secondo l'art. 15.

³Il ricavato della vendita degli stupefacenti confiscati, con riserva dell'art. 61 OST, è devoluto allo Stato e destinato alla lotta contro la diffusione delle tossicomanie. A tale proposito è istituito uno speciale fondo.

Articolo 42

- F. Comunicazione**
LST art. 28 cpv. 2
- Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 36.*

CAPITOLO OTTAVO - Procedura

Articolo 43 (nuovo)

Autorità di ricorso *Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 37.*

CAPITOLO NONO - Norme transitorie e finali

Articolo 44 (nuovo)

Norme abrogative *Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 40.*

Articolo 45 (nuovo)

**Entrata in vigore
LST art. 34 cpv. 2** *Modifica della numerazione. Il testo corrisponde a quello immutato dell'attuale art. 41.*

II. Disposizioni transitorie

1. I servizi ambulatoriali e i servizi e centri residenziali attualmente operanti nel Cantone Ticino, devono inoltrare regolare istanza d'autorizzazione ai sensi dell'art. 22, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente modifica.
2. Le norme del capitolo quinto e sesto si applicano alle domande inoltrate dopo l'entrata in vigore della presente modifica.

III. Entrata in vigore

La presente modifica viene pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

Il Consiglio di Stato ne determina la data di entrata in vigore.