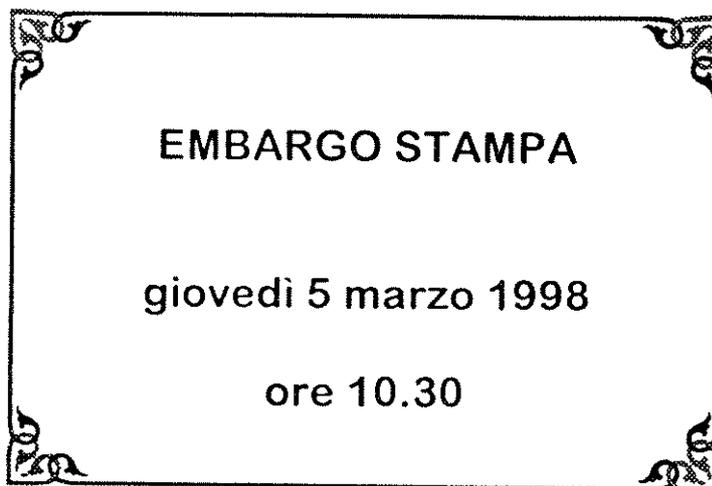


Messaggio

numero	data	Dipartimento
4724	17 febbraio 1998	OPERE SOCIALI
Concerne		

Revisione della Legge cantonale d'applicazione del 19 giugno 1978 alla Legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951



Messaggio

numero	data	Dipartimento
4724	17 febbraio 1998	OPERE SOCIALI

Concerne

Revisione della Legge cantonale d'applicazione del 19 giugno 1978 alla Legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951

Onorevole signor Presidente,
onorevoli signore e signori Consiglieri,

con il presente messaggio ci preghiamo sottoporre al vostro esame un disegno di legge d'applicazione alla legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951. Il presente disegno di legge modifica la legge cantonale d'applicazione in vigore dal 19 giugno 1978. Una bozza di messaggio e disegno di legge è stata messa in consultazione a fine 1996.

1. L'ATTUALE CONTESTO DELLA POLITICA DELLA TOSSICODIPENDENZA

La politica della tossicodipendenza svizzera e, di riflesso, quella cantonale si trovano confrontate con un panorama in rapida evoluzione. Il dibattito in corso è riassumibile in due grossi filoni.

Il primo consiste nell'abbinare al concetto di "sostanza droga" un approccio ai problemi di "dipendenza". Ciò comporta un'analisi del rapporto esistente tra società e "droga" ed introduce la necessità di approfondire il tema delle rappresentazioni sociali relative alle droghe.

Quali sostanze vengono definite "droga"? In quale società? In quali contesti e quantità una data società è disposta ad accettare un consumo di sostanze psicotrope che possono generare gravi dinamiche di dipendenza? Fino a che punto una società sente la necessità di intervenire nei confronti di suoi componenti che si ritrovano ad avere degli stili di vita differenti da quelli ritenuti "accettati"? Con che mezzi intende intervenire? Quanto è lecito distinguere tra l'uso di sostanze psicotrope socialmente accettate (quali ad esempio l'alcool e gli psicofarmaci) e quello di sostanze note da poco alla nostra società? Come comportarsi in futuro all'apparire di nuove sostanze?

Queste ed altre domande sono attualmente dibattute a livello federale ed internazionale e condizioneranno l'impostazione di una politica che richiederà ampie discussioni, sia nella società che nei vari consessi parlamentari.

In quest'ottica, non più solo strettamente farmacologica ma soprattutto socioculturale, la tossicodipendenza trova una sua precisa collocazione quale specifica situazione di dipendenza patologica da prodotti psicotropi (droghe illegali, alcool, psicofarmaci, ecc.). Di riflesso anche la prevenzione non risulta più essere legata unicamente al consumo o all'abuso occasionale di determinate sostanze, ma diventa anche educazione all'igiene di vita, alla ricerca di una realizzazione personale che comporti una crescita di autonomia e quindi la minore dipendenza possibile.

Il "fenomeno droga" non è quindi da omologare alle sue rappresentazioni più eclatanti e da alcuni ancora ritenute emblematiche: il disadattamento sociale, la violenza, le morti per overdose, i grandi traffici illeciti, le scene aperte (le scene aperte erano frequentate solo da una minoranza delle ca. 30'000 persone tossicodipendenti stimate esservi in Svizzera). La tossicodipendenza è innanzitutto un problema di dipendenza (al pari dell'alcolismo, dell'abuso di psicofarmaci, ecc.) che può sfociare in danni alla salute e nell'emarginazione, oppure molto spesso resta un problema individuale, nascosto da chi riesce a rimanere socialmente integrato ed intende restarlo.

Inoltre, i modelli di consumo riscontrati sono rapidamente evoluti verso varie forme di politossicomania, comprendente quasi sempre anche l'alcool e gli psicofarmaci, accentuando così la difficoltà di distinzione tra sostanze accettabili socialmente o meno.

La complessità delle tematiche in discussione e la loro marcata componente socioculturale possono venir esemplificate nella recente comparsa e veloce diffusione di nuove sostanze psicotrope e di nuove modalità di consumo. Si tratta delle cosiddette "designer drugs" (droghe sintetiche): prodotti psicotropi non estratti da sostanze vegetali ma creati in laboratorio, dei quali il più diffuso è attualmente noto come "ecstasy". Questo tipo di prodotti, per i quali si va suggerendo la denominazione generica di "entertainment drugs" (letteralmente "droghe di svago"), si connota proprio per la combinazione di varie sostanze in un unico prodotto e per un loro utilizzo finalizzato ad un effetto integrante. Queste "droghe sintetiche" vengono assunte in quanto sul momento (per alcune ore) facilitano la presa di contatto, danno un notevole senso di empatia, sono energetiche ed euforizzano, diminuendo al contempo l'aggressività. Le proprietà descritte soggettivamente come positive lasciano poi il campo ad effetti indesiderati per circa 24 ore. Per contro sono ancora poco note le possibili conseguenze di un abuso continuato di tali sostanze. Le proprietà vissute positivamente di questi prodotti fanno sì che essi, di riflesso, vengano solitamente consumati non tanto in situazioni emarginanti, bensì proprio come "risorsa ausiliaria", in particolare in occasione di ritrovi giovanili pubblici.

Il secondo filone del dibattito in corso è quello della struttura organizzativa deputata all'allestimento, al coordinamento ed alla valutazione degli interventi statali e privati. Dopo una lunga fase nella quale le offerte di presa a carico e di terapie risultavano insufficienti e le conoscenze basate su metodologie scientifiche erano carenti, vi è stata, soprattutto da parte della Confederazione, l'assunzione di un ruolo molto più attivo.

Questo maggiore impegno era scaturito da un primo rapporto della Sottocommissione federale per le questioni di droga, del 1989, e dai riscontri della relativa procedura di consultazione.

Nel 1991 (prima conferenza nazionale sulla droga) la Confederazione ha assunto il compito di produrre maggiori e migliori conoscenze e di favorire la formazione in un settore caratterizzato dall'assenza di dati certi, dalla clandestinità del consumo e, a volte, da interventi approssimativi e connotati ideologicamente.

Sulla base di un primo rapporto intermedio del 1993 sul pacchetto di misure in materia di tossicomanie la Confederazione ha quindi potenziato le proprie strutture, finanziato ricerche di tipo medico, sociologico e politologico, favorito la collaborazione tra Cantoni, finanziato soluzioni terapeutiche innovative e la formazione degli operatori, e sostenuto l'urgenza e l'importanza delle misure d'aiuto di sostentamento (mirate alla cosiddetta "riduzione del danno").

Questa nuova politica federale è stata oggetto, nel febbraio 1995, della seconda conferenza nazionale sulla droga e viene definita "dei quattro pilastri": (1) prevenzione, (2) riduzione del danno, (3) offerta terapeutica e reinserimento professionale, (4) repressione dei traffici illeciti. Essa è alla base anche della politica cantonale, così come ribadito il 25 gennaio 1995 dal Consiglio di Stato in occasione della procedura di

consultazione in merito alla bozza di controprogetto del Consiglio federale in risposta all'iniziativa popolare federale "Gioventù senza droga". Nella stessa occasione il Consiglio di Stato concordava sulla necessità di un'armonizzazione delle politiche cantonali e di un coordinamento a livello federale. Questa posizione è stata ribadita (23 gennaio 1996) nella risposta alla procedura di consultazione in merito alla proposta di istituire un'Autorità nazionale in materia di droga.

La messa in atto della nuova politica federale ha di riflesso comportato la messa a disposizione di strumenti formativi per gli operatori e ha contribuito alla nascita di più organismi di coordinamento e di valutazione dell'operato nel settore.

Infine, nell'estate 1995 sono iniziati i lavori preparatori per la revisione della Legge federale sugli stupefacenti. Alla Commissione preposta sono stati posti alcuni quesiti preliminari con carattere di urgenza. La Commissione ha pubblicato nel febbraio 1996 un rapporto preliminare nel quale dà delle prime indicazioni di fondo, fra cui quella di ritenere opportuno l'impostazione di una Legge federale sui medicinali e di una Legge federale sull'aiuto in materia di tossicomania. Si propone che quest'ultima Legge si occupi di tutte le sostanze psicotrope e tutti gli ambiti della politica della tossicodipendenza: prevenzione, trattamenti ambulatoriali e residenziali, riduzione dei rischi e aiuto alla sopravvivenza, provvedimenti di reinserimento.

La politica federale in materia di droga è stata sottoposta una prima volta al vaglio della popolazione in occasione della votazione sull'iniziativa popolare federale "Gioventù senza droga", che, presentata espressamente per bloccare l'evoluzione, è stata rigettata in tutti i Cantoni (28 settembre 1997) e, complessivamente, con una maggioranza qualificata del 70 %. Attualmente la Confederazione sta valutando l'opportunità di una riforma urgente e puntuale della legislazione federale, conscia dell'impossibilità di proporre in tempi brevi una riforma radicale.

I temi in discussione a livello federale non toccano comunque i propositi di riforma cantonale contenuti nel disegno di legge qui presentato. Anzi, la riforma qui proposta, oltre che ad ovviare ad alcune lacune da tempo registrate, permette alle autorità cantonali di seguire al meglio il dibattito in corso a livello federale, così da prepararsi per tempo all'adozione di nuove normative.

2. OPPORTUNITÀ E CONTENUTI DELLA REVISIONE PROPOSTA

L'immediato futuro si prefigura come una fase di collaborazione intercantonale, di maggior coordinamento degli interventi, di dibattito e di transizione. In questi anni la popolazione è stata e sarà chiamata ad esprimersi su due iniziative popolari federali in netta contrapposizione. La prima (proibizionista e denominata "Gioventù senza droga") è stata chiaramente rigettata, l'altra (liberalizzatrice e chiamata "Droleg") è tuttora pendente. Il dibattito che le accompagna, l'esito delle consultazioni, la valutazione delle varie sperimentazioni in corso (relative non solo alla prescrizione di oppiacei, ma anche alla promozione di vari tipi di misure di coordinamento, armonizzazione, ricerca e valutazione degli aspetti qualitativi delle misure terapeutiche) e le proposte di revisione dell'attuale Legge federale sugli stupefacenti daranno solo fra diversi anni un quadro più stabile delle necessità della politica svizzera e cantonale della (tossico)dipendenza.

Qui di seguito si presentano i motivi che hanno condotto il Consiglio di Stato a proporre già oggi una revisione della Legge cantonale d'applicazione all'attuale Legge federale sugli stupefacenti.

L'attuale Legge cantonale data del 1978 e l'ultima discussione parlamentare è avvenuta nel 1988, quando venne inserita la garanzia cantonale del finanziamento del collocamento terapeutico. Nel 1978 si trattò di iniziare quasi dal nulla, ora - dopo quasi 20

anni di esperienze - si propone un comprensibile riassetto di una realtà operativa divenuta complessa.

Questa revisione è dettata in primo luogo dalla necessità di una riorganizzazione amministrativa della politica cantonale, con un chiarimento delle competenze progettuali ed esecutive e dei canali tramite i quali concertare gli interventi pubblici e privati. Inoltre, il progetto di legge propone un regime di autorizzazione per i servizi ambulatoriali ed i centri terapeutici quale strumento di verifica e supervisione dell'offerta terapeutica cantonale.

Per intervenire efficacemente i Cantoni devono dotarsi di strutture operative e di coordinamento al passo con i tempi. Ed è in questo ambito che si può descrivere la presente revisione, nata dall'aver constatato problemi di competenze e di operatività.

La creazione di strutture cantonali in base alla Legge del 1978 - Gruppo operativo droga (GOD), Commissione Collocamenti Terapeutici (CCT) e Centro cantonale di documentazione (CCD) - ha fatto emergere in parte lacune di intervento ed in parte sottolineato un'insufficienza di basi legali. L'operatività della politica odierna non è dunque ritenuta sufficientemente assicurata.

D'altronde, già nei primi anni ottanta il Gruppo operativo droga si era interrogato sull'opportunità di un ripensamento e successiva revisione della vigente Legge. Alla fine del 1983 il GOD espresse al Consiglio di Stato l'esigenza di revisione di una Legge cantonale d'applicazione ritenuta inadeguata. Quali indicazioni per la revisione vennero citate, tra l'altro, la necessità di una migliore definizione del concetto di stupefacente e di tossicodipendente, da intendersi in senso più ampio e da mettere in relazione a fenomeni analoghi quali l'alcoolismo e la farmacodipendenza, e di chiarire la ripartizione di competenze tra chi assume un ruolo consultivo e chi si trova a coordinare il lavoro operativo di enti e strutture.

Nel 1987 il GOD è tornato nuovamente sull'argomento, proponendosi di raccogliere ulteriori informazioni su quanto si stava muovendo a livello federale. A proposito delle esigenze di revisione, il prof. M. Borghi, in qualità di membro del Gruppo operativo droga, scriveva al suo Presidente in quell'anno: "l'impegno di promozione della prevenzione, della cura e della reintegrazione di tossicomani è espresso in forma fatalmente generica [nel quadro dell'autonomia legislativa cantonale] stante la totale carenza di ricerche e la relativa esperienza nel settore specifico in Ticino in quel momento storico [1977]. [...] Se a ciò si aggiunge il fatto notorio della rapidissima evoluzione che il fenomeno della tossicodipendenza in questi 10 anni ha subito, non sarebbe necessario aggiungere altro al fine di evidenziare la disadeguatezza e l'inadeguatezza della vigente legge."

Un chiaro stimolo a sanare questa situazione è poi di nuovo stato espresso recentemente dal Gruppo operativo droga stesso e raccolto dal Consiglio di Stato, che ha istituito nel 1994 un apposito Gruppo di lavoro (composto da membri del GOD e da funzionari dell'amministrazione), con il mandato di impostare una revisione della Legge cantonale d'applicazione che tenesse conto in modo coerente dei mutamenti avvenuti e delle esperienze fatte.

I suggerimenti espressi nel 1995 dal Gruppo di lavoro rispecchiano la tendenza emersa a livello federale. Si propone cioè di dare un peso maggiore che non in passato ai problemi generati da una (tossico)dipendenza rispetto alle questioni centrate direttamente sulle sostanze stupefacenti. La sistematica del Progetto di legge rispecchia quindi questa mutata accentuazione, antepoendo le misure rivolte alla presa a carico di tossicodipendenti alle prescrizioni relative al commercio ed all'uso autorizzato di stupefacenti.

I punti salienti della revisione sono quattro. Dapprima si propone di assegnare al Parlamento cantonale la competenza di discutere il "Piano cantonale degli interventi" ed i suoi aggiornamenti, riportando così sul piano politico una questione attualmente

demandata solo ai tecnici. Sinora infatti il piano d'intervento veniva proposto al Consiglio di Stato da parte del GOD (cfr. art. 19 lett. a) Legge attuale). In secondo luogo, si suggerisce di introdurre una figura interna all'amministrazione, incaricata del coordinamento delle misure concrete e di un costante colloquio con le istituzioni operative attive nel Cantone. Quale terzo elemento si attribuisce a questa figura il compito di mantenere un regolare contatto con gli organismi cantonali, con le autorità federali e con gli altri Cantoni. L'attuale Gruppo operativo droga assumerebbe così la funzione di "Gruppo di esperti", liberandosi al contempo da compiti di carattere "amministrativo".

La quarta proposta sottolinea l'importanza della vigilanza sulla qualità dell'offerta terapeutica, ritenuta sia in Svizzera che in Ticino carente più a livello qualitativo che quantitativo. Fondamentale è che la rete dei possibili interventi venga qualitativamente completata là dove necessario e che si eviti un proliferare di iniziative slegate fra loro e dalla qualità terapeutica a volte discutibile.

Di conseguenza è stato proposto di rendere ancora più efficace l'erogazione di sussidi, che viene impostata in modo più organico introducendo, per il tramite di criteri di riconoscimento, un regime di autorizzazione per i servizi ambulatoriali e per i centri terapeutici in Ticino. I collocamenti terapeutici sarebbero allora, in linea di massima, finanziati solo per i centri autorizzati e riconosciuti dal Cantone. Il principio, introdotto nel 1988, di un'immediata copertura del costo di misure terapeutiche tramite la garanzia cantonale al finanziamento del collocamento si è rivelato particolarmente utile e viene mantenuto. Le condizioni economiche delle persone tossicodipendenti, dei loro familiari o dei Comuni d'origine continueranno così a non essere di ostacolo a chi vuole iniziare una terapia.

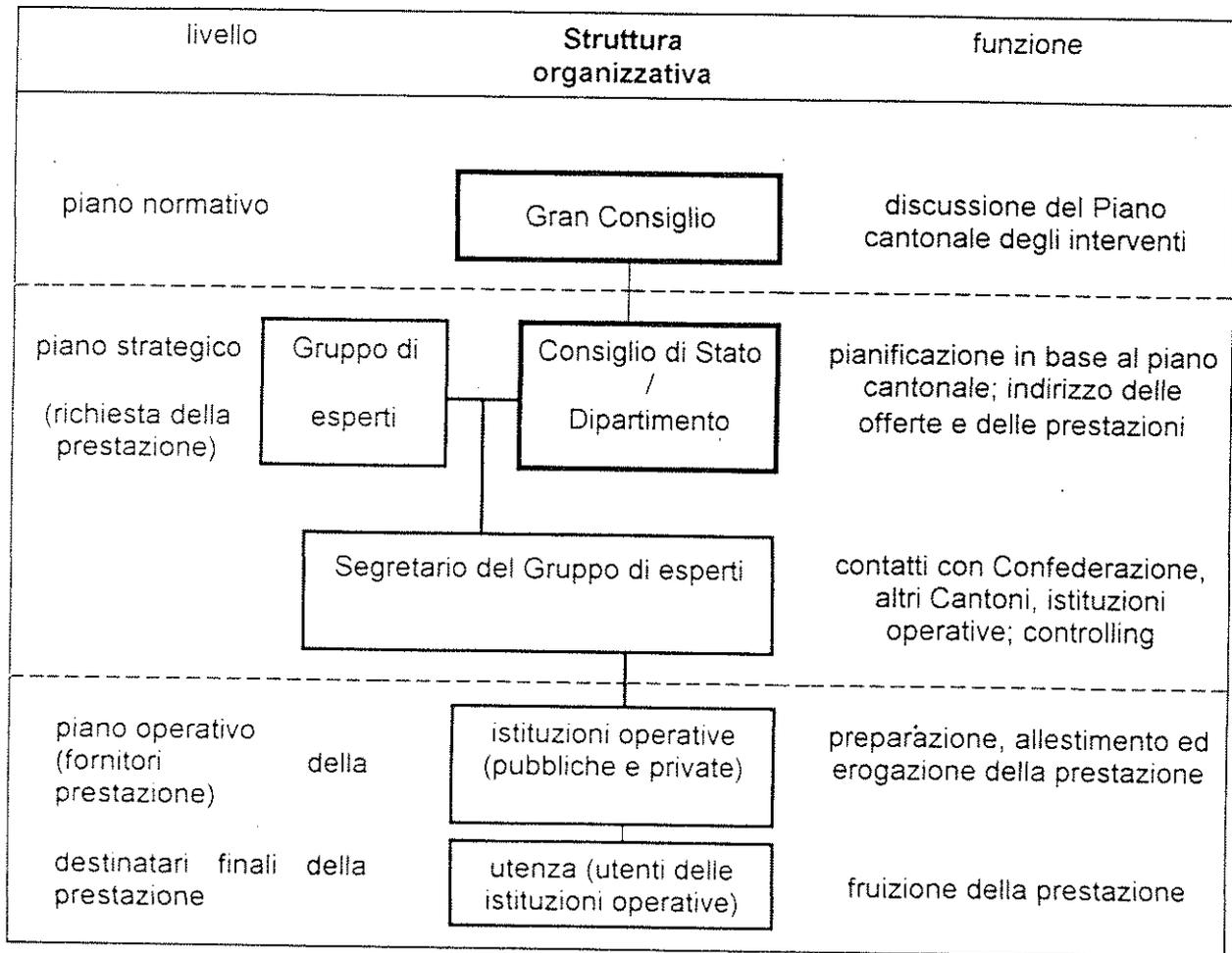
Il presente progetto riprende le proposte di questo Gruppo di lavoro ed è stato dapprima sottoposto all'attenzione del Gruppo operativo droga, organo consultivo del Consiglio di Stato, ed in seguito posto in consultazione nell'autunno 1996. Si noti infine come diversi altri Cantoni abbiano appena rivisto o stiano rivedendo le loro leggi d'applicazione e come motivazioni e proposte analoghe stiano alla base di queste revisioni cantonali.

Si ricorda infine come i propositi di riforma contenuti nel presente progetto siano di fatto indipendenti dall'evoluzione che avranno le proposte di riforma del diritto federale.

La Confederazione ha recentemente deciso di adottare una strategia in due fasi: dapprima una serie di interventi puntuali tramite decreti federali urgenti, in seguito - ed è stato pronosticato un iter di almeno 5 anni - una riforma di base del settore, comprendendo una nuova legge federale in materia.

La struttura organizzativa proposta

Lo schema seguente riassume la nuova struttura organizzativa che verrebbe a crearsi nel settore delle tossicodipendenze:



3. L'ATTUALE SITUAZIONE CANTONALE

3.1 Le strutture ed i servizi operanti nel Cantone

La Legge attualmente in vigore prevede tre strutture cantonali preposte alla documentazione, all'elaborazione, al coordinamento ed alla supervisione della politica in materia di tossicodipendenza: il Gruppo operativo droga (GOD, previsto dall'art. 18 della Legge), la Commissione collocamenti terapeutici (CCT, inserita all'art. 24 cpv. 3 con la revisione del 1988) ed il Centro cantonale di documentazione (CCD, previsto dall'art. 17 cpv 2). La nomina del GOD e della CCT e la designazione del Centro di documentazione sono di competenza del Consiglio di Stato.

Vi è inoltre il campo della vigilanza sui prodotti stupefacenti, la cui competenza spetta al Consiglio di Stato che la esercita per il tramite degli Uffici del Medico cantonale e del Farmacista cantonale, coadiuvati per l'attività analitica dal Laboratorio cantonale.

Le strutture ospedaliere pubbliche vengono coinvolte per la fase di disintossicazione fisica. le altre strutture operative presenti sul territorio cantonale sono state istituite da enti privati attivi nel terzo settore (economia associativa).

3.1.1 Gruppo operativo droga (GOD)

Come già accennato, le dinamiche attualmente in corso in Svizzera impongono frequenti scadenze e sono inoltre connotate da un'evoluzione federalista della politica della tossicodipendenza, con numerose consultazioni federali e contatti tra Cantoni. Questa tendenza, unita all'infittirsi della rete di attori attivi sul territorio cantonale, ha posto delle concrete difficoltà operative. Si è così resa auspicabile l'identificazione, oltre a gremi di carattere consultivo e intesi a dare una coerenza a medio e lungo termine alle linee direttrici della politica cantonale, di un referente operativo attivabile in tempi brevi da parte delle autorità cantonali e che possa fungere da interlocutore costante e facilmente accessibile a Comuni ed enti privati.

L'evoluzione avuta nel settore ambulatoriale può servire da esempio delle difficoltà operative sorte con le attuali strutture. A causa dell'evoluzione propria del settore si è aperta una dinamica che non vede più le Antenne progettare da sole il proprio lavoro in un ambito chiaramente circoscritto. Di conseguenza, esse sono oggi messe nella necessità di trovare continuamente la migliore utilizzazione delle proprie risorse, sia sul territorio che nei tipi di attività svolte, interagendo con il Cantone, con i Comuni, con altri enti pubblici e privati e con l'utenza.

Una tale situazione richiede, da parte del Cantone, la designazione di un'istanza che possa colloquiare in permanenza con chi si trova ad operare sul territorio e che riesca a fungere da piattaforma di messa in comune tra enti pubblici e privati di esigenze, progetti e proposte di soluzioni concrete. L'evoluzione avuta sinora ha quindi visto il Gruppo operativo droga (GOD), struttura nata con compiti consultivi all'indirizzo del Consiglio di Stato, costretto a far convivere l'elaborazione di strategie ed indirizzi a medio termine con decisioni in merito ad interventi operativi puntuali a breve termine. L'intersecarsi di questi due livelli ha reso viepiù evidente l'inadeguatezza delle strutture previste dalla Legge nel 1978 nel rispondere alle esigenze attuali della politica delle tossicodipendenze.

3.1.2 Commissione collocamenti terapeutici (CCT)

Il campo d'azione di questa struttura, introdotta con la revisione del 1988, è circoscritto alla concessione della garanzia cantonale al finanziamento dei collocamenti terapeutici. Per le richieste presentate da un ente collocante riconosciuto, inoltrate prima del collocamento e relative a centri noti, non vi sono problemi.

Le richieste non conformi all'iter previsto, e soprattutto quelle destinate a centri ritenuti non sufficientemente conosciuti, vengono esaminate volta per volta. Il problema maggiore è costituito dall'assenza di espliciti criteri di valutazione, ciò nonostante si è reso necessario l'allestimento di una lista dei centri terapeutici ritenuti "omologati". In occasione dell'allestimento della lista di questi centri sufficientemente sperimentati si era comunque dato particolare risalto a due caratteristiche ritenute determinanti anche nei lavori di analisi della Confederazione: la formazione del personale e le esperienze accumulate dal personale attivo presso gli enti collocanti (soprattutto le Antenne).

L'adozione di un regime di autorizzazione all'esercizio dei Centri terapeutici ticinesi (dove avviene circa il 60 % dei collocamenti di ticinesi), possibile solo grazie all'allestimento di criteri di valutazione dei progetti terapeutici delle strutture, renderebbe più efficiente anche la gestione dei collocamenti terapeutici.

3.1.3 Centro cantonale di documentazione (CCD)

Previsto all'art. 17, cpv. 2 della Legge del 1978 e definito "Centro cantonale di documentazione, informazione e coordinamento" preposto quale perno alla coordinazione di tutte le misure in materia di tossicodipendenze, non è mai entrato in vigore nella forma prevista dalla Legge.

Nel corso degli anni ottanta un ente privato (Comunità familiare) aveva però organizzato un proprio centro di documentazione sociale, in gran parte dedito alla raccolta e sistematizzazione di letteratura scientifica e divulgativa sul problema delle tossicodipendenze. Il Cantone ha quindi deciso, dapprima con dei finanziamenti annuali ed infine con la decisione di un contributo su più anni, di rinunciare all'istituzione di un proprio CCD e di sostenere l'attività di questo centro privato. Attualmente il Centro di documentazione sociale cura dunque, oltre alla documentazione citata, una rassegna stampa sul tema della tossicodipendenza e agisce da centro di documentazione del GOD. Nel progetto di legge si rinuncia alla figura di CCD presente nella Legge del 1978, introducendo invece il concetto della sussidiabilità di provvedimenti in materia di documentazione e ricerca.

3.1.4 Prevenzione

Il settore della prevenzione ha visto la recente creazione di un ente specializzato, l'Associazione Radix, presente sotto forma di un ente mantello (la Fondazione Radix) su tutto il territorio federale. Sul territorio cantonale sono inoltre attivi svariati altri enti, sovente a carattere locale e meno specifici, i quali, svolgendo attività di promozione con giovani e meno giovani, esercitano una funzione preventiva di vari disagi, fra cui quelli legati alle dipendenze.

L'impostazione di base è quella di una prevenzione primaria, orientata all'educazione all'esistenza di più stili di vita ed alla conoscenza anche dei risvolti meno positivi di ognuno di essi. Grossa importanza viene dunque data alla promozione di iniziative destinate a giovani e giovani adulti, cogestite ad esempio dai destinatari stessi, non dirette esplicitamente alla "prevenzione dalla droga" e che si basano su di un'educazione alla comunicazione intergenerazionale e fra coetanei, su temi della salute fisica, psichica e relazionale.

Non vi è intenzione di rivedere l'attribuzione dei compiti di prevenzione. Semmai si tratterà di coordinare ancor meglio il lavoro di queste agenzie educative con quelle istituzionali (nei vari ordini di scuola) e con le campagne promozionali impostate a livello federale. Inoltre, in una prospettiva più ampia di prevenzione primaria e di promozione della salute, queste iniziative sono da considerare congiuntamente alle attività del costituendo Ufficio giovani, maternità e infanzia e dell'Ufficio di promozione e valutazione sanitaria.

3.1.5 Servizi ambulatoriali (Antenne)

Il settore ambulatoriale necessita di una reimpostazione di fondo, dettata dall'evoluzione del fenomeno delle tossicomanie nel nostro Cantone. Agli inizi degli anni ottanta si sono costituite sul territorio due Antenne (Alice nel Sottoceneri ed Icaro nel Sopraceneri) a gestione privata e attive soprattutto nelle zone urbane. Attualmente vi sono 4 sedi: Mendrisio, Lugano, Bellinzona e Locarno. Ad esse era stato delegato un compito che è andato man mano ampliandosi. All'inizio si trattava di un generico compito di "accoglienza", di identificazione dei bisogni dell'utenza e di progettazione di una presa a

carico. Con il tempo a questo compito di accoglienza si sono aggiunte altre attività specifiche che compongono attualmente gran parte del lavoro svolto dalle Antenne. Esse comprendono interventi di tipo sociale (spesso svolti in collaborazione con l'Ufficio cantonale dell'assistenza sociale), la ricerca di soluzioni abitative e di inserimenti lavorativi, consulenze giuridiche o amministrative, consulenze in merito alle condizioni sanitarie.

A questa vasta gamma di interventi sociali si è poi aggiunto il compito di sostegno delle disintossicazioni fisiche che, pur se svolte quasi interamente presso gli ospedali pubblici (un centinaio di interventi all'anno), restano per le Antenne un momento molto delicato dell'intervento terapeutico in quanto cerniera tra la fase di consumo di sostanze stupefacenti e la fase terapeutica, ambulatoriale o residenziale. Gli operatori delle Antenne vengono sistematicamente chiamati dagli ospedali a programmare la disintossicazione e ad accompagnare l'utente nelle sue varie fasi.

Le esperienze avute con i collocamenti presso centri terapeutici di lunga durata (negli ultimi anni tra 85 e 95 nuovi collocamenti all'anno) hanno condotto anche in quest'ambito ad una intensa partecipazione degli operatori delle Antenne. A questo riguardo risultano essere fattori importanti: una scelta tra i vari e disparati centri terapeutici esistenti che tenga conto della personalità e del vissuto della persona tossicodipendente ed una regolare presenza dell'operatore di riferimento anche in questa fase del percorso terapeutico. Un ruolo sempre più attivo delle Antenne durante il collocamento è risultato anche in virtù del cambiamento avvenuto nel 1988 per il sistema di pagamento delle rette: la garanzia cantonale di finanziamento presuppone una pratica di avvio del collocamento, dei rapporti trimestrali ed una verifica costante dell'andamento del collocamento. A queste attività si aggiunge poi il lavoro da dedicare al reinserimento sociale e professionale al termine dei collocamenti, lavoro spesso svolto dai centri terapeutici in stretto contatto con l'Antenna della regione di provenienza. Infine, sempre più spesso le Antenne vengono sollecitate anche per interventi a carattere preventivo e per la verifica e la consulenza di progetti svolti da altri enti.

In questi ultimi anni vi sono poi state da parte di singoli Comuni o di associazioni di Comuni nei confronti delle Antenne richieste di interventi maggiormente diversificati sia geograficamente sia in direzione di misure "a bassa soglia" (e cioè di prestazioni offerte alle persone tossicodipendenti ancora prima che esse riescano ad elaborare un progetto mirato all'astinenza dall'uso di sostanze stupefacenti). Si è quindi aperta una dinamica che non vede più le Antenne progettare da sole il proprio lavoro in un ambito circoscritto, bensì che le mette nella necessità di trovare continuamente la migliore allocazione possibile, sia sul territorio che nel tipo di attività svolte, delle risorse a loro disposizione, interagendo sia con il Cantone che con i Comuni.

Una tale situazione richiede dunque, da parte del Cantone, la designazione di un'istanza che possa colloquiare in permanenza con chi si trova ad operare sul territorio. Un importante compito di questa istanza, oltre a fungere da Segretario del Gruppo di esperti, sarà quello di elaborare, con l'accordo e la collaborazione degli enti privati attivi nel settore e delle altre istanze cantonali, delle modalità di lavoro che permettano degli aggiornamenti regolari dell'allocazione delle risorse a disposizione dei servizi ambulatoriali.

In diversi Cantoni sono in corso delle operazioni simili, denominate genericamente "controlling", che presuppongono l'approfondimento concordato tra ente sussidiante (Stato) ed enti sussidiati (in genere privati) delle tendenze in atto, delle priorità che ne conseguono e delle decisioni strategiche degli enti sussidiati. Il controllo puntuale della qualità del lavoro e dell'esecuzione dei compiti assegnati resta quindi di competenza dell'ente privato, destinatario del sussidio statale, che dovrà rendere conto ai servizi competenti dello Stato.

Una regolare verifica permette di evidenziare eventuali scollamenti tra le attese dell'ente pubblico e quelle dell'ente privato riguardo al mandato (sovente implicito) di prestazioni ricevuto, di progettare l'attività futura ed eventualmente di formalizzare il mandato di prestazioni. Un tale approccio si rivela opportuno, date le ristrettezze imposte dalle difficoltà delle finanze pubbliche anche a questo delicato settore e la grande varietà di attività proposte da un numero crescente di soggetti pubblici e privati. È comunque evidente che solo dopo una prima fase di prova sarà possibile valutare appieno l'opportunità di una formalizzazione di questo processo. Altrettanto importante sarà il poter approfittare di esperienze simili già iniziate in altri Cantoni. Il progetto di legge prevede l'introduzione di un regime di autorizzazioni all'apertura ed all'esercizio per tutti i servizi ambulatoriali situati sul territorio cantonale.

3.1.6 Centri terapeutici

Per quanto riguarda i centri terapeutici, il Gruppo operativo droga ha più volte ribadito, basandosi su dati cantonali e sui risultati dello studio federale REHA2000 (analisi della rete di strutture terapeutiche residenziali esistenti sul territorio svizzero), come in Ticino non vi sia più carenza di posti letto in generiche strutture residenziali. È in questa direzione che si possono interpretare i preavvisi dati dal GOD su più richieste avanzate negli ultimi anni e volte a creare nuove strutture residenziali.

A livello federale, lacune esistono semmai per strutture specializzate in utenze particolari (giovani, stranieri, donne con bambini, casi psichiatrici, ecc.). A livello cantonale, data anche l'esiguità della popolazione coperta, non è comunque pensabile che si possa rispondere ad ogni bisogno specifico con una struttura specializzata.

D'altronde, anche la Confederazione e le Conferenze dei Direttori dei dipartimenti cantonali della sanità pubblica e dell'azione sociale hanno intravisto le maggiori potenzialità di aumento della qualità della presa a carico residenziale non tanto in un aumento indiscriminato delle strutture e dei posti, bensì nella messa a disposizione di strumenti e modalità di lavoro che consentano un miglior funzionamento della rete esistente ed in una sua completazione puntuale in un quadro armonizzato. A questo proposito sono state istituite delle misure di promozione e coordinamento che verranno descritte più oltre.

Attualmente non è prevista in Ticino una modalità per l'apertura, rispettivamente per la relativa vigilanza, di strutture residenziali. L'unico mezzo a disposizione dello Stato per una verifica della qualità della presa a carico residenziale è indiretto, per il tramite della concessione della garanzia del finanziamento cantonale ai singoli collocamenti (attualmente da 85 a 95 nuovi collocamenti all'anno, con una durata dai 18 ai 30 mesi). Senza particolari problemi avvengono i collocamenti effettuati da agenzie collocanti riconosciute (viene consigliato di far ricorso alle Antenne) presso centri noti e considerati validi per le esperienze avute sinora. È comunque possibile, per mezzo di una richiesta preventiva e motivata, chiedere di far capo ad altre strutture, ritenute più idonee per casi specifici.

In questo caso la richiesta di finanziamento viene evasa dopo aver sentito in merito il parere della Commissione collocamenti terapeutici.

3.1.7 Formazione degli operatori

La formazione e la ricerca sono due postulati ritenuti irrinunciabili a livello federale per poter assicurare la qualità degli interventi in materia di tossicodipendenze.

La formazione del personale operante in Ticino è stata recentemente migliorata grazie all'introduzione, nel programma di formazione permanente della Scuola cantonale degli operatori sociali, di un ciclo di formazione per persone attive nel campo delle dipendenze. Questa formazione non è concepita per l'ottenimento di un diploma, bensì per offrire a persone, solitamente già formate in altri ambiti, delle possibilità di approfondimento di temi specialistici, di rielaborazione e di confronto di esperienze vissute, di riflessione sul tipo di lavoro svolto e sui bisogni riscontrati nell'utenza. La formazione proposta non verte esclusivamente sul campo delle droghe illegali, ma tocca il tema, molto più generale, delle dipendenze e delle loro dinamiche.

Il primo ciclo di formazione, iniziato nel gennaio 1996 ed effettuato sull'arco di 18 mesi, è stato seguito da una commissione di supporto ed utilizzato per una verifica dei bisogni di formazione, in vista soprattutto della prevista elaborazione di un quadro federale di riferimento per la formazione, da attuare poi concretamente nelle singole realtà cantonali o regionali della Svizzera. Un mandato in merito è stato assegnato dall'Ufficio federale della sanità pubblica alla Conferenza svizzera delle scuole di operatori sociali.

3.1.8 Ricerca

Attualmente sono in corso diverse ricerche, soprattutto nel campo sinora poco studiato dei percorsi terapeutici. Il Ticino sta partecipando alla ricerca federale SAMBAD, volta a creare una banca dati comune all'utenza seguita ambulatorialmente per problemi di tossicodipendenza e a quella affetta da problemi di alcolismo.

Inoltre, è stato effettuato in Ticino, su mandato del Fondo nazionale per la ricerca scientifica lo studio TOXTI, che ha permesso di creare e sperimentare delle modalità di catalogazione di dati personali relativi al percorso individuale dell'utenza di servizi pubblici e privati ed indispensabili per la valutazione dei vari tipi di intervento. Le agenzie coinvolte nell'inchiesta sono state le Antenne, l'Ufficio di patronato, due centri terapeutici ticinesi ed i medici che dispensano metadone. In totale, esse prendevano a carico nel 1993 ca. 1'100 persone con problemi di tossicodipendenza. Spesso, e ciò basterebbe già a motivare l'allestimento di una banca dati, la stessa persona viene seguita, in periodi diversi o contemporaneamente, da più agenzie.

Il Ticino partecipa inoltre alla fase sperimentale di INFOSET-DIRECT, progetto federale che mira ad una messa in rete degli enti collocanti e dei centri stazionari, così da rendere più scorrevole l'utilizzazione di una rete di offerte terapeutiche troppo vasta per poter venir conosciuta solo grazie a contatti diretti. Un secondo aspetto del progetto è stato quello di creare un sito informatico su Internet a disposizione per scambi di conoscenze fra tutti gli attori impegnati in Svizzera nella conduzione della politica delle tossicodipendenze.

A livello federale è stato affidato all'Institut für Suchtforschung di Zurigo un mandato dell'Ufficio federale di sanità pubblica per un'analisi della qualità della presa a carico residenziale. L'inchiesta REHA2000, quasi esclusivamente quantitativa, aveva infatti sottolineato la carenza di una tipologia dei modelli di presa a carico terapeutica e, di conseguenza, di criteri di valutazione della qualità degli interventi.

Questo progetto concluso nel 1996 è articolato in due studi: uno sull'elaborazione di una tipologia delle strutture (attualmente meno studiate dell'utenza ospitata) ed il secondo sulle possibilità di una valutazione qualitativa del lavoro svolto e dei risultati ottenuti.

Infine, anche la prescrizione da parte di medici ticinesi del metadone (oppiaceo sintetico) quale farmaco sostitutivo, con finalità terapeutiche o di mantenimento, è stata documentata al fine di una valutazione scientifica con un apposito studio promosso dal DOS, presentato in una serata pubblica organizzata dall'OMCT nel giugno del 1996.

3.1.9 Farmaci sostitutivi

Non è da sottovalutare l'importanza assunta dalla prescrizione di prodotti sostitutivi, di cui il più noto sinora è il metadone. In Svizzera venivano censiti a fine 1994 ca. 14'000 programmi metadonici (si stima esservi in Svizzera da 25'000 a 35'000 persone tossicodipendenti), di cui quasi 800 in Ticino. A fine 1996 i trattamenti sostitutivi con metadone in Svizzera venivano stimati ammontare a ca. 16'000, di cui ca. 900 in Ticino.

Il 3° rapporto federale sul metadone, pubblicato nel dicembre 1995 ed elaborato grazie all'accompagnamento di un gruppo di lavoro interdisciplinare, afferma come per la Confederazione i trattamenti metadonici costituiscano una terapia efficace, scientificamente provata e che permette in primo luogo di migliorare lo stato di salute dei tossicomani. Il processo terapeutico ha inoltre quale obiettivo la stabilizzazione della situazione psicosociale dei pazienti sotto metadone, condizione essenziale per uscire dall'eroinomania.

Il rapporto indica inoltre come altre sostanze siano già state sperimentate in più Cantoni quali farmaci sostitutivi, in particolare in alternativa all'uso illegale e incontrollato di stupefacenti. Le sostanze utilizzate in vari Cantoni sono soprattutto la buprenorfina, la morfina, la codeina, le benzodiazepine ed il naltrexone. Nel quadro delle sperimentazioni federali sono inoltre stati studiati i seguenti farmaci: morfina, metadone per via intravenosa ed eroina.

In questo campo vi è una competenza cantonale al rilascio di autorizzazioni speciali per l'uso di stupefacenti per il trattamento di persone tossicodipendenti. La Confederazione può al massimo emanare delle raccomandazioni. A seguito del 3° rapporto metadone, che contiene indicazioni sulle esperienze cantonali in materia di dosaggi e modalità di erogazione del farmaco, si valuterà su quali altri farmaci eventualmente entrare in materia. A tal fine sarà opportuno approfondire con l'Ordine dei medici del Cantone Ticino la valutazione dell'esperienza in corso con il metadone, con particolare riferimento alla necessità che la prescrizione di metadone da parte di un medico autorizzato sia accompagnata da un supporto psicologico adeguato da parte dello stesso medico o di altri specialisti e di un eventuale sostegno alla famiglia.

3.2 Dati epidemiologici

È delicato, e per alcuni versi non realizzabile, descrivere quantitativamente un fenomeno sociale quale quello del consumo illegale di sostanze stupefacenti. Inoltre, non è da molto tempo che sono iniziati dei lavori di coordinamento della raccolta di dati utilizzabili a fini statistici. Esistono infatti diverse fonti di cifre relative ad aspetti parziali del fenomeno (ad es. indicazioni riguardanti l'attività repressiva, la presa a carico ambulatoriale, i trattamenti metadonici, le terapie residenziali, ecc.), ma non è possibile derivarne immediatamente una visione complessiva se non vengono dapprima definiti dei criteri di tipo statistico e se le diverse fonti non vengono messe in relazione tra loro.

Le difficoltà maggiori sono le seguenti: alcune fonti tengono nota solo degli "avvenimenti", così che non sempre si è certi del numero delle persone che li hanno generati; spesso le fonti non vengono incrociate fra loro, con il rischio di contare più volte persone segnalate

presso più fonti; ogni fonte esistente si riferisce solo alla popolazione con cui è entrata in contatto, così che le cifre non possono in alcun modo censire ad es. le persone che svolgono una vita integrata socialmente e che non si autosegnalano prendendo contatto con i vari servizi; infine non tutti i servizi e strutture censiscono la loro utenza seguendo la stessa metodica.

L'Ufficio federale di sanità pubblica, traendo spunto da tre fonti statistiche indipendenti fra loro, stima esservi in Svizzera tra 25'000 e 35'000 persone tossicodipendenti, cioè di persone che - secondo la definizione di "sindrome da dipendenza da droghe" dell'Organizzazione mondiale della sanità - dipendono da droghe cosiddette "dure" o "pesanti" (oppiacei e cloridrato di cocaina) e che risentono di conseguenze psicofisiche ascrivibili all'abuso di queste sostanze. Le tre fonti utilizzate sono le inchieste presso la popolazione, le inchieste effettuate presso i Cantoni ogni tre anni e le stime basate sul numero di morti per overdose in Svizzera ed all'estero.

In Ticino i dati statisticamente più robusti provengono da uno studio avvenuto su mandato del Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica. Questa ricerca, denominata TOXTI e che intende ricavare indicazioni sui percorsi terapeutici e progettare una raccolta più sistematica di dati, riguarda però solo le persone note a determinati servizi pubblici e privati, e con le quali è stata concordata una presa a carico.

Il più recente rilevamento a livello federale riguarda gli anni 1994-1996 e si basa sui rapporti dei Cantoni sulle misure preventive e terapeutiche e sulle tendenze nel settore delle dipendenze, sia da sostanze legali che da sostanze illegali: alcool, tabacco, altre sostanze psicoattive legali e droghe illegali. La ricerca TOXTI è a sua volta confluita già nel luglio 1994 nella ricerca nazionale denominata SAMBAD (Statistica del trattamento e dell'assistenza ambulatoriale nel campo dell'alcolismo e della tossicodipendenza).

Una prima parte della ricerca TOXTI è stata pubblicata nel novembre 1993 ed un secondo rapporto di ricerca è stato concluso nel corso del 1995. Questi lavori conducono ad affermare come per il Canton Ticino sia credibile una stima attorno alle 1'700-1'900 persone tossicodipendenti in contatto con una struttura sociale, sanitaria, di polizia o giustizia. Di queste, nel 1993 (dati tratti dal secondo rapporto di ricerca TOXTI) ca. 1'100 erano prese a carico da uno o più servizi (Antenne, Centri terapeutici, Ufficio di patronato). Il rapporto tra uomini e donne nei casi seguiti è di 3:1 e due terzi di questa utenza era compresa tra i 20 ed i 29 anni di età.

Le due Antenne (con due sedi ognuna) hanno seguito nel 1996 ca. 540 utenti, dipendenti soprattutto da oppiacei e dal metadone. In circa due terzi dei casi oltre che della persona tossicodipendente è stata effettuata anche una presa a carico delle famiglie. Nel 1996 il sussidio erogato alle Antenne è stato di complessivi fr. 1'128'143.-.

Nel 1996 sono avvenute in ospedali pubblici e cliniche private un centinaio di disintossicazioni fisiche, sono stati iniziati 90 collocamenti terapeutici e ne sono stati conclusi 77. Il numero di collocamenti in corso al 31 dicembre era di 88. La spesa complessiva per i collocamenti 1996, per i quali lo Stato ha prestato garanzia per un totale di 26'550 giornate di cura, è stata di fr. 3'109'138.-.

I dati delle inchieste di polizia indicano una relativa stabilità del numero di persone implicate in inchieste legate al traffico di stupefacenti, attorno al migliaio all'anno. Sono in diminuzione i collocamenti non volontari, richiesti cioè in alternativa all'espiazione di una pena detentiva comminata per infrazioni alla Legge federale sugli stupefacenti.

Nel biennio 1992-1993 la mortalità in Ticino per overdose è stata di 25 casi ogni 100'000 abitanti della fascia d'età fra 15 e 34 anni. Per la stessa fascia d'età la media svizzera ogni 100'000 persone era di 19 casi, mentre quella di Zurigo è di 28 casi.

A questi casi bisogna aggiungere quelli di tossicodipendenti deceduti per AIDS che, in Ticino, erano 11 contro 8 in Svizzera sempre ogni 100'000 persone tra i 15 e i 34 anni. La mortalità in Ticino causata dalla tossicodipendenza (cumulativamente circa 30 casi

all'anno in quel biennio) era quindi più elevata della media svizzera e vicina a quella di Zurigo.

Nel biennio successivo 1993-1994 si manifestava una leggera diminuzione che si è accentuata negli ultimi anni. In particolare nel 1996-1997 i morti per overdose in Svizzera sono scesi da oltre 400 a meno di 300 e in Ticino da 20-25 a 14 casi.

4. LE ESIGENZE DI COORDINAMENTO E VALUTAZIONE IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZE

4.1 Le esigenze della politica federale e cantonale

Come già ricordato, a più riprese il Cantone ha appoggiato l'impostazione data dalla Confederazione alla ricerca di una politica coordinata a livello federale, basata su conoscenze scientifiche, da attuare con il sostegno dei Cantoni e che possa contare su di un ampio consenso della popolazione. L'appoggio ad una tale impostazione veniva espresso pure dalla grande maggioranza delle istanze pubbliche e private consultate.

In particolar modo, il 25 gennaio 1995 il Consiglio di Stato - esprimendosi a favore di una politica basata sulla ricerca scientifica, la sperimentazione, la prevenzione, l'offerta terapeutica e un livello efficace di misure nell'ambito dell'aiuto alla sopravvivenza - segnalava l'importanza che le misure individuali di aiuto alla sopravvivenza, gli sforzi di prevenzione, la ricerca e la sperimentazione di nuove soluzioni procedano di pari passo con il coordinamento delle offerte terapeutiche esistenti e di quelle nuove.

A questo proposito si commentava positivamente lo sforzo attualmente in atto per pervenire a dei criteri utilizzabili quale base per impostare la collaborazione con i centri residenziali. Tale sforzo si concretizza in proposte di linee direttive in discussione in vari gremi, da usare quali schemi di riferimento per la sorveglianza di routine se non addirittura quali criteri di verifica nel caso, ritenuto auspicabile, dell'introduzione di un principio dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture residenziali.

Condivisa dal Consiglio di Stato è anche la decisione di fondo di una politica che sostituisca un'impostazione in termini di "droga e gioventù" con un serio approfondimento del tema "società e problemi di dipendenza". È innegabile che la gioventù appare come la componente esposta in modo più apertamente drammatico. L'attenzione agli aiuti di sostentamento, alla terapia, al reinserimento e alla repressione degli atti illeciti non può quindi venir disgiunta dal perseguimento di finalità preventive. Particolare attenzione dovrà quindi venir data all'elaborazione di iniziative ed alla messa a disposizione di strumenti rivolti alla fascia giovanile e caratterizzati non tanto da un contenuto legato ai problemi di tossicodipendenza, quanto da una strategia di promozione dell'autodeterminazione e della partecipazione dei giovani stessi.

4.2 I gremi di coordinamento a livello intercantonale

Negli ultimi anni più istanze istituzionali si sono occupate di politica della tossicodipendenza, mentre sono sorti svariati gremi sovraregionali. Di riflesso è emersa l'esigenza di unire questi sforzi in modo coerente in un quadro federalista, restando l'applicazione della politica della tossicodipendenza di competenza cantonale a partire da un'impostazione federale.

Un esempio dell'importanza e delle difficoltà di coordinamento in quest'ambito viene dato dalla chiusura delle scene aperte, operazioni che hanno coinvolto Comuni, Cantoni e

Confederazione, organi di polizia, magistratura, operatori sociali e sanitari, enti pubblici e privati. D'altronde anche la maggior parte delle misure proposte dalla Confederazione ed in attuazione presso alcuni Cantoni della Confederazione (rimpatri, prescrizione medica di eroina, scene aperte) richiedono una concertazione intercantonale e la partecipazione di attori provenienti da più campi professionali.

È quindi evidente la necessità di una maggiore concertazione tra gli attori istituzionali e di un supporto all'elaborazione e valutazione di nuove misure a livello federale e cantonale. Per quanto riguarda il coordinamento e la valutazione dell'operato nel settore si può citare la nascita di più organismi specifici, improntati ad una collaborazione intercantonale coadiuvata dalla Confederazione.

Dal 1993 è attiva la Conferenza dei delegati cantonali ai problemi di dipendenza (KKBS), alla quale partecipano, a fine 1997, rappresentanti di 20 Cantoni, tra cui il Ticino, che, pur in assenza di un vero e proprio delegato, invia un proprio rappresentante. Il segretariato viene assunto da un funzionario dell'Ufficio federale di sanità pubblica. Un gremio analogo è costituito dalla Conferenza dei delegati comunali ai problemi di dipendenza (KSBS), alla quale partecipano delegati delle maggiori città svizzere.

Nell'ottobre 1995 ha inoltre preso il via, sotto la supervisione di una commissione comprendente gli uffici federali competenti, rappresentanti delle Conferenze intercantonali e delle associazioni degli operatori, la Centrale di coordinamento dell'offerta terapeutica stazionaria (KOSTE).

Nel novembre 1995 è iniziato, con la collaborazione del Cantone Ticino, il progetto-pilota INFOSET-DIRECT di messa in rete informatizzata dei centri terapeutici, degli enti collocanti e delle soluzioni terapeutiche innovative. Un secondo aspetto del progetto è stato quello di creare un sito informatico a disposizione per scambi di conoscenze fra tutti gli attori impegnati in Svizzera nella conduzione della politica delle tossicodipendenze.

A fine gennaio 1996 ha inoltre avuto luogo la procedura federale di consultazione in merito alla costituzione di un'autorità nazionale in materia di tossicodipendenza, al contempo una logica conseguenza del lavoro di analisi del settore delle tossicodipendenze in corso a livello federale ed un valido complemento alle strutture già esistenti. Un'armonizzazione delle politiche cantonali non dirigitica, ma cooperativa è infatti l'unico presupposto solido per giungere ad un concetto comune di intervento nell'ambito delle tossicodipendenze. Sono così confluite in un unico gremio le esperienze raccolte dalla Confederazione, dai Cantoni e dalle città, ed in particolar modo di chi è attivo nei 4 settori della prevenzione, dell'aiuto alla sopravvivenza, della terapia e del reinserimento e della repressione del traffico illecito.

Non è infine da dimenticare il lavoro svolto in ambito più ampio dalle Conferenze dei direttori cantonali dell'azione sociale, della sanità pubblica e della pubblica educazione (coordinati dalla Conferenza di coordinamento dei segretariati centrali di queste 3 conferenze intercantonali), dalla Conferenza dei direttori cantonali di giustizia e polizia e dalla Conferenza delle città svizzere.

Diversi Cantoni hanno recentemente riorganizzato le loro strutture amministrative di esecuzione e coordinamento delle politiche delle dipendenze. In diverse amministrazioni cantonali è stata introdotta una figura di coordinamento, con collocazioni e denominazioni diverse. Comune a queste riorganizzazioni è comunque una funzione di coordinamento delle attività delle amministrazioni cantonali, dei contatti con gli altri Cantoni e con la Confederazione.

È in questa dinamica federalista che si inserisce la proposta dell'istituzione della figura del/la Segretario/a del Gruppo di esperti.

5. LA REVISIONE PROPOSTA

Si tratta di una proposta mirante ad una maggiore operatività, in un settore nel quale sono presenti più istituzioni e svariati servizi pubblici e privati, altamente dinamico, nel quale si è ancora in fase di ricerca scientifica, sperimentazione e si intendono favorire sinergie all'interno del Cantone, con altri Cantoni e con la Confederazione.

I cambiamenti principali riguardano:

- il mandato politico sugli indirizzi di fondo e sulle priorità realizzative;
- l'istituzione di una figura operativa di riferimento e coordinamento per chi è attivo nel settore;
- la garanzia di continuità dei contatti con altri organismi cantonali, intercantionali e federali;
- un regime di autorizzazioni per i servizi ambulatoriali e per le terapie stazionarie.

A questi cambiamenti organizzativi e procedurali si aggiungono la recente offerta di formazione agli operatori attivi nel Cantone e la prosecuzione degli sforzi di documentazione e ricerca.

I punti principali della revisione vengono qui brevemente commentati. Per una trattazione più estesa si rimanda al Commento ai singoli articoli.

5.1 Sistematica della Legge

La parte della Legge relativa ai problemi generati dalle tossicodipendenze viene anteposta a quella relativa alle sostanze stupefacenti. Con ciò si resta nell'ambito dell'attuale Legge federale sugli stupefacenti, ma si intende sottolineare la mutata accentuazione degli aspetti del fenomeno delle tossicodipendenze.

5.2 Piano cantonale da discutere dal Gran Consiglio

Questa innovazione comporterà una discussione parlamentare sulle linee di fondo contenute nel Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie, così come già avviene o avverrà per altri settori sanitari (cfr. ad esempio la pianificazione ospedaliera, quella socio-psichiatrica e quella dell'assistenza e cura a domicilio) e, più in generale, per le Linee direttive. Verranno così date indicazioni sul quadro nel quale agire. La messa in atto avverrà poi con il supporto dell'amministrazione cantonale alle attività dei Comuni e degli enti privati.

Recentemente alcuni granconsiglieri, sia con interventi sia con iniziative parlamentari, hanno richiesto il diritto per il Gran Consiglio di approvare, oltre che discutere, le diverse pianificazioni. Una opzione possibile, dove l'approvazione dovrebbe avvenire tramite un Decreto legislativo per un atto che non contiene norme di diritto secondo l'art. 37 lett. d) della Legge sul Gran Consiglio. Il legislativo potrebbe accogliere il Piano o ritornarlo al Consiglio di Stato con le indicazioni del caso, ma non emendarlo direttamente.

Una estensione delle competenze del Gran Consiglio in questa direzione dovrebbe tuttavia essere applicata a tutte le pianificazioni previste nelle diverse leggi, sia per una questione di parallelismo delle forme e di chiarezza sia per la necessità di coordinare le diverse pianificazioni settoriali tra loro e con le Linee direttive, occorrerebbe inoltre verificare la compatibilità di un tale orientamento con la ripartizione di competenze tra Legislativo ed Esecutivo. Non è quindi opportuno proporla con una modifica di legge a sé

stante, mentre questo Messaggio potrebbe servire per avere delle indicazioni di carattere generale.

5.3 Competenze d'applicazione

Il progetto di Legge prevede l'istituzione di una nuova figura, complementare a quelle già esistenti; inoltre, l'attuale Gruppo operativo droga viene trasformato anche formalmente in un gremio di esperti, con funzioni propositive e consultive nei confronti dell'amministrazione.

All'interno del Dipartimento competente viene istituita (senza aumento di personale) la funzione di Segretario/a del Gruppo di esperti. In particolare verranno delegate a questa funzione i compiti amministrativi attualmente svolti dal Gruppo operativo droga e dalla Commissione collocamenti terapeutici, il coordinamento degli interventi ed il mantenimento dei contatti con altri organismi cantonali, intercantonali e federali.

Al Gruppo di esperti competerà invece l'elaborazione all'attenzione del Consiglio di Stato del Piano cantonale degli interventi, che verrà infine discusso dal Gran Consiglio.

Il Gruppo di esperti sarà inoltre competente per le proposte di aggiornamento del Piano cantonale, per i preavvisi riguardanti nuove misure, ricerche, regolamenti e direttive, per i preavvisi all'autorizzazione all'apertura di servizi ambulatoriali e centri residenziali e per il riconoscimento di questi ultimi ai fini dell'assunzione da parte dello Stato delle spese di presa a carico delle persone collocate.

Il Medico, il Farmacista ed il Laboratorio cantonale mantengono le loro competenze specifiche in materia di prodotti stupefacenti.

5.4 Regime di autorizzazione per i servizi ambulatoriali e i centri residenziali

L'impegno federale preso nel 1991 di esaminare l'offerta terapeutica ha condotto alla ricerca denominata REHA2000 sulla situazione attuale e sulle lacune esistenti. Le conclusioni dello studio, commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica ed apparso nel maggio 1994, sono, in sintesi, le seguenti. L'offerta a livello svizzero è quantitativamente sufficiente, non si tratta quindi di aumentare in modo indiscriminato i posti, bensì di creare i posti adatti là dove mancano.

Inoltre, l'offerta non è carente per mancanza di posti, ma a causa di un insufficiente coordinamento. La qualità dell'offerta terapeutica e la formazione degli operatori vengono ritenute necessarie. Esse si incentivano tramite il riconoscimento delle strutture che si indirizzano in questo senso. Ciò ha dato adito alla proposta di un regime di autorizzazioni per le strutture stazionarie e ambulatoriali.

L'autorizzazione viene concessa sulla base di requisiti che verranno definiti nel Regolamento di applicazione, requisiti volti soprattutto a garantire l'affidabilità e le capacità professionali del personale impiegato a tutela delle persone collocate. La scelta di non inserire tali requisiti nel progetto di Legge, ma di limitarsi ad una norma di delega, deriva dalla particolare natura del settore che si intende regolamentare. Anche il Tribunale federale ha a più riprese affermato che il grado di determinatezza cui deve rispondere una delega legislativa non può essere stabilito in astratto, citando esplicitamente quali fattori limitanti la molteplicità di soluzioni alternative e l'idoneità della materia ad essere disciplinata ex ante. Questa indeterminatezza può in particolare essere maggiore quando la materia da disciplinare richiede per sua natura delle norme flessibili e modificabili con una certa sollecitudine. Proprio il settore delle tossicodipendenze, e delle relative terapie, è in continua e rapida evoluzione e richiede strumenti flessibili.

Attualmente alcuni Cantoni conoscono già un regime di autorizzazione, mentre altri hanno formulato delle proposte in questa direzione. Inoltre, i vari gremi intercantonali di coordinamento sostengono l'importanza dell'attenzione alla qualità degli interventi di presa a carico, suggerendo di prestare particolare attenzione al mantenimento, anche durante un collocamento stazionario, del necessario rapporto tra la persona collocata e la persona che funge da suo operatore di riferimento nella struttura collocante.

A questo proposito, sotto l'egida dell'Ufficio federale della sanità pubblica, sono stati svolti due progetti di ricerca volti ad approfondire le conoscenze in materia di presa a carico residenziale e ad elaborare strumenti di lavoro. Ambedue i progetti sono stati effettuati dal FOS (Forschungsverbund stationäre Therapie), agganciato all'Institut für Suchtforschung di Zurigo, istituto che lavora in modo interdisciplinare cercando sinergie tra ricerca, formazione e lavoro sul campo. Il primo progetto (gennaio 1995 - dicembre 1996) ha inteso sistematizzare una tipologia degli approcci terapeutici residenziali applicati in Svizzera. Il secondo progetto (luglio 1995 - dicembre 1996) ha cercato di elaborare, partendo da una verifica delle esperienze concrete, dei criteri di valutazione dell'efficacia delle terapie residenziali.

Pure fondamentale è la trasparenza dei rapporti finanziari tra centri terapeutici ed ente finanziatore. A questo proposito il progetto di Legge distingue l'autorizzazione all'apertura e alla gestione di centri residenziali dal riconoscimento ai fini dell'assunzione da parte dello Stato delle spese di presa a carico.

5.5 Formazione degli operatori

Lo studio REHA2000 sottolinea l'importanza di disporre di personale idoneo alle funzioni da svolgere (soprattutto se terapeutiche).

Nella Svizzera tedesca ed in Romandia sono attivi da tempo dei programmi di formazione. Una loro valutazione a livello federale ha condotto l'Ufficio federale della sanità pubblica a proporre l'elaborazione, tramite il conferimento di un mandato alla Conferenza svizzera delle scuole di lavoro sociale, di una formazione di riferimento federale da implementare a livello regionale. Anche in Ticino si è approntato presso la Scuola cantonale degli operatori sociali un primo programma di formazione che si è svolto tra il 1996 ed il 1997 (18 iscritti). Un secondo programma è in allestimento per il biennio 1998-1999.

5.6 Mantenimento dell'attuale regime di finanziamento dei collocamenti

Questa soluzione risulta tuttora all'avanguardia in Svizzera in quanto facilita di molto l'inizio di una terapia. La garanzia cantonale del finanziamento del collocamento terapeutico comporta, di fronte al proliferare di offerte di presa a carico, la necessità di una maggiore trasparenza e vigilanza.

Lo studio REHA2000 cita l'accesso al finanziamento come un punto debole della rete svizzera di centri terapeutici. Uno dei primi compiti della già citata COSTE (Centrale di coordinamento dell'offerta terapeutica stazionaria) è appunto quello di un'analisi dei vari sistemi cantonali di finanziamento, con l'obiettivo di proporre ai Cantoni un'armonizzazione perlomeno regionale del finanziamento.

6. COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI

Capitolo primo - Norme generali - Autorità competenti

Art. 1

Per quanto riguarda lo scopo della Legge cantonale, questo non è evidentemente mutato, considerato che la Legge federale (LSt), cui necessariamente fa riferimento la Legge cantonale d'applicazione, non ha subito, in questi ultimi tempi, modifiche di rilievo. Anche la Legge cantonale d'applicazione (LCSt) continua quindi a ricalcare i due grossi filoni della LSt: il controllo e la vigilanza sull'utilizzo terapeutico delle sostanze stupefacenti da una parte e la problematica legata alle tossicodipendenze dall'altra. Con la presente modifica si è però voluto sottolineare maggiormente questo secondo aspetto, che sta assumendo un'importanza sempre maggiore e che è pure oggetto di una maggiore attenzione da parte della popolazione. Pertanto l'art. 1 fa ora esplicitamente riferimento alla lotta contro le tossicomanie, mentre per questi stessi motivi quello che era il capitolo quarto dedicato appunto alla lotta contro le tossicomanie è diventato il capitolo secondo, con conseguente spostamento di tutti gli altri capitoli.

Art. 2 - 6

Uno degli aspetti che ha portato alla proposta della presente modifica di legge è quello delle competenze. La normativa attualmente in vigore non rispecchia infatti la situazione reale del Canton Ticino, ed in parte non la ha mai rispecchiata. Così, ad esempio, il Centro cantonale di documentazione non è mai stato istituito, perlomeno nei termini previsti, e conseguentemente il Gruppo operativo droga (GOD) non ne ha mai assunto la gestione. Si sono inoltre create delle situazioni poco chiare di competenza, non previste e non disciplinate dalla legge, e ciò in particolar modo dopo l'introduzione nella legge dell'art. 24 e la conseguente costituzione della Commissione Collocamenti Terapeutici (CCT).

Con la presente proposta di modifica si sono pertanto volute chiarire le competenze delle diverse autorità coinvolte nel settore. Le novità più importanti sono:

- l'attribuzione al Gran Consiglio della competenza di discutere il piano quadriennale d'intervento nel campo delle tossicomanie (con possibilità di aggiornamenti intermedi in considerazione della rapida evoluzione nel settore) (art. 2).
- il Consiglio di Stato (art. 3) in futuro dovrà rilasciare un'autorizzazione per l'istituzione e la gestione di servizi ambulatoriali e di centri residenziali siti nel cantone (cfr. sotto);
- la trasformazione del GOD nel Gruppo d'esperti con una attribuzione chiara delle competenze. Esso riprenderà dal GOD il compito di elaborare il piano d'intervento e il ruolo propositivo e consultivo, fondamentale nella ricerca di nuove soluzioni e nel coordinamento di tutte le attività del settore. In particolare il Gruppo d'esperti sarà chiamato a dare il suo preavviso sull'attuazione di nuove misure, sui progetti di regolamento e direttive, sull'autorizzazione di nuovi centri residenziali e servizi ambulatoriali (cfr. sotto), sul riconoscimento ai fini del sussidiamento dei vari servizi e centri. Sostanzialmente le competenze del Gruppo d'esperti ricalcano quindi quelle assunte dall'attuale GOD, ma sono espresse in modo chiaro ed esplicito.

Il Gruppo d'esperti si compone di 9 membri, come finora, ed in esso dovranno essere rappresentati i vari settori interessati alla tossicodipendenza. Il Gruppo d'esperti può

avvalersi come sinora di consulenti esterni designati ad hoc dal Gruppo d'esperti stesso;

- la rapidità con cui evolve il settore delle tossicomanie e l'urgenza dei problemi, anche pratici e quotidiani, hanno inoltre consigliato di delegare direttamente al Segretario del Gruppo di esperti alcune decisioni e attività (art. 6). Così il Segretario riprenderà parzialmente le competenze oggi affidate alla CCT; toccherà invece al Consiglio di Stato, sempre su preavviso del Gruppo d'esperti, riconoscere i servizi ambulatoriali e i centri residenziali in cui è possibile collocare persone con problemi legati all'uso di stupefacenti con la conseguente presa a carico della garanzia e/o delle spese da parte del Cantone, mentre il Segretario verifica le singole istanze presentate, sempre che il collocamento avvenga in uno dei centri riconosciuti. Il Segretario avrà inoltre il compito di seguire l'attività degli organismi federali e cantonali e di collaborare nell'attuazione degli interventi sulla tossicomania previsti dalla legge e dal piano cantonale degli interventi.

Capitolo secondo - Provvedimenti

Per quanto riguarda il Capitolo secondo (attualmente capitolo IV) la presente modifica propone soprattutto un riassetto della sistematica dell'attuale testo di legge. Si è cercato di distinguere meglio i diversi provvedimenti e di mantenere in questo capitolo solo i principi generali, mentre i dettagli relativi ai sussidi e alla garanzia e assunzione delle spese di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti si trovano nei capitoli sesto e settimo.

Provvedimenti generali

Art. 7

Questa norma mette in evidenza che lo Stato può intervenire nell'ambito dei provvedimenti generali nel campo della tossicomania con iniziative proprie o con il sussidiamento di iniziative di terzi, a condizione che queste rientrino nel piano cantonale degli interventi.

Art. 8

L'art. 8 riprende in grandi linee l'attuale articolo 17. Per i concetti di prevenzione si rinvia alla Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario, mentre nei provvedimenti sono stati pure inseriti la documentazione (non essendo mai stato istituito il Centro di documentazione), la ricerca, la formazione del personale, la valutazione e la gestione di programmi sperimentali nell'ambito delle tossicomanie. Sarà compito del Regolamento d'applicazione precisare la qualifica di queste istituzioni tramite criteri precisi.

Provvedimenti singoli

Artt. 9 - 10

Come sinora lo Stato può prestare garanzia e assumersi direttamente i costi di presa a carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento in centri residenziali delle persone con problemi legati all'uso di stupefacenti domiciliate nel Cantone, a condizione

però che si tratti di istituzioni riconosciute. Il termine "presa a carico" è da intendersi in senso largo: esso potrebbe includere, ad esempio, la presa a carico della reintegrazione sociale di chi non fosse a beneficio di una rendita dell'Assicurazione Invalidità (ad es. tossicomani malati di AIDS).

Per il resto l'art. 9 riprende sostanzialmente quanto previsto dall'attuale art. 24 della Legge, che permette di contenere difficoltà importanti nella presa a carico delle persone con problemi legati all'uso di stupefacenti.

Impregiudicato rimane il diritto della Magistratura Penale e del Giudice dei Minori, a collocare secondo propri criteri. Come già accennato la competenza decisionale circa la presa a carico spetterà al Segretario del Gruppo di esperti e non più alla CCT, abrogata con la presente modifica. Va ricordato che la garanzia e l'assunzione delle spese di presa a carico derivanti dal collocamento saranno possibili solo per collocamenti in centri riconosciuti dal Consiglio di Stato e su preavviso del Gruppo d'esperti, motivo per cui la competenza del Segretario è sostanzialmente limitata all'aspetto amministrativo (verifica dei requisiti posti dalla legge).

Si è inoltre ritenuto opportuno introdurre la possibilità di ricorso al Consiglio di Stato contro le decisioni di diniego della garanzia e/o assunzione delle spese di presa a carico emanate dal Segretario.

Per quanto concerne le modalità di presa a carico cfr. art. 33 segg.

Art. 11

Questa disposizione disciplina il collocamento coattivo di tossicodipendenti. La soluzione prevista attualmente dalla legge non soddisfa appieno, e del resto è precedente l'introduzione nel Codice civile svizzero delle norme relative alla privazione della libertà a scopo d'assistenza. Si propone pertanto di applicare anche nel settore della tossicodipendenza la procedura prevista dalla Legge sull'assistenza sociopsichiatrica, perfettamente consona a quanto predisposto dal Codice civile, con la precisazione però che il collocamento coattivo di tossicomani dovrebbe avvenire in reparti specifici.

Benché nel nostro Cantone attualmente non si faccia praticamente ricorso a ricoveri coattivi giustificati unicamente dalla tossicodipendenza, questa possibilità va comunque prevista in ossequio alla Legge federale.

Capitolo terzo - Obblighi e controlli

Nessun commento particolare.

Capitolo quarto - Autorizzazioni

Art. 22

Negli ultimi tempi nel nostro Cantone si assiste ad un proliferare di nuovi centri residenziali e comunità per la presa a carico di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti. Di questi soltanto i centri che offrono prestazioni prettamente sanitarie (in particolare la disintossicazione fisica) soggiacciono all'obbligo di autorizzazione cantonale previsto dall'art. 80 della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario.

Considerati però i rischi che anche i centri che non distribuiscono prestazioni sanitarie in senso stretto presentano per le persone con problemi legati all'uso di stupefacenti, soprattutto dal profilo della salute pubblica in senso ampio e della "buona fede negli affari" (non va infatti dimenticato che il tossicomane e i suoi parenti alla ricerca di una via d'uscita si trovano spesso in uno stato di bisogno che non sempre permette di valutare con il necessario distacco e la dovuta oggettività le possibilità presenti sul territorio) si propone di introdurre un obbligo generalizzato per l'istituzione e la gestione di centri di questo tipo.

Si rileva che i concetti adottati rientrano nei beni di polizia che permettono una restrizione della libertà di commercio e d'industria tutelata dalla Costituzione federale.

Va sottolineato che si tratta di un'autorizzazione di polizia che da sola non dà ancora diritto ai sussidi cantonali né all'assunzione delle spese del collocamento del tossicomane (cfr. sotto).

Per i medesimi motivi si introduce pure l'obbligo di autorizzazione per i servizi ambulatoriali.

Capitolo quinto - Sussidiamento

Generali

Art. 23 - 28

Le disposizioni generali relative al sussidiamento dei provvedimenti nell'ambito della tossicomania riprendono, nel merito, in misura preponderante le norme attualmente in vigore. E' però stato necessario adeguare questo capitolo alla Legge sui sussidi cantonali entrata in vigore il 1. gennaio 1995. Di conseguenza nella LCSt sono riportate unicamente alcune disposizioni di dettaglio.

Si rileva inoltre che dal campo d'applicazione della Legge sui sussidi cantonali sono esclusi gli interventi dello Stato causati dalla concretizzazione di un rischio sociale. Per questo motivo si è ritenuto opportuno distinguere chiaramente i sussidi veri e propri (Capitolo quinto) dall'intervento finanziario di assunzione delle spese di presa carico derivanti dalla cura, dal trattamento e/o dal collocamento di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti in centri residenziali (Capitolo sesto, non subordinato alla Legge sui sussidi cantonali).

Art. 29

L'importo corrisponde a quello del progetto di nuovo art. 4 della Legge sanitaria per interventi paragonabili.

Art. 30 - 31

Per quanto concerne il sussidiamento delle strutture di presa a carico di persone con problemi legati all'uso di stupefacenti vi sono alcune novità rispetto alle disposizioni attualmente in vigore:

- le spese d'investimento vengono sussidiate come sinora;

- le spese d'esercizio dei centri residenziali non verranno più sussidiate direttamente. Esse saranno a carico delle persone collocate (rette) e potranno eventualmente essere assunte dallo Stato per il tramite dell'assunzione delle spese di collocamento dei singoli individui. Si è pertanto eliminato il doppio aiuto finanziario attualmente in vigore (art. 24 e 25 lett. c) cifra 1 dell'attuale Legge).

Art. 32

Per la documentazione, la ricerca, la formazione del personale, la valutazione, e la gestione dei programmi sperimentali lo Stato concede un sussidio sino a un massimo del 75% della spesa prevista. È un importo adeguato a quanto previsto dal progetto di nuovo art. 4 della Legge Sanitaria. È quindi garantita la possibilità di sperimentare forme d'intervento nuove, nello spirito delle regole previste dalla Legge sanitaria, e dall'Accademia svizzera delle Scienze mediche.

Capitolo sesto - Assunzione delle spese

Art. 33 - 35

Gli articoli da 33 a 35 riprendono in sostanza l'ordinamento dell'attuale art. 24. Si propone però di far presentare la richiesta non più per il tramite di un operatore sociale, ma 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. Ciò per garantire la dovuta responsabilità anche da parte di chi segue il tossicomane collocato.

Per quanto riguarda il collocamento in centri residenziali, una importante novità è il fatto che lo Stato può assumersi unicamente le spese derivanti da collocamenti in centri riconosciuti a questo scopo (art. 34). Per chiarezza si ribadisce ancora una volta che questo riconoscimento non è identico all'autorizzazione prevista all'art. 22. Quest'ultima è infatti un'autorizzazione di polizia, di cui necessitano i centri siti nel Cantone (principio della territorialità). E' però ipotizzabile che vengano istituiti dei centri che non accolgono, ad esempio, persone ticinesi con problemi legati all'uso di stupefacenti: in questo caso l'autorizzazione di polizia è sufficiente. D'altra parte vi sarà una serie di centri situati fuori Cantone e per i quali manca quindi la competenza per il rilascio di un'autorizzazione di polizia. Questi centri dovranno però essere riconosciuti affinché lo Stato si assuma le relative spese di collocamento.

Le nuove modalità, più restrittive di quelle attuali, verranno applicate soltanto ai collocamenti decisi dopo l'entrata in vigore della presente modifica della legge.

Capitolo settimo - Disposizioni penali e di polizia

Nessun commento particolare.

Capitolo ottavo - Procedura

Nessun commento particolare.

Capitolo nono - Norme transitorie e finali

Nessun commento particolare.

7. RAPPORTO CON LE LINEE DIRETTIVE

Negli Obiettivi programmatici della Linee direttive 1996-1999, al punto 2.b (Protezione dall'esclusione) si riporta come

"10. Altrettanto importante [è] il potenziamento della lotta alle dipendenze (droga, alcool, tabacco, ecc.), tramite la prevenzione e la repressione degli atti illeciti, la cura, il reinserimento sociale e l'aiuto di sostentamento."

8. CONSEGUENZE SUL PIANO FINANZIARIO

Non vi sono costi immediati dovuti alla Legge, in quanto l'istituzione della figura del/la Segretario/a ai problemi delle tossicomanie non comporterà un aumento del personale del Dipartimento competente per l'applicazione.

A medio-lungo termine ci si attende una maggiore efficienza dell'intera rete di presa a carico.

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

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, G. Buffi

p.o. Il Cancelliere, G. Gianella

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,

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. 29 e 32;
- b) nominare il Segretario del gruppo di esperti (Segretario);
- 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. 33.

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. 34.

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 da un segretario che partecipa alle riunioni del gruppo, senza diritto di voto.

Articolo 6

IV. Segretario: competenze

Il segretario del gruppo di esperti:

- 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 33 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) del 18 aprile 1989;
 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. 33, 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 Segretario 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 degli articoli 4 e seguenti del Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994.

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 del 19 aprile 1966.

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 previste agli artt. 14, 25 - 33 e 56 - 59 della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983.

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 del 26 gennaio 1983 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.

Articolo 17

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 del 18 aprile 1989, 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 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

¹Affinché sia garantita l'irrepreensibilità dell'attività professionale e la tutela del pubblico, i servizi ambulatoriali ed i 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, necessitano di un'autorizzazione del Consiglio di Stato.

²Per ottenere tale autorizzazione il servizio deve dimostrare

- a) l'idoneità igienico sanitaria delle proprie strutture;
- b) l'irrepreensibilità 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.

CAPITOLO QUINTO - Sussidiamento

Articolo 23

A. In generale

¹Vengono concessi sussidi unicamente per provvedimenti riconosciuti dal Consiglio di Stato.

I. Sussidiamento

²Il sussidiamento può essere concesso, ad eccezione delle 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 24

II. Spese computabili

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

Articolo 25

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 26

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 27

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 28

VI. Legge sussidi

Per quanto non disciplinato dalla presente Legge sono applicabili le norme del capitolo III della Legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.

Articolo 29

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 dell'75% della spesa preventivata.

Articolo 30

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 31

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 dell'75% del disavanzo, secondo le modalità stabilite dal regolamento.

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

Articolo 32

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 dell'75% della spesa preventivata.

CAPITOLO SESTO - Assunzione delle spese

Articolo 33

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 Segretario del gruppo di esperti 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 34

b) Condizioni

¹Per poter essere riconosciuto ai sensi dell'art. 33, 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. 33 della presente legge, anche per trattamenti e collocamenti in centri che sperimentano nuove metodologie, purché garantiscono affidabilità e serietà nella conduzione dell'intervento.

³Il regolamento può stabilire ulteriori requisiti.

Articolo 35

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 36

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 37

- 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 38

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

Articolo 39

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

Articolo 40

- 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. 39 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 41

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

CAPITOLO OTTAVO - Procedura

Articolo 42 (nuovo)

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

CAPITOLO NONO - Norme transitorie e finali

Articolo 43 (nuovo)

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

Articolo 44 (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 6 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 del Cantone Ticino. Il Consiglio di Stato ne determina la data di entrata in vigore.