

05.470

Iniziativa parlamentare
Revisione parziale della legge sugli stupefacenti

Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del
Consiglio nazionale

del 4 maggio 2006

Onorevoli presidente e consiglieri,

con il presente rapporto, vi sottoponiamo per parere il progetto di revisione della legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (LStup). Trasmettiamo contemporaneamente il rapporto al Consiglio federale per parere, conformemente all'articolo 112 capoverso 3 della legge sul Parlamento.

La Commissione propone di adottare il presente progetto.

4 maggio 2006

In nome della Commissione:

Il presidente, Pierre Triponez

Compendio

Il 14 giugno 2004, l'ultima revisione della legge sugli stupefacenti (LStup)¹ è fallita a causa della seconda decisione di non entrata in materia da parte del Consiglio nazionale. Il fallimento di questo progetto si spiega soprattutto con la controversa problematica legata alla canapa. La revisione parziale della LStup² qui proposta comprende gli elementi del progetto respinto che possono ottenere la maggioranza alle Camere. Il problema della canapa è in ampia misura ignorato.

La politica dei quattro pilastri è stata istituita dalla Confederazione in risposta ai crescenti problemi legati alla droga osservati nel corso degli anni Novanta. Attualmente, il modello dei quattro pilastri – prevenzione, terapia, riduzione dei danni e repressione – rappresenta una strategia globale ed equilibrata ampiamente accettata dagli ambienti politici e dalla popolazione. La presente revisione parziale intende consolidare la politica dei quattro pilastri della Confederazione a livello legislativo, in particolare introducendo definitivamente nella legge le cure basate sulla prescrizione di eroina e i provvedimenti di riduzione dei danni (istituzioni cosiddette «a bassa soglia» di accessibilità per i tossicodipendenti, p. es. distribuzione di siringhe per prevenire l'HIV/AIDS e locali di iniezione).

Il progetto ha lo scopo di proteggere i giovani e di rafforzare i provvedimenti di prevenzione. Intende inoltre promuovere la segnalazione precoce di giovani particolarmente esposti, offrire loro un'assistenza adeguata e punire più severamente la fornitura di stupefacenti a minorenni.

Il ruolo della Confederazione nel coordinamento degli sforzi in materia di droga deve inoltre essere rafforzato nel settore della prevenzione, della terapia e della riduzione dei danni per garantire una qualità uniforme a livello nazionale dei diversi provvedimenti presi.

Occorre inoltre rendere possibile – a condizioni ben definite – la prescrizione medica di prodotti della canapa, per esempio per alleviare il dolore e i crampi di cui soffrono le persone colpite da sclerosi multipla. Molti studi hanno in effetti dimostrato l'efficacia dei prodotti della canapa in questo settore.

La revisione parziale è compatibile con il diritto internazionale.

L'attuazione della revisione parziale comporterebbe spese supplementari per la Confederazione di poco superiori al milione di franchi l'anno. I Cantoni che devono adeguare o ampliare le strutture destinate alla riduzione dei danni e alla terapia e, eventualmente, migliorare la segnalazione delle persone particolarmente esposte, devono attendersi un leggero aumento dei costi.

¹ FF 2001 3313

² RS 812.121

Indice

Compendio	7880
Elenco delle abbreviazioni	7884
1 Genesi del progetto	7885
2 Grandi linee del progetto	7886
2.1 Evoluzione della politica in materia di droga	7886
2.1.1 Problema della droga e evoluzione svizzera	7886
2.1.2 Evoluzione della politica internazionale	7887
2.1.2.1 Convenzioni dell'ONU	7887
2.1.2.2 Impiego della canapa a scopi medici	7888
2.1.2.3 Terapia basata sulla prescrizione di eroina	7890
2.1.3 L'attuale politica dei quattro pilastri	7891
2.2 Principali motivi della revisione	7892
2.3 Punti forti della revisione	7893
2.3.1 Integrazione nella legge del modello dei quattro pilastri	7893
2.3.2 Protezione dei giovani e prevenzione	7894
2.3.3 Base legale definitiva per le cure basate sulla prescrizione di eroina	7894
2.3.4 Rafforzamento del ruolo della Confederazione	7895
2.3.5 Impiego della canapa a scopi medici	7895
2.3.6 Valutazione	7895
2.4 Minoranza per la non entrata in materia	7896
3 Commento dei singoli articoli	7896
3.1 Struttura della legge	7896
3.1.1 Scopo e oggetto (art. 1) <i>(nuovo)</i>	7896
3.1.2 Principe dei quattro pilastri (art. 1a) <i>(nuovo)</i>	7898
3.1.3 Rapporto con la legge sugli agenti terapeutici (art. 1b) <i>(nuovo)</i>	7898
3.1.4 Definizioni (art. 2)	7898
3.1.5 Elenco (art. 2a)	7899
3.1.6 Regolamentazione applicabile alle sostanze psicotrope (art. 2b) <i>(nuovo)</i>	7899
3.1.7 Precursori e coadiuvanti chimici (art. 3)	7900
3.1.8 Laboratorio di riferimento (art. 3a)	7900
3.1.9 Capitolo 1a <i>(nuovo)</i> : Prevenzione, terapia e riduzione dei danni	7900
3.1.9.1 Sezione 1: Prevenzione (art. 3b)	7900
3.1.9.1.1 Ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (art. 3b)	7900
3.1.9.1.2 Facoltà di segnalazione (art. 3c)	7901
3.1.9.2 Sezione 2: Terapia e reinserimento	7903
3.1.9.2.1 Assistenza e cure (art. 3d)	7903
3.1.9.2.2 Cure basate sulla prescrizione di stupefacenti (art. 3e)	7905
3.1.9.2.3 Trattamento dei dati (art. 3f)	7906

3.1.9.3	Sezione 3: Riduzione dei danni e aiuto alla sopravvivenza	7907
3.1.9.3.1	Compiti dei Cantoni (art. 3g)	7907
3.1.9.3.2	Messa in pericolo della circolazione (art. 3h)	7908
3.1.9.4	Sezione 4: Coordinamento, ricerca, formazione e garanzia della qualità	7909
3.1.9.4.1	Prestazioni di servizio fornite dalla Confederazione (art. 3i)	7909
3.1.9.4.2	Promozione della ricerca (art. 3j)	7910
3.1.9.4.3	Formazione e perfezionamento (art. 3k)	7910
3.1.9.4.4	Raccomandazioni relative alla garanzia della qualità (art. 3l)	7911
3.1.10	Capitolo 2: Fabbricazione, fornitura, acquisto e uso di stupefacenti	7911
3.1.10.1	Materie prime e prodotti con effetti simili agli stupefacenti (art. 7)	7912
3.1.10.2	Stupefacenti vietati (art. 8)	7912
3.1.10.3	Utilizzazione di stupefacenti registrati come medicinali per indicazioni non ammesse (art. 11 cpv. 1 ^{bis})	7914
3.1.10.4	Sezione 3a: Organizzazione e autorità Articolo 14a	7914
3.1.10.5	Privazione della libertà a scopo di assistenza	7915
3.1.10.6	Obbligo di notificazione per ogni fornitura di stupefacenti (art. 16 cpv. 1)	7915
3.1.10.7	Obbligo di rendiconto per le aziende e le persone titolari di un'autorizzazione per la coltivazione, la fabbricazione e la preparazione di stupefacenti (art. 17 cpv. 3)	7915
3.1.11	Capitolo 4: Disposizioni penali	7916
3.1.11.1	Fattispecie di fondo (art. 19 cpv. 1)	7916
3.1.11.2	«Casi gravi» (art. 19 cpv. 2)	7916
3.1.11.3	Attenuazione della pena (art. 19 cpv. 3) (<i>nuovo</i>)	7917
3.1.11.4	Soppressione della commissione per negligenza	7918
3.1.11.5	Reati commessi all'estero (art. 19 cpv. 4)	7918
3.1.11.6	Protezione dei minori (art. 19a ¹)	7918
3.1.11.7	Punibilità della consegna a giovani (art. 19b)	7919
3.1.11.8	Fattispecie particolari (art. 20–22)	7919
3.1.11.9	Esecuzione del perseguimento penale (art. 28 e 28a)	7920
3.1.12	Capitolo 5: Compiti dei Cantoni e della Confederazione	7921
3.1.12.1	Sezione 1: Compiti della Confederazione (art. 29 à 29c)	7921
3.1.12.2	Sezione 2: Compiti dei Cantoni (art. 29d e 29e)	7923
3.1.12.3	Disposizioni finali (art. 30)	7924
3.1.13	Modifica del diritto vigente	7924
3.1.13.1	Articolo 136 CP	7924
4	Ripercussioni	7924
4.1	Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	7924
4.1.1	Confederazione: Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	7924
4.1.2	Per i Cantoni	7926

4.2 Applicabilità	7927
4.3 Ripercussioni sulla politica sanitaria e sulla politica sociale	7927
5 Rapporto con il diritto internazionale	7927
5.1 Rapporto con le Convenzioni dell'ONU	7927
5.2 Rapporto con il diritto europeo	7928
5.2.1 Accordi di associazione a Schengen	7928
5.2.2 Diritto dell'UE in materia di stupefacenti	7928
6 Basi giuridiche	7929
6.1 Costituzionalità	7929
6.2 Delega di competenze legislative	7930
Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (Disegno)	7933

Elenco delle abbreviazioni

Boll. uff.	Bollettino ufficiale
C	Gruppo popolare-democratico
CC	Codice civile (RS 210.0)
CDCT	Conferenza dei delegati cantonali ai problemi delle tossicomanie
CFQD	Commissione federale per le questioni relative alla droga
CN	Consiglio nazionale
Cost.	Costituzione federale
CP	Codice penale svizzero (RS 311.0)
CSS-CN	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del CN
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DK	Danimarca
DPA	Legge federale sul diritto penale amministrativo (RS 313.0)
DTF	Decisioni del Tribunale federale svizzero
fedpol	Ufficio federale di polizia
FF	Foglio federale
G	Gruppo dei Verdi
GB	Gran Bretagna
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
ICD-10	Classificazione internazionale delle malattie
l	Litro
LCStr	Legge sulla circolazione stradale (RS 741.01)
LSD	Lisergide
LStup	Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (RS 812.121)
NL	Paesi Bassi
NPC	Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni
OMS	Organizzazione mondiale della sanità dell'ONU
ONC	Ordinanza sulle norme della circolazione stradale (RS 741.11)
ONU	Organizzazione delle Nazioni Unite
PaMiDro	Pacchetto di misure inteso a ridurre i problemi legati alla droga
PMMA	Parametossimetanfetamina
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
THC	Tetraidrocannabinolo (principio attivo essenziale della canapa)
TMA	Trimetossianfetamina
UE	Unione europea
UFS	Ufficio federale di statistica
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
USA	Stati Uniti d'America

Rapporto

1 Genesi del progetto

Dopo un primo rifiuto il 25 settembre 2003, il Consiglio nazionale ha deciso, in occasione della sua seduta del 14 giugno 2004, di respingere nuovamente, con 102 voti contro 92, di non entrare in materia sul disegno del Consiglio federale concernente la modifica della LStup del 9 marzo 2001³. I punti controversi erano in particolare la depenalizzazione del consumo di canapa e la regolamentazione legale applicabile alla coltivazione, alla fabbricazione e al commercio di prodotti a base di canapa. Nel corso della stessa sessione, sono state depositate due iniziative parlamentari e una petizione a favore di una revisione della LStup⁴. Il 5 ottobre 2004, il consigliere nazionale Christian Waber ha depositato un'iniziativa parlamentare sullo stesso oggetto.

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSS-CN) ha trattato questi quattro oggetti il 3 febbraio 2005. L'iniziativa parlamentare depositata il 16 giugno 2000 dal Gruppo popolare-democratico (C, 04.439 n) prevede il mantenimento del divieto di consumo di tutti gli stupefacenti, ma chiede che il consumo di stupefacenti con effetti di tipo cannabinoide venga sottoposto a una procedura di multa disciplinare. Il progetto intende inoltre sancire nella legge il modello dei quattro pilastri della politica svizzera in materia di droga. Anche l'iniziativa parlamentare del Gruppo dei Verdi (G, 04.443 n), depositata il 18 giugno 2004, ha lo scopo di integrare nella legge il modello dei quattro pilastri per rafforzare in particolare il concetto attuale di prevenzione e di terapia. Bisognerebbe peraltro introdurre, a titolo di prova, il principio di opportunità per il consumo, la fabbricazione e il commercio di canapa. L'iniziativa parlamentare depositata dal consigliere nazionale Christian Waber il 5 ottobre 2004 (04.459 n) chiede che venga fatta una chiara distinzione tra la canapa come prodotto stupefacente e la canapa industriale introducendo un limite di tenore di THC dello 0,3 per cento per quest'ultima. La CSS-CN ha rimandato la sua decisione sulle tre iniziative con 13 voti contro 93 astensioni e ha deciso di elaborare una sua iniziativa. In questo contesto, ha preso atto della petizione «Per una politica della canapa conforme alla realtà» (04.2014) del «Coordinamento svizzero della canapa», senza darvi seguito.

L'iniziativa della CSS-CN per una revisione parziale della legge sugli stupefacenti riprende immediatamente gli elementi del testo respinto che possono ottenere una maggioranza alle Camere. In una seconda fase, bisognerà integrare la questione della canapa tenendo conto delle iniziative parlamentari in sospenso ed elaborare proposte. Per quanto concerne l'iniziativa popolare federale «Per una politica della canapa che sia ragionevole e che protegga efficacemente i giovani»⁵ depositata il 13 gennaio 2006, potrà eventualmente essere considerata la possibilità di presentare un controprogetto. Il 3 maggio 2005, la Commissione del Consiglio degli Stati ha proceduto all'esame preliminare dell'iniziativa della Commissione e l'ha approvata a grandi linee all'unanimità.

3 FF 2001 3313

4 RS 812.121

5 FF 2004 3789

Il 26 maggio 2005, la CSS-CN ha istituito una Sottocommissione composta da Jacqueline Fehr (copresidente), Thérèse Meyer (copresidente), Toni Bortoluzzi, Jean-Henri Dunant, Yves Guisan, Felix Gutzwiller e Liliane Maury Pasquier. La Sottocommissione è stata incaricata di elaborare, entro la fine del 2005 all'attenzione della Commissione, un progetto capace di ottenere una maggioranza alle Camere. La seduta costitutiva della Sottocommissione si è tenuta il 14 giugno 2005. Il 17 agosto 2005, quest'ultima ha sentito la Commissione federale per le questioni relative alla droga e i rappresentanti della Società svizzera sclerosi multipla sull'utilizzazione della canapa a fini terapeutici. Dopo due nuove sedute, il 19 settembre 2005 e il 28 ottobre 2005, la Sottocommissione ha concluso i suoi lavori il 17 febbraio 2006 e ha trasmesso il progetto di atto con il rapporto esplicativo alla CSS-CN. Dopo aver sentito i rappresentanti dei Cantoni il 6 aprile 2006, quest'ultima ha proceduto il giorno stesso e il 4 maggio 2006 all'esame del progetto di atto e del relativo rapporto. Al voto finale, ha deciso con 18 voti contro 6 e un'astensione di proporre al plenum e al Consiglio federale di approvare il progetto di atto.

2 Grandi linee del progetto

2.1 Evoluzione della politica in materia di droga

2.1.1 Problema della droga e evoluzione svizzera

In Svizzera, come nella maggioranza dei Paesi occidentali, il consumo di droghe illegali è diventato un problema importante solo a partire dagli anni Sessanta. All'inizio, si trattava soprattutto dell'LSD e di prodotti derivati dalla canapa. Nel corso degli anni Settanta, si sono aggiunte eroina e cocaina. I primi decessi dovuti a un'overdose di eroina sono stati constatati nel 1972. Il Consiglio federale ha allora reagito alla situazione sviluppando un modello a tre pilastri: repressione, prevenzione e terapia. A livello di repressione, la Confederazione ha istituito un Ufficio centrale incaricato di reprimere il traffico illecito degli stupefacenti e i Cantoni hanno creato le prime unità di polizia specializzate nella lotta contro gli stupefacenti. La revisione della LStup nel 1975 ha in seguito consentito di istituire le basi legali necessarie per i provvedimenti preventivi e le terapie destinate ai tossicodipendenti. Da allora viene fatta una distinzione tra i consumatori di droghe e i venditori di droghe al momento delle condanne e il consumo di stupefacenti è diventato un delitto minore. I Cantoni hanno dovuto offrire provvedimenti di terapia e di aiuto. Dal 1970, i servizi ambulatoriali, le strutture di aiuto residenziali, i consultori e altre reti di assistenza sociale si sono moltiplicati.

All'inizio degli anni Ottanta, l'AIDS si è diffuso rapidamente, in particolare tra i consumatori di droghe. La precarietà dei tossicodipendenti è diventata sempre più visibile e, alla fine di quel decennio, scene aperte della droga sono state tollerate in diverse città. Agli inizi degli anni Novanta, le scene aperte, soprattutto il Platzspitz e il Letten a Zurigo, hanno gravemente perturbato l'ordine pubblico. Simultaneamente, hanno evidenziato l'ampiezza del problema e suscitato una presa di coscienza presso un vasto pubblico nazionale e internazionale. Servizi sociali pubblici e privati hanno fornito il loro aiuto. È stato l'inizio del cosiddetto «lavoro di strada». Si è cominciato a distribuire siringhe sterili ai tossicodipendenti. Nel febbraio del 1991, il Consiglio federale ha adottato un pacchetto di misure chiamato «PaMiDro» (pac-

chetto di misure inteso a ridurre i problemi legati alla droga). Il principio della riduzione dei danni è così stato introdotto per la prima volta a livello nazionale, mentre i pilastri «prevenzione» e «terapia» sono stati ampliati negli anni seguenti. Tra il 1991 e il 1999, circa 300 progetti e programmi di intervento sono stati lanciati nell'ambito del pacchetto di misure «PaMiDro». Le città, i Cantoni e la Confederazione hanno unito i loro sforzi per istituire un modello a quattro pilastri (prevenzione, terapia, riduzione dei danni, repressione), completato da misure innovatrici come le cure basate sulla prescrizione di eroina. Questi sforzi hanno consentito di chiudere le scene aperte. La svolta decisiva è stata possibile grazie alla strategia coordinata e all'interazione tra misure di polizia, sociali, mediche e preventive.

Nel corso degli ultimi anni, il consumo di stupefacenti si è evoluto nel seguente modo. Dal 1993, il consumo di eroina è in calo. Questa tendenza è confermata dalla diminuzione del numero di denunce e del numero di decessi. In effetti, nel 1992 419 persone sono decedute a causa di droghe, contro 182 nel 2004⁶. Si è invece osservato un aumento del consumo di cocaina nel corso degli anni Novanta fino al picco del 1997, seguito da un leggero calo. Una progressione continua è tuttavia nuovamente osservata dal 2001. Per la fascia d'età tra i 15 e i 39 anni, la quota delle persone che hanno consumato questa droga almeno una volta ammontava al 3 per cento nel 2002⁷. Il consumo di canapa⁸ ha registrato un netto aumento nel corso degli anni Novanta in Svizzera, dove è molto diffusa soprattutto tra gli adolescenti e i giovani adulti. In pratica il mercato delle «droghe pesanti» e quello delle «droghe leggere» sono tuttavia nettamente separati. Alcuni Cantoni – AG, BE, BL, GR, LU e TI – hanno introdotto regolamentazioni specifiche per la canapa allo scopo di colmare le lacune del diritto federale in materia e di istituire disposizioni chiare concernenti l'intervento delle autorità. Queste regolamentazioni intendono inoltre fare una netta distinzione tra la canapa industriale e la canapa come prodotto stupefacente. L'arrivo dell'ecstasy vent'anni fa e la sua presenza continua negli ambienti della techno riflettono una tendenza generale in Europa: nel 2002, il 2,2 per cento delle persone tra i 15 e i 39 anni hanno consumato questa droga almeno una volta⁹. Rispetto alla canapa, all'eroina e alla cocaina, il consumo di ecstasy non è tuttavia molto importante. Nel 2004, sono stati registrati 775 casi di consumo di ecstasy, con una tendenza al ribasso. Nello stesso anno, 731 persone sono state denunciate per consumo di anfetamine¹⁰.

2.1.2 Evoluzione della politica internazionale

2.1.2.1 Convenzioni dell'ONU

Il controllo internazionale degli stupefacenti si basa sulla Convenzione unica del 1961¹¹; entrata in vigore per la Svizzera nel 1970, questa Convenzione ha sostituito quasi tutti gli accordi precedenti. In seguito, la Svizzera ha ratificato la modifica

⁶ Fonte: UFSP, fedpol

⁷ Fonte: Inchiesta svizzera sulla salute, UFS

⁸ Il consumo di canapa e le sue conseguenze: visione d'insieme 2004, gruppo di lavoro Monitoring canapa, maggio 2005

⁹ Fonte: Inchiesta svizzera sulla salute, UFS

¹⁰ Fonte: UFSP, fedpol

¹¹ Convenzione unica sugli stupefacenti, New York, 30 marzo 1961

della Convenzione unica del 1961¹², la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971¹³ e la Convenzione contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope del 1988¹⁴.

La Convenzione unica del 1961 ha come obiettivo principale il controllo della coltivazione e del commercio di stupefacenti a base vegetale. Il Protocollo aggiuntivo del 1972 stabilisce le competenze dell'organo internazionale di controllo degli stupefacenti e definisce le misure contro l'abuso di stupefacenti.

La Convenzione del 1971 tratta delle sostanze di origine sintetica e propone un ampliamento logico della Convenzione unica che riguarda gli stupefacenti. A causa dell'aumento degli abusi di principi attivi come i barbiturici, i tranquillanti, le anfetamine e gli allucinogeni (raggruppati sotto il termine di sostanze psicotrope), era necessario introdurre – oltre alle misure di controllo specifiche nella Convenzione unica – un controllo internazionale. Pur riconoscendo la necessità dell'impiego delle sostanze psicotrope per fini medici e scientifici, le parti alla Convenzione del 1971 esigono tuttavia l'introduzione di misure di controllo contro l'abuso di queste sostanze.

Fondandosi su queste convenzioni, la Convenzione del 1988 rafforza l'obbligo delle parti di emanare norme penali, di procedere a confische e di estendere le misure di assistenza giudiziaria in caso di violazione della Convenzione. I principali obiettivi della Convenzione del 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope consistono nella repressione globale del traffico illecito di stupefacenti, nella penalizzazione del riciclaggio di denaro e nell'istituzione di misure di lotta contro l'abuso dei precursori. Si tratta in primo luogo di aumentare i mezzi giuridici necessari per l'assistenza giudiziaria internazionale nella lotta contro il commercio illecito e il contrabbando di stupefacenti. Il messaggio del Consiglio federale concernente la Convenzione del 1988 è stato sottoposto al Parlamento il 29 novembre 1995¹⁵. Rispettivamente il 6 dicembre 2004 e il 16 marzo 2005, il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati hanno aderito al progetto del Consiglio federale concernente la ratifica di detta Convenzione¹⁶, che è entrata in vigore per la Svizzera il 13 dicembre 2005.

2.1.2.2 Impiego della canapa a scopi medici

I prodotti derivati dalla canapa sono sottoposti a controlli molto severi anche a livello internazionale. In altri termini, la fabbricazione, il commercio e la detenzione di queste sostanze senza autorizzazione ad hoc sono punibili.

¹² Protocol Amending the Single Convention of 1961, Ginevra, 25 marzo 1972

¹³ Convenzione sulle sostanze psicotrope, Vienna, 21 febbraio 1971

¹⁴ Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, Vienna, 20 dicembre 1988

¹⁵ FF 1996 I 521

¹⁶ La ratifica della Convenzione del 1988 è in ritardo, dal momento che il Consiglio nazionale aveva deciso di rimandare l'esame fintanto che il popolo non si fosse pronunciato sulle due iniziative, rispettivamente nel 1997 e nel 1998, e in seguito fino alla revisione della LStup. Dal momento che il Consiglio nazionale ha respinto il disegno di revisione della LStup e che la ratifica della Convenzione del 1988 è una condizione imperativa dell'accordo di associazione della Svizzera a Schengen, i dibattiti sono ripresi in Parlamento nel corso del 2004.

Le convenzioni menzionate nel capitolo precedente autorizzano, di principio, l'impiego di stupefacenti a scopi medici. L'articolo 4 della Convenzione unica del 1961 prevede quanto segue: «Le Parti adottano le misure legislative e amministrative che possono essere necessarie [...], con riserva delle disposizioni della presente Convenzione, per limitare esclusivamente a fini medicinali e scientifici la produzione, la fabbricazione, l'importazione, l'esportazione, la distribuzione, il commercio, l'impiego e la detenzione di stupefacenti.»

Lavori di ricerca scientifica in relazione alla prescrizione medica di canapa sono stati svolti negli Stati Uniti e in Canada, da un lato, e in Gran Bretagna, Finlandia, Germania, Paesi Bassi, Francia, Belgio e Spagna, dall'altro:

- il Canada è il primo Paese ad aver autorizzato un medicamento a base di canapa (Sativex®). Somministrato mediante vaporizzazione in bocca, il Sativex® serve a lottare contro i dolori neuropatici delle persone affette da sclerosi multipla. Nell'aprile del 2005, le autorità canadesi hanno dato il via libera alla commercializzazione di questo medicamento in base ai risultati di uno studio clinico di quattro settimane svolto in Gran Bretagna nel 2002 su un gruppo ristretto di 66 pazienti. Il fabbricante intende lanciare il Sativex® sul mercato britannico;
- la Spagna autorizza attualmente l'impiego medico limitato (cosiddetto «compassionate use») del Sativex®.

Attualmente, nessun medicamento a base di canapa è autorizzato alla vendita in Europa. Ciò nonostante, il Marinol®, contenente il principio attivo Dronabinol, è già sul mercato americano. Dal momento che non è fabbricato a partire dalla canapa, il Marinol® può essere prescritto sulla base di un'autorizzazione eccezionale fondata sulla LStup per un'applicazione medica limitata a casi particolari e essere importato con l'autorizzazione dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici conformemente al diritto in vigore.

Da diversi anni vengono effettuati molti studi sugli effetti della prescrizione di cannabinoidi (o di prodotti derivati dalla canapa) a pazienti che soffrono di sclerosi multipla, di nausea e vomito a causa di chemioterapie o di terapie contro l'AIDS, di dolori dovuti alle lesioni al midollo spinale, della sindrome di Tourette eccetera.¹⁷

I principali risultati delle ricerche svolte a livello internazionale sono i seguenti:

- nei pazienti affetti da sclerosi multipla, i dolori, i crampi e gli spasmi generalmente diminuiscono e il sonno migliora;
- nei pazienti che seguono una chemioterapia o una terapia contro l'AIDS, i sintomi di nausea e vomito tendono ad attenuarsi.

Riassumendo, si constata che non è possibile – soprattutto a causa della disparità dei dosaggi e delle forme di applicazione – fornire una prova definitiva dell'efficacia della canapa e dei suoi derivati nel trattamento della sclerosi multipla, della nausea e del vomito o del dolore. Ciò che tuttavia certo è che i cannabinoidi possono essere

¹⁷ Dal 2001, 37 progetti di ricerca concernenti la canapa sono stati recensiti (cfr. «Clinical Studies and Case Reports» in www.cannabis-med.org/studies/study.php). Diverse forme di somministrazione sono state studiate, in particolare lo spray (Brady e al. 2001, GB), le capsule, (Svendson e al. 2004, DK; Zajicek e al. 2003, GB; Killerstein e al. 2002, NL; Anderson e al. 2000, USA) e l'inalazione (Soderpalm e al. 2001, USA). I ricercatori non hanno utilizzato sistematicamente gli stessi alcaloidi e gli stessi dosaggi, e i prodotti testati non erano sempre a base di marijuana ma erano anche prodotti di sintesi.

efficaci per diminuire il dolore, la sensazione di nausea e il vomito. In futuro sarà probabilmente possibile delimitare lo spettro d'azione dei cannabinoidi e sviluppare un'applicazione terapeutica più mirata.

2.1.2.3 Terapia basata sulla prescrizione di eroina

Dal 1994, quando la Svizzera ha cominciato i suoi esperimenti di prescrizione di eroina, diversi Paesi l'hanno imitata e hanno introdotto la prescrizione medica di eroina a titolo di prova o in modo definitivo.

Germania

Nel 2002 è stato lanciato un progetto pilota di prescrizione di eroina nelle città di Amburgo, Hannover, Colonia, Francoforte, Karlsruhe, Monaco, Essen e Bonn.

La fase di reclutamento dei pazienti (più di 1000) si è conclusa nelle ultime città alla fine del 2003. La valutazione scientifica di questo studio è attesa per l'estate del 2006. Si dispone tuttavia già di riscontri positivi (miglioramento della salute, diminuzione del consumo parallelo di altre sostanze ecc.).

Canada

Il progetto NAOMI (North American Opiate Medication Initiative) ha lo scopo di determinare se la prescrizione di eroina da parte di un medico consente di mantenere gli eroinomani in cura. Questo studio si svolge attualmente nelle città di Montreal, Toronto e Vancouver e comprende 470 persone, ripartite casualmente tra un gruppo che riceve oppiacei (eroina) sotto forma di iniezioni e un altro che riceve il metadone per via orale. Lo studio consentirà inoltre di misurare l'impatto di questi due tipi di intervento sui partecipanti rispetto al loro consumo di droghe illecite, allo stato di salute, alla loro partecipazione ad attività criminali e ad altri settori secondo un modello bio-psicosociale.

Spagna

In Spagna, uno studio che si è concluso nel novembre del 2004 aveva lo scopo di confrontare l'efficacia della prescrizione intravenosa di eroina – a complemento del metadone per via orale – alla sola prescrizione di metadone per via orale (con un sostegno medico psicosociale). Questo esperimento ha avuto luogo a Granada ed era destinato a persone dipendenti dagli oppiacei, escluse socialmente e per le quali le cure standard avevano fallito. L'esperienza ha portato a un miglioramento della salute fisica e mentale e a una migliore integrazione sociale dei partecipanti¹⁸.

¹⁸ Per le persone nel gruppo sperimentale, si è constatato un miglioramento in termini di salute fisica e una riduzione del comportamento a rischio per l'infezione dell'HIV e l'uso di eroina in strada; il numero di giorni senza problemi legati alla droga o implicazione in crimini è aumentato. Non si è osservata alcuna differenza tra i due gruppi concernente le variabili psicologiche e le altre variabili sociali. Un rapporto completo dell'esperimento è stato inviato all'agenzia spagnola della droga nell'ottobre scorso. I responsabili dello studio attendono la sua valutazione e sperano di ottenere l'autorizzazione per rendere questa cura accessibile ad altri pazienti.

Paesi Bassi

Nei Paesi Bassi sono stati effettuati esperimenti di cure basate sulla prescrizione di eroina a partire dal 1998. Visti i risultati positivi l'esperienza è proseguita. Nel giugno del 2004, il governo ha deciso di autorizzare le autorità municipali ad aumentare il numero di posti da 300 a 1000 per le cure con eroina. Si prevede inoltre di registrare la soluzione di iniezione e l'applicazione mediante inalazione come medicinali.

2.1.3 L'attuale politica dei quattro pilastri

La politica dei quattro pilastri volta a ridurre i problemi legati alla droga è stata istituita come concetto politico all'inizio degli anni Novanta. È stata accompagnata da una serie di provvedimenti della Confederazione concernenti i seguenti settori: prevenzione per i giovani, sviluppo dell'offerta terapeutica, riduzione dei danni (prevenzione dell'AIDS e aiuto al reinserimento), formazione continua e perfezionamento degli specialisti, ricerca scientifica e coordinamento delle misure prese dalla Confederazione. Attualmente, il modello dei quattro pilastri è ampiamente accettato dagli ambienti politici e dalla popolazione come fondamento di una politica nazionale in materia di droga che raggruppa i quattro pilastri della prevenzione, della terapia, della riduzione dei danni e della repressione in una strategia globale equilibrata.

I quattro pilastri comprendono:

- *la prevenzione*: essa intende impedire l'entrata nel consumo illecito e la comparsa di problemi sanitari e sociali derivanti dal consumo di droghe. I congiunti e l'ambiente circostante delle persone interessate sono implicati in questo processo per evitare che l'accento sia posto unicamente sul consumo;
- *la terapia e il reinserimento*: l'obiettivo diretto, ma anche indiretto, di questo pilastro consiste nel promuovere l'uscita della tossicodipendenza e il reinserimento sociale. Concretamente, si tratta di proporre offerte residenziali e offerte ambulatoriali. In Svizzera, esistono più di 170 istituzioni residenziali per la disintossicazione e la riabilitazione. Alla fine del 1999, per esempio, si è potuto trattare con metadone la metà delle persone dipendenti dagli oppiacei, il cui numero è stimato a 30 000. Per il momento non si osserva una diminuzione considerevole. Nel 1994, l'offerta è stata estesa alla somministrazione controllata di eroina alle persone fortemente tossicodipendenti;
- *la riduzione dei danni e l'aiuto alla sopravvivenza*: la riduzione dei danni non ha lo scopo dell'astinenza immediata, ma persegue una diminuzione dei danni e delle conseguenze della dipendenza (sia a livello sociale sia a livello fisico e psichico). A questo scopo sono sorte le cosiddette istituzioni a bassa soglia di accesso, come i locali con distributori di siringhe (per prevenire l'AIDS e l'epatite), i luoghi di accoglienza con locali di iniezione e le offerte sociali nel settore del lavoro e dell'alloggio;
- *la repressione e il controllo*: gli obiettivi diretti della repressione nel settore della droga consistono nel limitare l'offerta, lottare contro il traffico illecito di stupefacenti e le transazioni finanziarie illecite ad esso connesse e lottare contro il crimine organizzato.

La politica dei quattro pilastri della Confederazione intende ridurre il numero di nuovi consumatori di droghe e di persone tossicodipendenti e, parallelamente, aumentare il numero di persone che escono dalla dipendenza. Intende inoltre evitare danni fisici e l'emarginazione sociale di cui soffrono le persone dipendenti, proteggere la popolazione contro le conseguenze dei problemi legati alla droga e lottare contro il crimine.

2.2 Principali motivi della revisione

Dopo la non entrata in materia sul disegno di revisione della LStup del 9 marzo 2001, nel giugno 2004 la situazione giuridica rimane insoddisfacente e la necessità di introdurre disposizioni ad hoc permane. Il presente progetto di revisione della LStup intende colmare le principali lacune in materia di politica della droga. La questione della canapa, contestata nel disegno precedente, è stata messa da parte. Il progetto di revisione si basa sulle constatazioni seguenti:

- *carattere obsoleto della LStup*: la LStup in vigore risale al 1951. Pur essendo stata oggetto di diverse revisioni parziali, non corrisponde più alla realtà odierna. È quindi necessario aggiornarla tenendo conto delle nuove conoscenze pratiche e degli sviluppi di questi ultimi anni. Basti citare a questo proposito l'importanza del terzo pilastro, vale a dire la riduzione dei danni (che non è menzionata nella LStup attuale), e la volontà di introdurre misure – già realizzate nella prassi – che non sono legate alla sostanza all'origine della dipendenza nei pilastri della prevenzione, della terapia e della riduzione dei danni;
- *rafforzamento delle misure di protezione dei giovani*: è importante introdurre nuove disposizioni che pongano l'accento sui pericoli inerenti al consumo e all'abuso di stupefacenti in un'ottica di protezione dei giovani. In questo settore, gli interventi principali hanno l'obiettivo primario di garantire la segnalazione precoce dei problemi di dipendenza tra i giovani particolarmente esposti, di offrire loro aiuto, consulenza o una terapia e di punire più severamente la fornitura e la vendita di stupefacenti a minorenni;
- *aumento del numero di persone dipendenti*: in aumento dalla metà degli anni Settanta, il consumo di droghe come l'eroina o la cocaina si è stabilizzato verso la metà degli anni Novanta a un livello elevato. Per questo motivo occorre intensificare e completare gli sforzi messi in atto sinora e istituire la base legale necessaria per sviluppare le istituzioni di aiuto ai tossicodipendenti nel settore della prevenzione, della terapia e della riduzione dei danni. Occorre inoltre rafforzare il ruolo guida della Confederazione e il coordinamento degli sforzi in questo settore;
- *lacune nella prevenzione e nella terapia*: a queste lacune si aggiungono differenze cantonali e lacune a livello di pianificazione, coordinamento e gestione della qualità;
- *riduzione dei danni e aiuto alla sopravvivenza*: la situazione sanitaria delle persone dipendenti è notevolmente peggiorata nel corso degli anni Ottanta

con l'arrivo dell'HIV/AIDS¹⁹. Le strategie volte a ridurre i danni o ad aiutare i tossicomani a sopravvivere sono state una risposta politica a questa evoluzione. Preservando lo stato di salute delle persone durante la fase del consumo, si aumentano le loro possibilità di rinunciare al consumo di droghe;

- *durata limitata delle cure basate sulla prescrizione di eroina*: il decreto federale concernente la prescrizione medica di eroina è applicabile sino all'entrata in vigore della LStup, ma al più tardi fino alla fine del 2009. Secondo la nuova regolamentazione, questa forma di terapia, la cui efficacia è dimostrata²⁰ e che prevede le cure basate sulla prescrizione di eroina per un gruppo limitato e ben definito di pazienti, sarà definitivamente sancita nella legge;
- *impiego della canapa a scopi medici*: progetti di ricerca concernenti l'utilità terapeutica della canapa sono in corso sia in Svizzera sia all'estero. Attualmente la canapa non è più considerata come una sostanza marginale, come era ancora il caso nel 1951 e nel 1975. Sembrerebbe quindi appropriato rendere più flessibili le disposizioni in vigore.

2.3 Punti forti della revisione

2.3.1 Integrazione nella legge del modello dei quattro pilastri

Come menzionato nel numero 2.1.3, il modello dei quattro pilastri si è sviluppato a partire dagli anni Novanta come principio di base della politica svizzera in materia di droga. È attualmente ampiamente sostenuto dagli ambienti politici e specializzati, dai responsabili dei Cantoni, dei Comuni e della Confederazione. Secondo logica, avrebbe dovuto essere sancito nella legge da tempo.

L'articolo 1 del disegno di legge definisce gli scopi della politica in materia di droga. Si tratta in particolare di migliorarne l'efficacia e l'efficienza privilegiando un'interazione coerente e coordinata di tutte le misure e parti in causa. L'astinenza è menzionata in questo contesto come uno degli scopi perseguiti. L'articolo 1a cita esplicitamente i quattro pilastri. Per raggiungere questi obiettivi, la Confederazione e i Cantoni prevedono misure nei settori inerenti ai quattro pilastri. Le misure sono applicabili indipendentemente dalla sostanza; in altre parole, riguardano non soltanto gli stupefacenti illegali, ma anche tutte le sostanze che provocano dipendenza. Questa disposizione rientra nella volontà di perseguire una politica globale in materia di dipendenze.

¹⁹ Cfr. a questo proposito il messaggio del 19 giugno 1995 relativo alle iniziative popolari «Gioventù senza droghe» e «per una politica ragionevole in materia di droga», FF 1995 III 1081 segg., segnatamente n. 1 pag. 1084 segg. «Droga: situazione in Svizzera e sul piano internazionale».

²⁰ Cfr. il rapporto dell'Ufficio federale della sanità pubblica all'attenzione del Consiglio federale sulle cure basate sulla prescrizione di eroina nel 1994, UFSP, agosto 2005.

2.3.2 Protezione dei giovani e prevenzione

La protezione dei giovani e il rafforzamento della prevenzione rientrano tra gli obiettivi principali della revisione della LStup (art. 1a cpv. 2). Questi obiettivi si ritrovano in diverse parti della legge. Le differenze al riguardo rispetto alla LStup in vigore sono le seguenti:

facoltà di segnalazione: l'attuale articolo 15 LStup, che prevede già la facoltà di segnalare i casi di abuso di stupefacenti, è esteso e rafforzato. L'articolo 3c della legge riveduta amplia la cerchia delle persone e delle istanze che possono segnalare i casi e la nozione di abuso di stupefacenti è stata sostituita con quella di turbe legate alla dipendenza. Inoltre, questo articolo insiste sull'importanza particolare delle segnalazioni quando si tratta di bambini e giovani;

caso grave se gli stupefacenti sono forniti per mestiere nelle immediate vicinanze di istituti scolastici: nell'articolo 19 capoverso 2 lettera d della LStup riveduta, chi offre, fornisce o procura in altro modo stupefacenti, per mestiere, in istituti scolastici o nelle immediate vicinanze, è punito con una pena per un caso qualificato come grave;

aumento della pena in caso di fornitura di stupefacenti ad adolescenti: la pena prevista in caso di fornitura di stupefacenti ad adolescenti dev'essere aumentata (pena detentiva e pena pecuniaria, invece di pena detentiva o pena pecuniaria, come prevede attualmente l'art. 136 del Codice penale svizzero).

2.3.3 Base legale definitiva per le cure basate sulla prescrizione di eroina

Il 21 ottobre 1992, il Consiglio federale ha adottato l'ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti (cosiddetta ordinanza «PROVE»). Nel 1994, i test scientifici di prescrizione medica di eroina sono stati lanciati in un quadro medico-terapeutico volto alla stabilizzazione psicosociale. Sono durati fino al 31 dicembre 1998. I risultati degli esperimenti hanno dimostrato senza equivoci che la prescrizione medica di eroina completa in modo adeguato le altre possibilità di cura per un gruppo mirato, relativamente ristretto e chiaramente definito, di persone la cui dipendenza è di vecchia data e cronica che hanno fatto senza successo diversi tentativi di disintossicazione e i cui deficit sanitari e sociali sono importanti.

Considerati questi risultati positivi, si è deciso di sancire le cure basate sulla prescrizione di eroina nella legge sugli stupefacenti mediante un decreto federale a termine, senza attendere la revisione ordinaria della LStup. Il 9 ottobre 1998, il Parlamento ha di conseguenza dichiarato urgente il decreto federale concernente la prescrizione medica di eroina ponendolo in vigore. È stato lanciato il referendum e il decreto federale è stato approvato in votazione popolare nel giugno del 1999. Il decreto federale era applicabile fino alla fine del 2004, ma al più tardi fino all'entrata in vigore della revisione della LStup. Ha dovuto essere prorogato di cinque anni in seguito al rifiuto del progetto di revisione da parte del Consiglio nazionale. Le disposizioni in vigore secondo l'articolo 8 capoversi 6–8 LStup sono quindi valide fino al 31 dicembre 2009.

L'utilità delle cure basate sulla prescrizione di eroina è ampiamente ammessa; questo provvedimento deve ora essere introdotto definitivamente nella legge come terapia. Il 26 settembre 2004, gli abitanti della città di Zurigo hanno accettato con il 75 per cento dei voti di proseguire illimitatamente le cure basate sulla prescrizione di eroina.

2.3.4 Rafforzamento del ruolo della Confederazione

Il ruolo della Confederazione è rafforzato nel settore del coordinamento e del sostegno dei provvedimenti legati ai quattro pilastri presi dai Cantoni; deve inoltre poter prendere essa stessa provvedimenti. La sezione 4, articoli 3i-3l, della legge riveduta sancisce il ruolo guida della Confederazione nella politica in materia di droga e di dipendenza nei settori del coordinamento della prevenzione, della terapia e della riduzione dei danni, della determinazione di standard di formazione e di perfezionamento degli specialisti e nella definizione della qualità delle misure di assistenza.

Il rafforzamento del ruolo della Confederazione persegue un duplice obiettivo: si tratta di uniformare la qualità dei provvedimenti da un lato e di conferire alla Confederazione la facoltà di intervenire in caso di lacune dall'altro. A titolo di esempio, la Confederazione deve essere autorizzata a fornire il suo sostegno se constatata disparità cantonali in materia di individuazione precoce nell'ambito delle segnalazioni di turbe legate alla dipendenza.

2.3.5 Impiego della canapa a scopi medici

Fondandosi sulle audizioni svolte dalla Sottocommissione «Droghe» sull'uso medico della canapa e su ricerche recenti, la CSS-CN ha deciso di proporre una flessibilizzazione delle disposizioni relative all'impiego della canapa a scopi medici. Conformemente alla LStup in vigore (art. 8 cpv. 1 e 5), l'uso medico della canapa estratta dalla pianta – tranne nei casi in cui è utilizzata a fini scientifici nel senso stretto del termine – non è possibile. Queste disposizioni devono essere modificate. La Commissione propone quindi di rendere possibile la somministrazione medica limitata di stupefacenti con effetti di tipo cannabinoidi con l'autorizzazione eccezionale dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Parallelamente, la sostanza deve potere essere sottoposta al regime dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici applicabile ai medicinali a partire dal momento in cui lo stupefacente corrispondente è introdotto come principio attivo in un medicamento autorizzato dall'Istituto. I medici potrebbero in seguito prescrivere il medicamento in questione per le indicazioni autorizzate.

2.3.6 Valutazione

Secondo l'articolo 170 della Costituzione federale, l'efficacia dei provvedimenti presi dalla Confederazione deve essere valutata. Occorre inoltre controllare costantemente i provvedimenti legati alla prevenzione, alla terapia e alla riduzione dei danni. Inoltre, una valutazione limitata nel tempo deve consentire di far luce sugli effetti della revisione della legge e delle revisioni future.

2.4 **Minoranza per la non entrata in materia**

Minoranza (Bortoluzzi, Borer, Parmelin, Scherer, Stahl)

Non entrata in materia

Una minoranza della Commissione propone di non entrare in materia sul progetto. Secondo il suo parere, introducendo il principio dei quattro pilastri nella legge si va nella direzione sbagliata. Il fatto che i consumatori di canapa e di cocaina siano sempre più giovani mostra bene che gli strumenti istituiti nell'ambito della politica in materia di droga non hanno raggiunto l'obiettivo, vale a dire una stabilizzazione del fenomeno. Si assiste al contrario a un serio aggravamento del problema, mascherato dalla politica in vigore in questo settore. Basti pensare al fallimento della prescrizione di eroina. Bisognerebbe reprimere più severamente il consumo illegale di droga e perseguire una politica orientata alla disintossicazione.

3 **Commento dei singoli articoli**

3.1 **Struttura della legge**

La struttura generale della LStup è conservata. I capitoli della LStup sono riorganizzati e in parte provvisti di un nuovo titolo. Le nuove disposizioni figurano negli articoli 1 e 1a e nel capitolo 1a, che definisce i tre pilastri (prevenzione, terapia e riduzione dei danni) e le misure di coordinamento, di ricerca, di formazione e di garanzia della qualità. Le regolamentazioni dettagliate concernenti i compiti di esecuzione della Confederazione e dei Cantoni sono contenute nel capitolo 5. Il capitolo intitolato «Ufficio centrale» è abrogato e integrato nella nuova sezione «Compiti della Confederazione».

3.1.1 **Scopo e oggetto (art. 1) (nuovo)**

Finora, la LStup non conteneva alcun articolo sugli scopi generali. Anche se non si tratta di una necessità giuridica, sembra opportuno formulare gli scopi perseguiti dalla LStup all'inizio della legge. Questi scopi, di pari importanza, devono essere conciliati nella misura del possibile.

L'articolo sugli scopi evidenzia l'approccio globale alla base della nuova LStup in materia di salute individuale e di salute pubblica. Occorre prevenire per quanto possibile il consumo di stupefacenti e di sostanze psicotrope e stabilire l'astinenza come principio di base nello scopo di cui al capoverso 1. Questo approccio è incentrato inoltre sulle turbe legate alla dipendenza che non solo rappresentano una minaccia per la salute dell'individuo, ma possono avere anche conseguenze per la società (salute pubblica, ordine pubblico e sicurezza, economia). L'approccio globale chiarisce l'interpretazione che è alla base del principio dei quattro pilastri e della politica svizzera in materia di droga. Uno studio comparativo²¹, svolto in 19 Paesi,

²¹ «Gli interventi pubblici nazionali in materia di abuso di sostanze e di dipendenza: un confronto internazionale», Frank Zobel, Tatjana Ramstein, Sophie Arnaud, Istituto universitario di medicina sociale e preventiva, Losanna, marzo 2004.

sugli interventi nazionali in materia di abuso di sostanze e di dipendenze mostra che l'approccio globale è caratteristico delle politiche attuate in questi Paesi.

Il capoverso 1 esprime gli scopi generali e le idee fondamentali del progetto di legge: prevenire il consumo di stupefacenti e di sostanze psicotrope promuovendo l'astinenza (lett. a), proteggere dagli effetti nocivi per la salute e sotto il profilo sociale provocati da turbe della psiche e del comportamento legati alla dipendenza (lett. b), preservare l'ordine pubblico e la sicurezza e lottare contro gli atti criminali (lett. c).

La nozione di astinenza ha principalmente lo scopo in questo contesto di prevenire un primo consumo di stupefacenti e di sostanze psicotrope. Analogamente, i provvedimenti che rientrano nell'ambito della terapia e della riduzione dei danni devono essere volti a consentire una vita senza droga (cfr. a questo proposito anche l'art. 3d cpv. 2).

Il presente progetto di revisione rinuncia a una definizione generale della nozione di sostanze che provocano dipendenza; introduce invece il termine di turbe legate alla dipendenza in particolare per quanto concerne i tre pilastri (prevenzione, terapia e riduzione dei danni) ma anche misure da prendere in materia di coordinamento, di ricerca, di formazione e di garanzia della qualità (cfr. cap. 1a LStup). Questa nozione deriva dalla Classificazione internazionale delle malattie (ICD-10), dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)²² dell'ONU. L'ICD è diventata il riferimento internazionale in materia di diagnosi. Questa classificazione è utilizzata in molti settori inerenti all'epidemiologia e per molti compiti amministrativi. Basti menzionare le analisi dello stato di salute di determinate categorie della popolazione, la sorveglianza dell'incidenza e della prevalenza²³ di alcune malattie e altri problemi sanitari in relazione con altre variabili come le caratteristiche o l'ambiente delle persone interessate. La definizione della dipendenza grave, che corrisponde ai criteri di ammissione dei pazienti alla prescrizione medica di eroina, e di fatto già ripresa dall'ICD-10²⁴.

Si rinuncia volontariamente in questo settore alla nozione di malattia, dal momento che le turbe legate alla dipendenza danno luogo a molti quadri clinici in relazione all'uso di sostanze che provocano dipendenza. Queste turbe possono svilupparsi qualunque sia la sostanza, il suo statuto giuridico e la facilità con la quale si può procurarsela, indipendentemente dalla prescrizione medica o dal policonsumo.

Il capoverso 2 definisce le misure per raggiungere gli scopi stabiliti nel capoverso 1. La lotta contro le conseguenze delle turbe legate alla dipendenza ha ora un valore uguale al controllo degli stupefacenti, dei precursori e dei coadiuvanti chimici. Nei casi in cui le conseguenze delle turbe legate alla dipendenza non possono essere evitate, occorre trattarle.

²² L'edizione originale inglese è stata pubblicata nel 1993 dall'OMS con il titolo «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision», Ginevra, OMS, vol. 2, 1993.

²³ *Prevalenza*: numero di persone colpite da una certa malattia a un preciso momento e in una determinata popolazione. *Incidenza*: numero di nuovi casi relativi a una malattia precisa in una popolazione su un periodo determinato.

²⁴ L'ordinanza dell'8 marzo 1999 concernente la prescrizione medica di eroina (RS 812.121.6) definisce nell'articolo 2 capoverso 3 la nozione di persona gravemente dipendente dall'eroina sulla base dell'ICD-10.

3.1.2 Principe dei quattro pilastri (art. 1a) (nuovo)

Capoverso 1: la legge definisce il principio dei quattro pilastri, alla base della strategia nazionale per ridurre i problemi legati alla droga in Svizzera. Questi quattro pilastri sono la prevenzione, la terapia e il reinserimento, la riduzione dei danni e l'aiuto alla sopravvivenza, il controllo e la repressione. Il capitolo 1a comprende le disposizioni relative ad ognuno di questi pilastri, tranne il controllo e la repressione che sono disciplinati come sinora nei capitoli 3 e 4. Per quanto concerne la repressione, molti settori sono regolamentati in altre leggi, per esempio nella legge federale del 7 ottobre 1994 sugli Uffici centrali di polizia giudiziaria della Confederazione, che autorizza la Confederazione a gestire un ufficio centrale di lotta contro il crimine organizzato, o nel Codice penale (disposizioni penali sul riciclaggio di denaro e sul crimine organizzato).

Capoverso 2: questa disposizione indica l'importanza accordata dalla LStup alla protezione generale della salute, dei giovani e alla prevenzione.

3.1.3 Rapporto con la legge sugli agenti terapeutici (art. 1b) (nuovo)

Questa disposizione corrisponde all'articolo 2 capoverso 1^{bis} LStup attuale²⁵.

3.1.4 Definizioni (art. 2)

La maggior parte delle disposizioni che figurano nell'articolo 2 della legge in vigore sono state abrogate o riprese nei compiti della Confederazione e dei Cantoni. Questi ultimi rimangono competenti del controllo degli stupefacenti presso i professionisti della sanità, gli istituti ospedalieri e altri istituti sanitari. Il controllo degli stupefacenti a livello federale è in gran parte assicurato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici.

Le definizioni riprendono in sostanza gli articoli 1 e 3 della legge in vigore, ma sono meglio strutturate e più comprensibili. Come nella legge in vigore, si basano sulla terminologia delle convenzioni internazionali.

Capoverso 1 lettera a: questo principio corrisponde all'articolo 1 capoverso 1 della legge in vigore. La canapa (ottenuta naturalmente) è considerata come uno stupeficante, conformemente alla Convenzione unica del 1961 sugli stupefacenti²⁶.

Capoverso 1 lettera b: questo principio corrisponde all'articolo 1 capoverso 3 della legge in vigore e definisce le sostanze psicotrope.

Capoverso 1 lettera c e d: le nozioni di sostanze e di preparati sono ora definite nella legge e costituiscono il quadro legale per l'allestimento degli elenchi di stupefacenti, sostanze psicotrope e precursori.

²⁵ Cfr. messaggio concernente una legge federale sui medicinali e i dispositivi medici, FF 1999 2959, segnatamente n. 22.11.04 pag. 3070 seg.

²⁶ RS 0.812.121.0 (art. 1 cpv. 1 lett. b e j, in combinato disposto con la tavola I).

Uno stupefacente pronto per l'uso è un prodotto che può essere utilizzato immediatamente, in una qualsiasi forma, costituito da una miscela di sostanze o da una soluzione che comprende una o più sostanze.

Capoverso 1 lettere e e f: la definizione di precursori, formulata finora nell'articolo 3 dell'ordinanza sui precursori²⁷, figura ora nella legge. Quest'ultima integra inoltre una definizione dei coadiuvanti chimici. Questi prodotti, che possono per esempio essere reagenti o solventi, sono utilizzati nella fabbricazione di stupefacenti e di sostanze psicotrope.

Il capoverso 1bis può essere abrogato, dal momento che l'articolo è stato sostituito e corrisponde ora all'articolo 1b.

3.1.5 Elenco (art. 2a)

Sinora, l'elenco delle materie prime e dei prodotti era allestito dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, dal momento che si voleva poter agire rapidamente alla comparsa di qualsiasi nuova sostanza. Ora il Dipartimento federale dell'interno (DFI) è incaricato di allestire in un'ordinanza gli elenchi degli stupefacenti, delle sostanze psicotrope, dei precursori e dei coadiuvanti chimici. Questo trasferimento di competenze si giustifica nella misura in cui l'iscrizione di una sostanza in un simile elenco comporta conseguenze importanti e una decisione di questo tipo deve ora essere legittimata a livello dipartimentale. La rapidità delle reazioni legislative non ne patirà, dal momento che il DFI segue di principio le raccomandazioni delle organizzazioni internazionali competenti.

La legge sugli agenti terapeutici attribuisce inoltre, nel settore degli stupefacenti, compiti legali sia all'Ufficio federale della sanità pubblica sia all'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici. È quindi opportuno che il DFI svolga il ruolo di autorità di vigilanza comune per le due organizzazioni, allestendo gli elenchi e stabilendo l'entità dell'intervento statale in base agli stupefacenti.

3.1.6 Regolamentazione applicabile alle sostanze psicotrope (art. 2b) (nuovo)

Le sostanze psicotrope sono equiparate agli stupefacenti come nella legislazione attuale, in particolare per quanto concerne le disposizioni penali. L'articolo 19 si applica per esempio anche a chi vende sostanze psicotrope senza esservi autorizzato. Le conseguenze penali dipendono dalla classificazione della sostanza psicotropa interessata negli elenchi corrispondenti del Dipartimento federale dell'interno²⁸.

²⁷ Ordinanza sui precursori e altre sostanze chimiche utilizzate per la fabbricazione di stupefacenti e sostanze psicotrope (ordinanza sui precursori, OPrec; RS **812.121.3**).

²⁸ Cfr. DTF **124 IV 286** segg., in particolare consid. 1.

3.1.7 Precursori e coadiuvanti chimici (art. 3)

Capoverso 1: esclusi i primi due periodi, che sono stati abrogati dal momento che i precursori e i coadiuvanti chimici sono già definiti nell'articolo 2 capoverso 1 lettere e e f, questo capoverso rimane invariato.

Capoverso 3: questo capoverso è abrogato dal momento che l'allestimento di un elenco di precursori è già delegato al Dipartimento conformemente all'articolo 2a.

3.1.8 Laboratorio di riferimento (art. 3a)

Questo articolo è stato spostato e inglobato nell'articolo 29c capoverso 1.

3.1.9 Capitolo 1a (nuovo): Prevenzione, terapia e riduzione dei danni

3.1.9.1 Sezione 1: Prevenzione (art. 3b)

3.1.9.1.1 Ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (art. 3b)

Sinora, la prevenzione consisteva solo nell'impedire il primo consumo di stupefacenti. Oggi, questa nozione si estende anche alla prevenzione dei problemi sanitari e sociali legati al consumo di droga, integrando anche i congiunti e l'ambiente della persona interessata. La prevenzione classica è così completata con strategie di promozione della salute. Invece di limitarsi ai danni, queste strategie intendono valorizzare le potenzialità e le risorse personali (in particolare l'autostima, la rete di relazioni, gli interessi, le competenze sociali). Gli interventi hanno luogo a livello dell'ambiente nel quale la persona si muove, vale a dire la scuola, il posto di lavoro, il comune di domicilio, la famiglia o il quartiere urbano. Per quanto concerne la persona interessata, i fattori di protezione essenziali sono la socializzazione, la fiducia in sé, il controllo delle pulsioni e la gestione della pressione del gruppo.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute come un insieme complesso di elementi biologici, psicologici, sociali, culturali ed economici, che pongono l'accento sulla competenza di ciascuno di regolare la sua salute e il suo benessere. La promozione della salute e la prevenzione intendono sviluppare questa competenza.

Gli specialisti della prevenzione orientano la loro azione sempre più tenendo conto del triangolo «individuo – ambiente – droga» e non delle diverse sostanze. L'OMS e gli specialisti raccomandano di considerare il consumo di droga con un comportamento a rischio e non come un problema già patologico. Si distinguono tre livelli secondo la loro intensità: il consumo, l'abuso e la dipendenza (*use, abuse e dependency*). Questa distinzione è utile per la prevenzione.

Se la prevenzione dovesse limitarsi esclusivamente a evitare i primi contatti con la droga, pianterebbe in asso molti giovani. In effetti, si osserva un aumento dei giovani che consumano sostanze che provocano dipendenza, in particolare alcol, tabacco e canapa. Non si delinea un'inversione di tendenza.

La prevenzione persegue tre obiettivi:

- dissuadere gli individui, soprattutto i bambini e gli adolescenti, dal consumare sostanze che provocano dipendenza;
- evitare i problemi e gli effetti negativi di questo consumo sia per l'individuo sia per la collettività;
- impedire l'evoluzione pericolosa di questo consumo verso l'abuso e la dipendenza.

Capoverso 1: questo capoverso riprende in sostanza il vecchio articolo 15a capoverso 1. Per i motivi indicati in precedenza, la nozione di abuso di stupefacenti è stata ampliata alle turbe legate alla dipendenza. Questa disposizione si rivolge a tutti, quindi anche agli adulti, e persegue una riduzione di qualsiasi dipendenza e abuso in questo settore. La prevenzione deve tuttavia tener conto maggiormente dei bisogni specifici dei giovani, conformemente al nuovo articolo 1a capoverso 2 LStup. La priorità della prevenzione è quindi rivolta ai bambini e agli adolescenti; consiste essenzialmente nel rafforzare le competenze sociali, migliorare l'integrazione sociale, aumentare il livello delle qualifiche scolastiche e professionali e sensibilizzare l'individuo sulla sua salute. Rientra quindi nell'approccio globale perseguito in materia di politica sanitaria. Provvedimenti specifici per ogni sostanza, che perseguono in particolare un'informazione obiettiva, completano il quadro.

Questo capoverso dà ai Cantoni un mandato di informazione e di consulenza. I provvedimenti da prendere a livello istituzionale (scuole, centri per il tempo libero, istituti educativi ecc.) spettano in primo luogo ai Cantoni e ai Comuni.

La Confederazione assicura la messa in rete e gli scambi di esperienze tra le offerte (p. es. mediante i programmi «educazione e salute – rete svizzera» e supra-f [programma di ricerca sulla prevenzione delle dipendenze]), coordina le strategie e attua provvedimenti a livello nazionale (cfr. spiegazioni relative all'art. 3i).

I Cantoni sono tenuti, come nella LStup in vigore, a creare gli istituti e le condizioni quadro necessarie per l'attuazione delle misure di prevenzione. Possono inoltre sostenere istituti privati che rispondono ai criteri di qualità richiesti. Questo principio fa riferimento alle raccomandazioni relative alla garanzia della qualità menzionate nell'articolo 3l (cfr. spiegazioni relative a questo articolo).

Capoverso 2: dal 1991, la Confederazione non solo ha sostenuto attivamente la prevenzione generale delle dipendenze, ma ha anche lanciato a diverse riprese programmi di prevenzione, dimostrando concretamente quel che può fare in termini di informazione e di sensibilizzazione a livello nazionale. Le iniziative della Confederazione beneficeranno di una migliore base legale.

3.1.9.1.2 Facoltà di segnalazione (art. 3c)

Questo articolo riprende in sostanza l'articolo 15 della legge in vigore. La possibilità di segnalare i casi di turbe legate alla dipendenza deve consentire la segnalazione precoce delle persone già vittime o minacciate di queste turbe. Questa disposizione consente di prendere i provvedimenti eventualmente necessari sin dall'inizio del consumo di sostanze che provocano dipendenza, prima ancora di essere in presenza

di una dipendenza accertata²⁹. La facoltà di segnalare le turbe legate alla dipendenza è quindi uno strumento di prevenzione. La disposizione attuale esiste già dal 1975; sinora, consentiva unicamente alle autorità pubbliche (p. es. autorità di perseguimento penale), ai medici e farmacisti di segnalare ai consultori professionali gli abusi di stupefacenti legati a un rischio considerevole per i pazienti. Questa regolamentazione è stata ampliata per due motivi:

- non solo le autorità pubbliche e i professionisti sanitari (medici e farmacisti), ma anche i professionisti nel settore dell'educazione (p. es. insegnanti, psicologi scolastici, assistenti sociali che lavorano in un ambiente scolastico), del settore sociale (p. es. assistenti sociali), della giustizia (p. es. tribunali e magistrature dei minorenni) e della polizia potranno ora segnalare i casi alle istituzioni di cura o aiuto sociale, senza per questo entrare in conflitto con il loro segreto professionale o con la legislazione sulla protezione dei dati. Questo ampliamento si giustifica perché le persone particolarmente esposte attirano l'attenzione di questi professionisti molto prima che le autorità pubbliche, i medici e i farmacisti si rendano conto della loro situazione. Attualmente, si interviene spesso troppo tardi. In particolare nel caso degli adolescenti, si interviene spesso quando sono già socialmente emarginati o hanno già commesso infrazioni alla legge (LStup, LCStr ecc.). La soglia di intervento deve essere più bassa per i giovani che per gli adulti. Una situazione a rischio deve essere considerata più rapidamente come grave se si tratta di adolescenti;
- la segnalazione non deve riguardare solo gli abusi di stupefacenti, ma tutti i casi gravi di persone esposte alla dipendenza. Sono considerati gravi i casi che rispondono alle tre condizioni stabilite nell'articolo 3c (turbe legate alla dipendenza o rischi di turbe; pericolo considerevole per la persona interessata, per i suoi congiunti o per la collettività; necessità di prendere misure professionali secondo il parere dei professionisti). Queste tre condizioni devono essere soddisfatte simultaneamente affinché la segnalazione sia autorizzata.

L'autorizzazione di segnalare casi gravi è indipendente dall'obbligo di denuncia secondo il diritto penale. Intende stabilire una collaborazione diretta tra questi gruppi professionali e le istituzioni di cura o aiuto sociale competenti. La collaborazione esistente già attualmente tra i servizi sociali, la polizia e le autorità penali – per esempio a Basilea e a Zurigo, dove assistenti sociali fanno parte delle pattuglie di polizia – è così sostenuta da una migliore base legale.

Capoverso 1: questo capoverso stabilisce il principio della facoltà di segnalazione e costituisce la base legale in virtù della quale i dati personali possono essere trasmessi alle istituzioni di cura o aiuto sociale competenti. Questa facoltà non deve diventare una prassi di denuncia. È quindi legata a condizioni severe: solo professionisti in diretta relazione con la persona interessata nell'ambito della loro attività professionale sono autorizzati a segnalare il caso. Essi devono privilegiare il bene della persona; inoltre, il caso segnalato deve veramente necessitare di una diagnosi o di una misura pedagogica o terapeutica. Non appena ricevono una segnalazione, le istituzioni di cura o aiuto sociale competenti possono valutare in modo professionale se occorre prendere un provvedimento e, se del caso, quale sia il più opportuno.

²⁹ Messaggio del 9 maggio 1973 del Consiglio federale concernente una modificazione della legge federale sugli stupefacenti (FF 1973 I 1106).

Capoverso 2: questo capoverso stabilisce che le autorità pubbliche e i professionisti che segnalano un caso di cui al capoverso 1 devono informare i rappresentanti legali (vale a dire, nella maggioranza dei casi, i genitori) se la persona interessata ha meno di 18 anni. Dal momento che il Codice civile³⁰ non prevede l'obbligo di avvisare terzi, si è dovuto inserire questa disposizione nella LStup per garantire che i genitori siano messi al corrente se le autorità pubbliche o professionisti segnalano il loro figlio alle istituzioni assistenziali.

Solo se occorre proteggere la personalità del figlio, per esempio a causa del suo stato di salute o se si teme una reazione violenta dei genitori o dei rappresentanti legali, si potrà rinunciare a informarli.

Capoverso 3: questo capoverso garantisce che i Cantoni designino le istituzioni qualificate di cura o aiuto sociale.

Capoverso 4: questo capoverso corrisponde all'articolo 15 capoverso 2 della legge in vigore e sottopone tutte le istituzioni di cura o aiuto sociale (e non solo le autorità come nell'articolo 15 capoverso 2 della legge in vigore) al segreto d'ufficio e al segreto professionale. Questi organismi non possono quindi trasmettere dati a terzi.

Capoverso 5: questo capoverso corrisponde all'articolo 15 capoverso 3 della legge in vigore. L'eventuale obbligo cantonale di denunciare le infrazioni è ora sospeso per tutti i professionisti di cui al capoverso 1.

3.1.9.2 Sezione 2: Terapia e reinserimento

3.1.9.2.1 Assistenza e cure (art. 3d)

La terapia ha come obiettivo l'uscita dalla dipendenza (astinenza), la promozione della salute fisica e psichica e l'integrazione sociale delle persone dipendenti. Occorre sviluppare una scelta di terapie per poter raggiungere il maggior numero di tossicomani possibili. Per terapie si intendono le misure seguenti:

Terapie residenziali: queste terapie sono effettuate in centri di disintossicazione, istituti di transizione e nell'ambito dei programmi di reinserimento. Una parte degli istituti terapeutici offrono programmi di cura che durano almeno 12 mesi. Gli istituti di transizione offrono terapie che vanno da un anno a sei mesi. Queste terapie servono a stabilizzare la disintossicazione fisica e a preparare il reinserimento.

Cure e assistenza ambulatoriali: si tratta di servizi di assistenza ambulatoriale a tossicomani. Alcuni sono specializzati nel settore degli stupefacenti, altri si occupano di tutta la gamma dei problemi di dipendenza. Queste istituzioni aiutano gli interessati a trovare una cura residenziale e possono anche assumere cure successive.

Cure sostitutive (cfr. anche capitolo successivo): le persone dipendenti devono poter beneficiare anche di cure mediche che consentano di ridurre il consumo illegale di stupefacenti e evitare la propagazione dell'HIV, dell'epatite e di altre infezioni. Concretamente, si tratta in primo luogo di cure basate sulla prescrizione di metadone o di eroina. Le cure con metadone possono essere effettuati sia in istituti residenziali sia nell'ambito di cure ambulatoriali. La prescrizione medica di eroina è riservata ai tossicomani gravi ed è offerta solo da servizi adeguati.

Misure di reinserimento: il reinserimento sociale e professionale delle persone colpite da turbe legate alla dipendenza comprende cure psicosociali o mediche e misure assistenziali.

Le terapie e le misure di reinserimento sono rivolte a diversi gruppi (per esempio giovani o donne). Gli obiettivi di cura devono essere stabiliti in modo realistico rispetto alle possibilità delle persone interessate. Di conseguenza, la terapia e il reinserimento devono essere basati sul fenomeno di dipendenza nel suo insieme, e non sulla dipendenza nei confronti di una sostanza particolare. È questo il solo sistema per affrontare il problema delle miscele di droghe e della politossicomania.

In Svizzera, esiste già un'offerta abbastanza sviluppata in materia di cure residenziali e ambulatoriali. Questa offerta deve corrispondere alla domanda, considerando non solo gli aspetti legati alla dipendenza, ma anche quelli relativi all'emarginazione sociale, alla situazione in materia di alloggio, alla disoccupazione, all'indebitamento e alle competenze sociali.

Capoverso 1: questo capoverso riprende essenzialmente l'attuale articolo 15a capoverso 2. I Cantoni hanno l'obbligo di designare le istituzioni necessarie per assistere le persone che presentano turbe legate alla dipendenza e per l'aiuto al reinserimento professionale e sociale, ma possono anche sostenere istituzioni private che rispondono ai criteri di qualità richiesti, come per la prevenzione (cfr. art. 3b).

Capoverso 2: questo capoverso sottolinea ancora una volta che lo scopo perseguito dalle terapie e dalle misure di reinserimento è di migliorare lo stato fisico o mentale e l'integrazione sociale delle persone che soffrono di turbe legate alla dipendenza e di incoraggiarle sulla via dell'astinenza.

Capoverso 3: la responsabilità delle terapie e delle misure di reinserimento spetta ai Cantoni, che statuiscono quindi anche sul loro finanziamento. Il Consiglio federale deve tuttavia avere la possibilità di intervenire, non solo come coordinatore a livello delle esigenze di qualità che le terapie e le misure di reinserimento devono soddisfare. Deve poter anche, dopo aver sentito i Cantoni, formulare raccomandazioni concernenti il finanziamento di queste terapie, tenuto conto delle diverse fonti di finanziamento, comprese le assicurazioni sociali.

Tenuto conto della ripartizione delle competenze, la Confederazione può provvedere attivamente alla ripartizione equa dei costi tra i Cantoni.

Minoranza (Teuscher, Fasel)

Art. 3d cpv. 3

Il finanziamento delle terapie della dipendenza e delle misure di reinserimento deve essere armonizzato a livello nazionale. Semplici raccomandazioni della Confederazione non bastano: sono necessarie prescrizioni imperative.

3.1.9.2.2 **Cure basate sulla prescrizione di stupefacenti (art. 3e)**

Lo scopo di qualsiasi cura è l'astinenza a lungo termine. Questo scopo vale anche per le terapie sostitutive.

La prescrizione e la fornitura di stupefacenti deve rispettare le regole riconosciute delle scienze mediche e farmaceutiche, perché altrimenti si è in presenza di un'azione punibile secondo l'articolo 20 capoverso 1 lettera d del progetto. Questo vale non solo per le terapie sostitutive, ma per tutte le prescrizioni mediche di stupefacenti, anche nella cura di altre malattie. Per il rimanente, sono applicabili le disposizioni della legge sugli agenti terapeutici.

Se è destinata alla cura di persone dipendenti, la prescrizione medica di stupefacenti è tuttavia sottoposta a un regime particolare di autorizzazione, che costituisce l'oggetto del presente articolo. Questo regime si applica a tutte le terapie sostitutive che ricorrono ad agonisti oppiacei, vale a dire essenzialmente alla prescrizione medica di metadone, buprenorfina ed eroina.

Capoverso 1: questo capoverso corrisponde all'articolo 15a capoverso 5 dalla legge in vigore.

Capoverso 2: secondo le esperienze fatte in materia di prescrizione medica, l'aumentato impegno della Confederazione per alcune cure sostitutive ha, in generale, avuto effetti positivi in molti settori. La maggioranza dei medici cantonali chiedono alla Confederazione uno sforzo supplementare nel settore delle terapie sostitutive, in particolare a livello di valutazione e di ricerca di nuovi prodotti sostitutivi³¹. La ricerca di nuove sostanze e la valutazione delle cure richiedono un'uniformazione minima delle condizioni quadro. Occorre quindi dare il Consiglio federale la competenza, se necessario dopo aver sentito i Cantoni, di definire queste condizioni quadro mediante ordinanza.

Capoverso 3: tenuto conto dell'importanza politica di questa misura, le condizioni quadro e i criteri di ammissione alla prescrizione medica di eroina continuano a essere stabiliti dal Consiglio federale. L'ordinanza corrispondente tiene conto da un lato dei risultati degli esperimenti effettuati nel settore della prescrizione medica di stupefacenti e, dall'altro, dei risultati ottenuti nell'ambito del decreto federale del 9 ottobre 1998 concernente la prescrizione medica di eroina. Rispetto al decreto federale e all'ordinanza, le disposizioni relative alla concessione dell'autorizzazione alle istituzioni e ai pazienti rimangono invariate.

La prescrizione medica di eroina ha lo scopo di garantire l'integrazione terapeutica e sociale della persona interessata, di migliorare la sua salute fisica e psichica, di ridurre il rischio di infezione e di trasmissione dell'HIV e delle epatiti e di istituire condizioni che consentano a lungo termine la disintossicazione dagli oppiacei.

La prescrizione medica di eroina rimarrà, come è il caso secondo il decreto federale in vigore, una terapia per le persone gravemente dipendenti che

- hanno compiuto 18 anni;
- sono eroinomani da almeno due anni;

³¹ Cfr. rapporto sul metadone (3^a edizione) della Commissione federale degli stupefacenti, gruppo di lavoro «Metadone» della Sottocommissione «Droga», UFSP, dicembre 1995; pag. 36 segg.

- hanno effettuato almeno due tentativi di cura seguendo una terapia riconosciuta residenziale o ambulatoriale, o il cui stato di salute non consente un'altra forma di cura;
- presentano deficit medici, psicologici o sociali dovuti al consumo di droghe.

Questi criteri non saranno più definiti nella legge, ma nell'ordinanza federale corrispondente. In questo modo sarà possibile maggiore flessibilità se l'esperienza a lungo termine o conoscenze più sviluppate richiedono un adeguamento. Il Consiglio federale potrà così reagire ai problemi che gli vengono presentati nell'ambito dei rapporti annuali su queste cure e trarre le dovute conseguenze a livello legislativo. Questa soluzione è applicata anche agli altri programmi sostitutivi, per i quali il Consiglio federale può definire condizioni quadro (compresi i criteri di ammissione). Le condizioni di base sono tuttavia elencate nella LStup (cpv. 3 lett. a-c), come è il caso attualmente.

La decisione di offrire cure basate sulla prescrizione medica di eroina rimarrà di competenza dei Cantoni, dal momento che le istituzioni di cura sono sotto la responsabilità dei Cantoni.

Per garantire il controllo qualitativo delle cure basate sulla prescrizione medica di eroina e il controllo globale delle cure con eroina, il Consiglio federale deve poter emanare disposizioni e controllare lo svolgimento delle cure (lett. c).

Minoranza (Dunant, Borer, Bortoluzzi, Müri, Reymond, Ruey, Scherer)

Art. 3e cpv. 3

La prescrizione medica di eroina non ha raggiunto il suo obiettivo perché gli eroinomani interessati continuano a rimanere prigionieri della loro tossicodipendenza invece di uscirne. Inoltre, il consumo di cocaina e di droghe sintetiche è attualmente molto più diffuso di quello dell'eroina. Di conseguenza, occorre abolire la prescrizione medica di eroina.

3.1.9.2.3 Trattamento dei dati (art. 3f)

È indispensabile che le autorità e le istituzioni di cura o aiuto sociale siano autorizzate, a fini di controllo, a trattare i dati personali generali, in particolare i dati sensibili e i profili di personalità concernenti gli interessati. Devono inoltre essere segnalati alle autorità cantonali competenti i dati personali che consentano loro per esempio di procedere al controllo di un programma di metadone in corso. La presente disposizione si applica anche al trattamento dei dati ottenuti nell'ambito della cura basata sulla prescrizione di eroina. Risponde alle esigenze in materia di protezione dei dati.

3.1.9.3

Sezione 3: Riduzione dei danni e aiuto alla sopravvivenza

3.1.9.3.1

Compiti dei Cantoni (art. 3g)

Alla metà degli anni Ottanta e all'inizio degli anni Novanta in Svizzera si è constatato che l'aiuto offerto ai tossicodipendenti giungeva solo a una minima parte di essi, cioè a quella che sceglieva la via dell'astinenza. Era il tempo delle cosiddette «scene aperte della droga». Molti consumatori si trovavano allora in uno stato di degrado fisico e psichico, ma anche sociale, senza contare che erano sempre più numerose le persone contaminate dal virus dell'HIV. Anche i decessi per overdose raggiunsero un triste primato. Per ridurre i danni furono fondate le prime istituzioni di aiuto alla sopravvivenza, che imponevano condizioni di accesso meno restrittive. Si trattava semplicemente di luoghi gestiti da personale professionista e accessibili incondizionatamente ai tossicodipendenti.

Per una parte degli interessati, per lo più giovani, la tossicodipendenza rappresenta un periodo esistenziale difficile. Per altri invece è una malattia, la cui cura può durare molti anni. La riduzione dei danni non si prefigge dunque esclusivamente l'astinenza immediata.

I provvedimenti in materia di riduzione dei danni e di aiuto alla sopravvivenza si prefiggono di ridurre i rischi e i danni sanitari e sociali della tossicomania. Le persone affette da turbe legate alla dipendenza devono poter essere seguite e assistite sin dall'inizio della dipendenza in modo da ridurre il più possibile questa fase e da superarla in buone condizioni e senza cadere nella miseria e nell'emarginazione sociale. I provvedimenti adottati a tale scopo dovrebbero contribuire ad aumentare le opportunità di disintossicazione. Essi comprendono sia le offerte mediche volte a ridurre i danni (prevenzione dell'HIV e di altre infezioni, centri di accoglienza con o senza locali di iniezione, distributori automatici di siringhe, ambulatori medici, prevenzione dell'HIV e dell'epatite durante l'esecuzione della pena ecc.) sia le offerte di assistenza sociale (lavoro sociale, strutture di contatto e di accoglienza a bassa soglia, pasti caldi, dormitori di emergenza, strutture diurne, offerte per il tempo libero, programmi occupazionali ecc.).

La LStup in vigore non contempla alcuna disposizione sulla riduzione dei danni e l'aiuto alla sopravvivenza.

Per motivi di coerenza è necessario stabilire un disciplinamento analogo a quello della terapia. In tale contesto si rileva inoltre che i Cantoni, conformemente alla legge sulle epidemie, sono tenuti a prendere provvedimenti per lottare contro le malattie trasmissibili (art. 11 della legge del 18 dicembre 1970³² sulle epidemie), per esempio per impedire la trasmissione dell'HIV (distribuzione di siringhe sterili). Per analogia con le disposizioni relative alla prevenzione e alla terapia, i Cantoni possono sostenere, nell'ambito della riduzione dei danni, le istituzioni private che soddisfano i requisiti di qualità.

Articolo 3g capoverso 2 (nuovo)

Questa disposizione incarica il personale delle istituzioni menzionate nel presente articolo di impedire qualsiasi commercio di droghe nei loro locali.

3.1.9.3.2 Messa in pericolo della circolazione (art. 3h)

Si fa riferimento al vecchio articolo 15a capoverso 6 che finora si limitava a un obbligo di notificazione dei tossicodipendenti.

Conformemente al messaggio del 1973³³, di fronte al pericolo di pregiudicare la circolazione i servizi hanno l'obbligo di informare su ogni singolo caso le autorità federali e cantonali competenti per il traffico. A dipendenza del singolo caso, le autorità competenti possono essere i servizi federali o cantonali come l'Ufficio federale dei trasporti, l'Ufficio federale dell'aviazione civile, gli uffici cantonali della circolazione. L'articolo 14 capoverso 4 della legge federale sulla circolazione stradale³⁴ contempla inoltre un'autorizzazione di notificazione per i medici che, durante la cura dei loro pazienti, stabiliscono la loro inadeguatezza a guidare in modo sicuro veicoli a motore a causa di malattie fisiche o psichiche o di infermità oppure a causa di dipendenze.

Guidare sotto l'effetto di droghe è considerata un'infrazione grave che comporta il ritiro della patente per almeno tre mesi. Per quanto riguarda le sostanze più frequenti e più pericolose riscontrate nei conducenti, fra le quali il tetraidrocannabinolo (THC), il Consiglio federale ha decretato la tolleranza zero³⁵. La polizia, se constata che l'assunzione di sostanze stupefacenti e/o di medicinali pregiudica la capacità di guidare, può sottoporre l'utente della strada a un test rapido. In caso di risultato positivo, sono ordinati una prova del sangue, un esame medico e un'analisi chimica e tossicologica. Se è rilevato un tasso di almeno 1,5 microgrammi/litro di THC o una concentrazione di 15 microgrammi/litro di eroina, morfina, cocaina e/o droghe sintetiche (p. es. ecstasy), l'interessato è considerato dalla legge inabile alla guida.

³³ Cfr. messaggio del 9 maggio 1973 concernente una modificazione della legge federale sugli stupefacenti (FF 1973 I 1106 segg.).

³⁴ RS 741.01

³⁵ Instaurare la «tolleranza zero» non significa rinunciare a fissare un valore limite, poiché il risultato di una misurazione è sempre legato a un certo margine di incertezza (es. errori di origine tecnica, fattori di disturbo nel sangue, degradazione nel tempo degli analiti ecc.). In base alle esperienze acquisite nel corso delle prove effettuate a partire dal 1995, il margine di errore è stato fissato al 30 % del valore misurato per le sostanze stupefacenti di cui all'articolo 2 capoverso 2 dell'ordinanza del 13 novembre 1962 sulle norme della circolazione stradale (ONC; RS 741.11, RU 2004 2851). Esso garantisce che il valore della grandezza misurata si situi con una probabilità del 95 % nel margine indicato. Se il valore di THC misurato è uguale o superiore a 1,5 microgrammi per litro di sangue, non vi sono dubbi che il campione di sangue della persona sospetta contenga effettivamente THC. Se il valore misurato è inferiore a questo limite, il risultato dell'analisi tossicologica forense non è sufficiente a far scattare la condanna. In questo caso deve essere allestita una perizia sulla base del modello a tre pilastri già oggi praticato (osservazioni della polizia, risultati della visita medica, risultato dell'analisi tossicologica forense). Si può avere una condanna solamente se il perito giunge alla conclusione che, nonostante una concentrazione di sostanza stupefacente nel sangue inferiore al valore limite, la persona sospetta era inabile alla guida nel momento giuridicamente rilevante.

3.1.9.4

Sezione 4: Coordinamento, ricerca, formazione e garanzia della qualità

La pianificazione e il coordinamento dei provvedimenti in materia di prevenzione e di lotta contro la droga incombono principalmente ai Cantoni. Tuttavia, la Confederazione continuerà, in base alla competenza costituzionale attribuitale dall'articolo 118 Cost., a sostenere e aiutare i Cantoni nel coordinamento dei settori della prevenzione, della terapia e della riduzione dei danni e a definire i criteri in materia di formazione e perfezionamento degli specialisti e in materia di qualità delle diverse offerte di aiuto. Essa promuove inoltre la ricerca scientifica delle tendenze, delle cause e dei provvedimenti in questo settore.

3.1.9.4.1

Prestazioni di servizio fornite dalla Confederazione (art. 3i)

Capoverso 1: la Confederazione sostiene i Cantoni coordinando le misure di prevenzione cantonali e provvede allo scambio d'informazioni e alla cooperazione tra le organizzazioni cantonali, comunali e private. Mette a disposizione know-how tecnico, organizza incontri per lo scambio di opinioni e di esperienze ed emana raccomandazioni per garantire la qualità dell'offerta. Ciò corrisponde all'attuale articolo 15c capoverso 3 in quanto la Confederazione può continuare a versare sussidi ai Cantoni e alle organizzazioni private per l'esecuzione della legge. Si mantiene in tal modo la base legale che dà alla Confederazione la possibilità di offrire il suo sostegno finanziario, senza tuttavia sancire alcun obbligo di sovvenzionamento. I singoli provvedimenti devono poter essere sostenuti mediante sussidi entro i limiti attuali.

Già attualmente, la Confederazione ha assunto una funzione di coordinamento anche nell'ambito dell'offerta di terapie stazionarie, in collaborazione con le Conferenze dei direttori cantonali degli affari sociali e della sanità pubblica, mediante un'analisi delle offerte e l'istituzione di un ufficio di coordinamento. Tale funzione va sviluppata e consolidata per tutte le terapie e le offerte di reinserimento. È così emerso che in taluni Cantoni l'offerta di determinate cure è ampia, mentre in altri l'offerta è carente; inoltre, per determinati gruppi bersaglio come gli adolescenti e le donne le lacune nell'offerta sono sempre marcate. Ciò dimostra che un migliore coordinamento e una gestione dell'offerta con il sostegno della Confederazione soddisfano un bisogno. Per gestione dell'offerta s'intendono anche una corrispondente politica d'informazione e controlli della qualità.

Anche nel settore della riduzione dei danni, un obiettivo consiste nel colmare le lacune esistenti nell'ambito dell'offerta. Un coordinamento da parte della Confederazione è inoltre auspicabile poiché vi sono enormi differenze a livello cantonale e regionale, soprattutto per quanto concerne l'offerta nel settore a bassa soglia (es. locali di accoglienza con possibilità di iniezioni). Tra i servizi della Confederazione citiamo il coordinamento dell'offerta nell'ambito della riduzione dei danni e dell'aiuto alla sopravvivenza o l'uniformazione delle offerte di materiale sterile per iniezioni (flashbox).

Capoverso 2: questa disposizione dovrebbe sancire legalmente la possibilità per la Confederazione di adottare di propria iniziativa provvedimenti complementari, nonché la possibilità di trasferire determinati compiti a organizzazioni private. Occorre soprattutto che la Confederazione, dopo aver sentito i Cantoni, possa dare impulsi per progetti nuovi e innovativi, per esempio applicare nuove conoscenze scientifiche o lanciare progetti pilota.

3.1.9.4.2 Promozione della ricerca (art. 3j)

Il presente articolo sulla promozione della ricerca scientifica corrisponde sostanzialmente al vigente articolo 5c capoversi 1 e 2. Dovrebbe garantire la possibilità di elaborare basi scientifiche per il riconoscimento delle tendenze, delle cause e delle conseguenze, nonché per la verifica dell'efficacia dei provvedimenti adottati nel quadro attuale.

3.1.9.4.3 Formazione e perfezionamento (art. 3k)

Le persone che operano in questo settore devono essere in possesso di una formazione specifica per garantire un aiuto efficace in caso di dipendenza. La formazione del personale specializzato nella cura di persone dipendenti, sancito nella LStup, ha contribuito notevolmente al successo della politica dei quattro pilastri. Se si intende mantenere quanto è stato finora raggiunto, è indispensabile che la Confederazione finanzia lo sviluppo e l'introduzione di cicli di perfezionamento specifici del settore. Sebbene i problemi legati alla dipendenza causino oneri considerevoli alla collettività, i bisogni complessivi in materia di offerta di aiuto ai tossicomani sono minimi se paragonati ad altri settori che fanno parte della sanità pubblica. L'introduzione di un perfezionamento in questo settore si rivela dunque troppo onerosa per i Cantoni di piccole dimensioni. Il sostegno della Confederazione consente di creare sinergie e di garantire, su tutto il territorio, un aiuto efficace, con spese minime, alle persone dipendenti.

L'aggiornamento è incluso nel termine di «perfezionamento» e dunque non è precisato nel presente articolo. Del resto, la legge federale del 13 dicembre 2002³⁶ sulla formazione professionale (LFPr) specifica solo i termini «formazione» e «perfezionamento».

La promozione della formazione e del perfezionamento menzionati nel presente articolo è sancita nelle leggi federali specifiche del settore, ossia la legge sulla formazione professionale (LFPr)³⁷, la legge del 6 ottobre 1995 sulle scuole universitarie professionali (LSUP)³⁸ e la legge dell'8 ottobre 1999 sull'aiuto alle università (LAU)³⁹.

³⁶ RS 412.10

³⁷ RS 412.10

³⁸ RS 414.71

³⁹ RS 414.20

Articolo 3k

Nei settori della prevenzione, della terapia e del reinserimento, nonché della riduzione dei danni e dell'aiuto alla sopravvivenza la formazione e il perfezionamento rientrano nella competenza dei Cantoni, che possiedono le conoscenze necessarie. Non vi è alcun motivo che giustifichi l'impegno della Confederazione in questo settore e l'assunzione da parte sua di una funzione d'incitamento. Affidare nuove competenze alla Confederazione è dunque inutile e contrario alla nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC).

**3.1.9.4.4 Raccomandazioni relative alla garanzia della qualità
(art. 3/)**

Vincere la dipendenza o aiutare altri a uscirne costituisce una grande sfida. Il personale delle prime strutture di aiuto, nella maggior parte dei casi istituite da privati, ha dimostrato un grande impegno. Tuttavia, in mancanza di norme di garanzia della qualità riconosciute, la qualità dell'aiuto fornito poteva variare notevolmente a seconda dei casi, ossia dal punto di vista dell'efficacia, dell'economicità o dell'etica. Grazie al sostegno fornito dalla Confederazione nel settore della garanzia della qualità, la Svizzera dispone attualmente di una rete molto diversificata di aiuto ai tossicomani, che ha dimostrato la sua efficacia. Se si intende preservare il livello qualitativo raggiunto, è imperativo che la Confederazione porti avanti il suo impegno, tanto più che con la crescente pressione al risparmio il rischio di peggiorare la qualità aumenta, pregiudicando a sua volta l'efficacia dell'aiuto alle persone dipendenti e causando costi supplementari per la collettività.

**3.1.10 Capitolo 2:
Fabbricazione, fornitura, acquisto e uso
di stupefacenti**

Articolo 4 capoverso 1: poiché in base alla definizione dell'articolo 2 capoverso 1 lettera c le materie prime quali le piante e i funghi possono essere designate direttamente come stupefacenti, l'aggiunta «per estrarne stupefacenti» risulta superflua e può quindi essere semplicemente stralciata.

Articolo 5 capoverso 1: il termine «permesso» è sostituito con quello oggi usuale di «autorizzazione» e la terminologia dell'ordinanza sugli stupefacenti del 29 maggio 1996⁴⁰ (OStup) è adeguata.

Articolo 6 capoverso 1: cfr. considerazioni relative all'articolo 4 capoverso 1. In merito alla coltivazione di piante per estrarne stupefacenti, la limitazione alle piante contenenti alcaloidi è stata stralciata, tenuto conto della definizione dell'articolo 2 capoverso 1 lettera c.

3.1.10.1 Materie prime e prodotti con effetti simili agli stupefacenti (art. 7)

Come per l'articolo 2a, che assegna al Dipartimento federale dell'interno (DFI) la nuova competenza di allestire l'elenco degli stupefacenti, delle sostanze psicotrope, dei precursori e dei coadiuvanti chimici, anche per le materie prime e i prodotti con effetti simili agli stupefacenti questa competenza viene ora trasferita dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici al DFI. Conformemente al capoverso 2, l'Istituto esaminerà se queste materie prime e questi prodotti devono essere classificati come stupefacenti, sostanze psicotrope oppure precursori.

La decisione relativa a una simile classificazione o non classificazione compete tuttavia al DFI. Fino a quel momento, queste materie prime e questi prodotti possono essere fabbricati, importati ed esportati, depositati, usati o posti in commercio unicamente con l'autorizzazione del DFI.

L'esperienza maturata con nuove materie prime e nuovi prodotti presenti sulla scena della droga, che possono generare dipendenza e/o avere effetti psicotropi, anestetici o allucinogeni ma non sono ancora classificati come stupefacenti (p. es. l'anfetamina come la 2,4,6-trimetossianfetamina, TMA 6) o sono difficili da classificare (come le sostanze da sniffare), mostra che questo disciplinamento rappresenta un provvedimento collaterale irrinunciabile per potere meglio tenere lontano dal mercato svizzero della droga nuove e a volte pericolose sostanze non utilizzabili a scopo medico, che non sono classificate negli elenchi internazionali di stupefacenti e i cui effetti e le cui conseguenze non sono ancora stati sufficientemente chiariti. Questo provvedimento interessa i fabbricanti e i commercianti, mentre i consumatori di tali sostanze non sono punibili conformemente all'articolo 19a numero 1, poiché esse sono considerate soltanto materie prime o prodotti con effetti simili agli stupefacenti.

3.1.10.2 Stupefacenti vietati (art. 8)

L'articolo 8 disciplina stupefacenti e sostanze psicotrope particolari, la cui utilità medica è ritenuta minima oppure che non sono state sufficientemente oggetto di ricerca scientifica. Visto l'alto rischio di abuso e l'enorme attrazione esercitata sul mercato nero, il legislatore le ha dichiarate sostanze vietate perché fondamentalmente non idonee a essere prescritte o commerciate. Il progetto sancisce la prassi seguita finora dall'Ufficio federale della sanità pubblica di concedere deroghe a questo divieto e unifica le corrispondenti condizioni per queste sostanze (cfr. spiegazioni relative al cpv. 5).

Capoverso 1 lettera d: l'aggiunta «per estrarne stupefacenti» relativa alla canapa può essere stralciata. Con il diritto vigente la dimostrazione di tale scopo ha creato problemi alle autorità preposte al perseguimento penale. Conformemente all'articolo 2 capoverso 1, che definisce fra l'altro gli stupefacenti, e all'articolo 2a in base al quale il DFI deve allestire un elenco, sarà disciplinato chiaramente il momento in cui la canapa dovrà essere considerata uno stupefacente.

L'attuale LStup non prevede un'applicazione medica limitata, ad esempio, di «canapa per estrarne stupefacenti» o di hashish. Nel 1975, il legislatore ha ritenuto non significativo il valore medico-terapeutico della canapa. I più recenti risultati della

ricerca scientifica hanno mostrato invece che la somministrazione di medicinali a base di canapa fabbricati in modo naturale per determinate indicazioni⁴¹ può senz'altro essere presa in considerazione. Il presente progetto consentirà dunque di ricorrere agli stupefacenti, con un'autorizzazione eccezionale dell'UFSP, per un'applicazione medica limitata (cfr. spiegazioni relative al cpv. 5) e nel contempo di sottoporre una sostanza al regime dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici applicabile ai medicinali a partire dal momento in cui lo stupefacente è usato come principio attivo in un medicamento omologato dall'Istituto.

Il *capoverso 5* ammette così fondamentalmente la possibilità di accordare autorizzazioni eccezionali per l'applicazione medica limitata di tutte le sostanze vietate, compresa la canapa. Ne dovrebbero beneficiare soprattutto i malati di sclerosi multipla, di cancro e di AIDS.

Lettera a: devono essere rispettati i presupposti relativi alla Buona prassi di fabbricazione, alla dispensazione di medicinali non omologati, alla Buona prassi di laboratorio e alla Buona prassi delle sperimentazioni cliniche, validi per tutti i medicinali.

Lettera b: devono inoltre essere considerati i principi e le raccomandazioni di carattere etico. Trattandosi di sostanze non registrate (poiché vietate) occorre tenere conto dei principi etici sia nell'ambito della ricerca clinica (valutazione da parte di una commissione etica) sia in occasione di un'applicazione medica limitata (informazione del paziente e consenso scritto; le possibilità terapeutiche alternative esistenti sono esaurite, non disponibili o non equivalenti; altre sostanze sono state impiegate senza successo per ottenere lo scopo terapeutico perseguito, l'autonomia del paziente è palesemente più ampia grazie alla prescrizione della sostanza).

Lettera c: la prescrizione deve inoltre essere conforme alle convenzioni internazionali. Questa premessa è già sancita nel vigente articolo 8 capoverso 5.

Capoverso 6: è inoltre fondamentalmente ammessa la possibilità di accordare autorizzazioni eccezionali per tutte le sostanze vietate, compresa la canapa, per le misure di lotta contro gli stupefacenti. Si pensi in particolare all'impiego di cani antidroga.

I capoversi 7 e 8 possono essere stralciati poiché le cure basate sulla prescrizione di eroina sono ora disciplinate nell'articolo 3e capoverso 3. L'eroina rimane tuttavia una sostanza vietata, come nella vigente LStup, in virtù del capoverso 1 lettera b.

Articolo 8a: questa disposizione è stata ripresa nell'articolo 3f.

⁴¹ Ad esempio per alleviare il dolore, stimolare l'appetito, come antiemetici, contro dolori, nausea, perdita dell'appetito e sentimenti di paura nei malati di cancro o di AIDS dopo una chemioterapia. Questi effetti terapeutici sono ottenuti più efficacemente mediante l'uso di THC: in base alle attuali conoscenze non sono ancora chiari però gli effetti della marijuana fumata che contiene THC ma comporta comunque effetti collaterali indesiderati.

3.1.10.3 Utilizzazione di stupefacenti registrati come medicinali per indicazioni non ammesse (art. 11 cpv. 1^{bis})

La presente disposizione disciplina il cosiddetto «*off-label use*», cioè l'utilizzazione di stupefacenti registrati come medicinali per indicazioni, posologie e somministrazioni non ammesse. Si possono citare per esempio le benzodiazepine (come il Valium®), che sono autorizzate per gli adulti come sedativi e come medicinali contro l'epilessia. L'utilizzazione di tali sostanze per la cura di determinate turbe psichiche nei bambini (come l'ansia) costituisce un'utilizzazione non conforme (*off-label use*), la cui responsabilità incombe al medico curante.

Con questa nuova disposizione si vuole ottenere un quadro d'insieme della prassi seguita in materia di prescrizioni da parte del personale medico autorizzato nei settori nei quali non si può ancora parlare di norme riconosciute dalle scienze mediche, al fine di evitare possibili abusi. Essa prevede dunque che i medici e i veterinari notificano alle autorità cantonali competenti tali utilizzazioni non conformi. Qualora, sulla base delle notifiche di consegna previste dall'articolo 57 OStup, l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici constatasse un inconsueto acquisto di stupefacenti, l'autorità cantonale competente può raccogliere ulteriori informazioni sull'utilizzazione direttamente presso l'acquirente. In caso di utilizzazione sulla base dell'indicazione ammessa, la prescrizione conforme può essere verificata; nel caso di *off-label use* la presente disposizione consente di raccogliere ulteriori informazioni e di chiarire i relativi rischi. La libertà terapeutica del personale medico non è limitata eccessivamente da quest'obbligo di notificazione e di informazione.

3.1.10.4 Sezione 3a: Organizzazione e autorità (art. 14a)

Per addestrate i cani antidroga e prepararli a intervenire, i corpi di polizia cantonali, gli organi doganali e il Corpo delle guardie di confine devono poter utilizzare sia stupefacenti vietati sia stupefacenti non vietati. Per quanto concerne gli *stupefacenti vietati* di cui all'articolo 8 LStup, l'UFSP può accordare autorizzazioni eccezionali in virtù del vigente articolo 8 capoverso 5 LStup (e dell'art. 8 cpv. 6 del presente progetto di revisione). Attualmente, una ventina di documenti di questo tipo, che hanno una durata di validità di due anni, autorizzano l'uso di eroina, ecstasy, pillole thaï, marijuana e hashish per l'addestramento dei cani.

Per quanto concerne gli *stupefacenti non vietati*, soltanto il personale sanitario autorizzato a esercitare la professione sotto la propria responsabilità può procurarseli, detenerli, usarli o dispensarli (art. 9 cpv. 1 LStup). Infatti, il personale sanitario che non è abilitato a esercitare la professione sotto la propria responsabilità necessita di un'autorizzazione speciale dell'autorità cantonale competente per tali attività. Il presente progetto propone di istituire la base legale che consente ai corpi di polizia cantonali, agli organi doganali e al Corpo delle guardie di confine di ottenere un'autorizzazione per utilizzare stupefacenti non vietati per l'addestramento dei propri cani affinché gli organi di sicurezza interessati non siano più perseguibili penalmente e costretti in seguito a far valere il diritto di funzione come motivo di giustificazione per legittimare l'utilizzazione di stupefacenti non vietati (p. es. cocaina). Questa novità non comporta costi amministrativi supplementari per i

Cantoni, poiché si presume che i rispettivi corpi di polizia presentino una nuova domanda solo ogni due anni.

La rubrica della sezione 3a deve pertanto essere completata: è ora intitolata «Organizzazione e autorità», poiché non concerne più soltanto le organizzazioni nazionali e internazionali come nel diritto vigente.

3.1.10.5 Privazione della libertà a scopo di assistenza

Articolo 15b vigente: questo articolo può essere stralciato poiché ha soltanto un carattere declamatorio. La privazione della libertà a scopo di assistenza per persone tossicodipendenti conformemente agli articoli 397a e seguenti del Codice civile continua ad essere applicabile, se nel caso singolo le condizioni dell'articolo 379a del Codice civile sono adempite. Si dovrebbe ricorrere tuttavia alla privazione della libertà a scopo di assistenza soltanto come *ultima ratio*. Come già menzionato nel rapporto Schild⁴², le condizioni quadro a livello istituzionale devono essere migliorate, ossia occorre approntare una rete di offerta di aiuti che consenta di reagire rapidamente alle segnalazioni di situazioni a rischio e d'altro canto occorre predisporre istituti supplementari adeguati dove attuare la privazione della libertà a scopo di assistenza. A tal fine non occorrono nuovi disciplinamenti legislativi della suddetta privazione di libertà, bensì un adeguamento della prassi.

3.1.10.6 Obbligo di notificazione per ogni fornitura di stupefacenti (art. 16 cpv. 1)

Capoverso 1: l'obbligo di notificazione all'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici per ogni fornitura di stupefacenti corrisponde alla realtà attuale. L'annuncio avviene mediante una notificazione all'Istituto. Il termine «bollettino di consegna» è sostituito con la formulazione «notificazione separata» per tenere conto anche della trasmissione elettronica dei dati. La modifica precisa inoltre che solo la fornitura di stupefacenti da parte di persone che esercitano una professione sanitaria direttamente ai loro pazienti è esclusa dall'obbligo di notificazione.

Capoverso 2: può essere abrogato poiché l'obbligo di notificazione è stato integrato nel capoverso 1.

3.1.10.7 Obbligo di rendiconto per le aziende e le persone titolari di un'autorizzazione per la coltivazione, la fabbricazione e la preparazione di stupefacenti (art. 17 cpv. 3)

Come per l'articolo 4 capoverso 1, anche in questo caso si deve rinunciare a limitare la coltivazione di piante da alcaloidi o di canapa per estrarne stupefacenti, perché difficilmente praticabile: con la definizione dell'articolo 2 capoverso 1 devono

⁴² Rapporto della Commissione peritale per la revisione della legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti, Ufficio federale della sanità pubblica, febbraio 1996, pag. 42 segg. e 70.

essere designate esattamente le materie prime che valgono già di per sé come stupefacenti. Se da determinate materie prime vengono fabbricati stupefacenti, dovrebbero essere considerate come precursori e sottoposte a un controllo corrispondente. L'attuale testo non è in sintonia con la sistematica delle sostanze in vigore.

Le ditte e le persone titolari di un'autorizzazione per la coltivazione, la fabbricazione e la preparazione di stupefacenti devono inoltre informare annualmente l'Istituto in merito all'estensione della superficie coltivata nonché al tipo e al quantitativo di stupefacenti estratti, fabbricati e preparati. La notificazione trimestrale praticata attualmente causa spese inutili alle imprese interessate e all'Amministrazione senza tuttavia costituire una sicurezza supplementare.

3.1.11 Capitolo 4: Disposizioni penali

3.1.11.1 Fattispecie di fondo (art. 19 cpv. 1)

La fattispecie di fondo è stata rielaborata dal profilo terminologico e meglio strutturata. Il contenuto ha subito le seguenti modifiche:

Lettera a: le piante da alcaloidi e la canapa non devono più essere menzionate separatamente, poiché la definizione di che cosa s'intende per stupefacenti è formulata sulla base dell'articolo 2 capoverso 1 lettera c. Non occorre più nemmeno dimostrare che la coltivazione è effettuata per estrarre stupefacenti. Nella prassi, un tale obiettivo era difficile da dimostrare da parte delle autorità preposte al perseguimento penale e ostacolava il perseguimento penale soprattutto da parte della polizia.

Lettera e: d'ora innanzi non si parla più di «traffico» bensì di commercio illegale, in sintonia con l'attuale giurisprudenza (DTF 121 IV 293) e con la terminologia delle altre versioni. Per intermediazione s'intende ogni attività che consente operazioni finanziarie connesse con il commercio della droga (DTF 115 IV 263 segg.). Preciando che si tratta solo del commercio illegale, si limita a tale commercio anche l'intermediazione.

Lettera g: nonostante la critica formulata dalla dottrina, la fattispecie del «fare preparativi» è mantenuta, poiché nella prassi una fattispecie conformemente alle lettere a-f spesso non può essere provata e può risultare difficoltoso dimostrare il tentativo. Proprio in occasione di processi penali lunghi e complicati l'imputato può essere giudicato spesso soltanto sulla base degli atti preparatori. Contrariamente al diritto vigente, per ragioni di tecnica legislativa, gli atti preparatori sono inseriti dopo l'elenco delle singole fattispecie di cui alle lettere a-f poiché ad esse si riferiscono.

3.1.11.2 «Casi gravi» (art. 19 cpv. 2)

Lo scopo della qualifica dei casi cosiddetti gravi è di colpire più severamente gli spacciatori del mercato nero della droga che non sono tossicodipendenti e che senza ritengo traggono profitto a scapito della salute dei loro clienti.

- *Lettera a:* questa qualifica corrisponde per lo più al diritto vigente; si è tuttavia rinunciato al quantitativo acquistato poiché la quantità da sola non dovrebbe costituire il criterio di pericolosità per la salute delle sostanze. Anche

i seguenti rischi devono fra l'altro essere presi in considerazione: rischio di un dosaggio eccessivo, modalità d'uso problematica o consumo di miscele.

- *Lettera b*: il criterio della continuità è stato inserito per corrispondere al termine di «appartenenza a una banda» conformemente all'articolo 139 numero 3 CP. Dal profilo materiale ciò non comporta alcuna modifica della prassi vigente.
- *Lettera c*: la precisazione concernente la grossa cifra d'affari e il guadagno considerevole è stata mantenuta. Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, una cifra d'affari può essere considerata grossa a partire da 100 000 franchi⁴³ ai sensi della legge. Un guadagno è ritenuto considerevole a partire da 10 000 franchi⁴⁴.
- *Lettera d*: fornire, vendere o procurare stupefacenti in istituti scolastici o nelle immediate vicinanze costituisce un caso grave se l'azione è commessa per mestiere. È competenza del giudice interpretare la definizione di «istituto di formazione» e soprattutto di «immediate vicinanze». È chiaro tuttavia che per istituti di formazione si intendono le scuole che formano principalmente scolari minorenni e non, per esempio, le università. Questa fattispecie fa riferimento innanzitutto alla vendita regolare di stupefacenti a minorenni nelle scuole da parte di spacciatori di droga. Precisando che, per essere considerato un caso grave, deve trattarsi di un'azione esercitata per mestiere, si evita che chiunque vende stupefacenti in un istituto di formazione rientri in questa disposizione. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, agisce per mestiere chiunque agisce a titolo professionale ai sensi del Codice penale. Nella LStup, questa definizione è già contemplata nell'articolo 19 capoverso 2 lettera c (caso grave causato da traffico per mestiere e realizzazione di una grossa cifra d'affari o di un guadagno considerevole).

Come già previsto dal diritto vigente, in un caso grave la pena detentiva può essere cumulata con una pena pecuniaria fino a un milione di franchi.

3.1.11.3 Attenuazione della pena (art. 19 cpv. 3) (nuovo)

Lettera a: beneficia di un'attenuante chi compie preparativi, dal momento la violazione della legge non è ancora stata compiuta (cfr. le disposizioni penali relative agli atti preparatori punibili ai sensi dell'art. 260^{bis} CP).

Lettera b: un'ulteriore attenuante è concessa ai piccoli trafficanti tossicodipendenti, poiché l'articolo 19 capoverso 2 si riferisce ai trafficanti non tossicodipendenti che ottengono guadagni sul mercato della droga. Per beneficiare di questa attenuante l'autore dev'essere tossicodipendente (e non semplicemente consumatore, come p. es. i trafficanti di cocaina che sono anche consumatori; per la distinzione tra consumatore e tossicodipendente si rinvia alla classificazione ICD-10 dell'OMS) e il suo spaccio deve servire unicamente a finanziare il proprio consumo di stupefacenti.

⁴³ DTF 129 IV 188, consid. 3

⁴⁴ DTF 129 IV 253

3.1.11.4 Soppressione della commissione per negligenza

Per i seguenti motivi non è più prevista la commissione per negligenza (art. 19 n. 3 LStup vigente):

- nella prassi, questo capoverso è applicato solo raramente (da 4 a 36 condanne all'anno dal 1993 al 2003⁴⁵) considerato che le infrazioni di cui al capoverso 1 costituiscono reati di messa in pericolo astratta e che un eventuale dolo basta per stabilire l'intenzionalità;
- nessuna dottrina giuridica giustifica l'estensione della punibilità;
- gli accordi internazionali non prevedono il perseguimento penale di infrazioni commesse per negligenza.

3.1.11.5 Reati commessi all'estero (art. 19 cpv. 4)

Il principio dell'universalità espresso dall'articolo 19 numero 4 attualmente in vigore, enunciato in senso generale anche dall'articolo 6^{bis} del Codice penale (introdotto mediante la LF del 17 marzo 1982 ed entrato in vigore il 1° luglio 1983), è adeguato alla situazione giuridica attuale. L'articolo 6^{bis} del Codice penale essendo inserito in una *lex specialis*, prevale sull'articolo 19 capoverso 5 (DTF 116 IV 246 segg.). Si è dunque scelto di riprendere la formulazione dell'articolo 6^{bis} capoverso 1 del Codice penale e di dichiarare applicabile il suo numero 2.

3.1.11.6 Protezione dei minori (art. 19a¹)

Questo articolo si basa sul vigente articolo 136 CP, secondo il quale chi somministra a una persona minore di 16 anni, o le mette a disposizione per il consumo, bevande alcoliche o altre sostanze in quantità pericolose per la salute, o stupefacenti, è punito con una pena detentiva o con una pena pecuniaria.

L'articolo citato non si è praticamente mai tradotto in pratica. Rispetto al tenore dell'articolo 136 CP la pena è resa più severa (detenzione e multa). Il limite di età è inoltre fissato a 18 anni (finora: 16 anni), ossia in base a questa disposizione è punibile chiunque, senza indicazione medica, offre, fornisce o procura in altro modo stupefacenti a una persona di età inferiore ai 18 anni. La responsabilizzazione degli adulti è così messa sullo stesso piano della protezione di terzi contro gli effetti nocivi del consumo di droghe e della repressione di chi fornisce droghe a minori.

L'articolo 136 CP sarà dunque applicato in futuro soltanto alle altre sostanze (cfr. spiegazioni relative alla modifica del diritto in vigore, n. 3.1.13.1).

⁴⁵ Cifre concernenti le condanne in seguito a infrazioni alla LStup, Ufficio federale di statistica, Statistica delle condanne penali, 2004.

Minoranza
(Maury Pasquier, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker, Teuscher, Vermot)

Art. 19a¹

Il limite di età stabilito dall'articolo 136 CP vigente non ha finora dato luogo a problemi particolari. Non vi è dunque motivo di innalzare il limite di età connesso all'aggravamento della pena.

3.1.11.7 Punibilità della consegna a giovani (art. 19b)

L'articolo 19b LStup vigente prevede che chiunque prepara stupefacenti soltanto per il proprio consumo o consegna gratuitamente stupefacenti per renderne possibile il simultaneo consumo in comune, non è punibile se si tratta di esigue quantità. Il consumo rimane invece comunque punibile.

Per fare in modo che la consegna di stupefacenti a giovani di meno di 18 anni rimanga comunque punibile, bisogna modificare l'articolo 19b. Occorre menzionare esplicitamente nella legge che questo articolo è applicabile soltanto se gli stupefacenti sono consegnati gratuitamente a persone di età superiore ai 18 anni. Questa precisazione si rende indispensabile per due ragioni:

finora era chiaro che la consegna di stupefacenti a giovani di età inferiore ai 16 anni era punibile in ogni caso in virtù dell'articolo 136 CP prevalendo quest'ultimo, in qualità di *lex specialis*, sull'articolo 19b LStup. Il presente progetto prevede invece di stralciare gli stupefacenti dall'articolo 136 CP per inserirli nell'articolo 19a¹ (fissando un nuovo limite di età a 18 anni);

Considerato che l'articolo 19b succede, dal punto di vista della sistematica, all'articolo 19a¹, esso prevale su quest'ultimo, a meno che il suo tenore non lo escluda espressamente.

Minoranza (Fehr Jacqueline, Fasel, Goll, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Rossini, Schenker, Teuscher, Vermot)

Art. 19b

La consegna di un'esigua quantità di stupefacenti per renderne possibile il simultaneo consumo in comune non è punibile secondo la LStup in vigore. Considerato che tale disciplinamento non ha finora causato problemi particolari, non vi sarebbe motivo di introdurre una fattispecie supplementare. In tal modo si fisserebbero infatti false priorità nel perseguimento delle infrazioni alla legge sugli stupefacenti.

3.1.11.8 Fattispecie particolari (art. 20–22)

Articolo 20: Il quadro penale è stato adeguato all'articolo 19. Nulla giustifica il fatto che una persona che esercita una professione medica benefici di un trattamento privilegiato e di un'attenuazione della pena in un caso grave. È punito con la pena detentiva o con la pena pecuniaria chiunque commercia con materie prime e prodotti con effetti simili agli stupefacenti senza la specifica autorizzazione (lett. c). La definizione di caso grave è inoltre adeguata al tenore dell'articolo 19 capoverso 2.

Capoverso 3: è soppressa la commissione per negligenza, analogamente all'articolo 19.

Articolo 21: questo adeguamento è una precisazione e la conseguenza logica dell'obbligo di notificazione previsto dagli articoli 11 capoverso 1^{bis}, 16 e 17 capoverso 1. L'articolo è inoltre stato reimpostato secondo il modello delle disposizioni penali che lo precedono: dapprima la sanzione e poi le fattispecie penali. La fissazione di un limite massimo della pena a due anni è inusuale; tale limite viene dunque soppresso nel senso di un'unificazione delle sanzioni: è dunque applicato il limite abituale di tre anni. Decade dunque il trattamento privilegiato finora vigente.

Articolo 22: l'attuale articolo 22 costituisce una fattispecie generale, una sorta di norma penale in bianco, intesa a sanzionare in particolare le infrazioni alle norme amministrative del diritto di esecuzione della LStup. La punibilità non risulta dalla norma penale stessa, bensì dalla sua combinazione con altre disposizioni legali. Questa circostanza è stata criticata a più riprese nella dottrina⁴⁶. La presente proposta tiene conto di tali critiche: le infrazioni sono elencate nelle lettere a-c; secondo la lettera d, le violazioni delle disposizioni d'applicazione possono essere dichiarate punibili direttamente negli atti normativi corrispondenti. Questa soluzione è analoga a quella adottata nella legge sugli agenti terapeutici (cfr. art. 87 LATer).

Articolo 24 capoverso 2: questo capoverso corrisponde all'articolo 33 della legge vigente.

Il contenuto dell'articolo 27 corrisponde all'articolo 27 vigente. Sono stati aggiornati i riferimenti agli atti normativi ivi citati.

3.1.11.9 Esecuzione del perseguimento penale (art. 28 e 28a)

Articolo 28: corrisponde al capoverso 1 vigente.

Secondo il capoverso 3, le sentenze cantonali devono essere comunicate al Ministero pubblico della Confederazione nei casi gravi di cui all'articolo 19 capoverso 2 se l'accusa ha chiesto una pena detentiva senza sospensione condizionale. Occorre far riferimento alla domanda dell'accusa, potendo così essere inclusi anche i casi in cui l'accusa ha chiesto una sentenza ai sensi del capoverso 2 mentre il tribunale ritiene che si tratti di un caso non qualificato ai sensi del capoverso 1; proprio in questi casi si pone la questione del ricorso alle vie legali.

Articolo 28a: gli articoli 20–22 contengono in gran parte fattispecie penali molto specifiche, per la cui istruzione sono necessarie conoscenze specialistiche non indifferenti. Considerato che l'elaborazione e l'applicazione di prescrizioni nell'ambito della procedura di autorizzazione avviene essenzialmente a livello federale, l'autorità federale competente deve anche sorvegliarne l'osservanza e, all'occorrenza, avviare una procedura penale. L'articolo 28a prescrive dunque che l'autorità federale (l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici) è competente di perseguire e giudicare le contravvenzioni e i delitti la cui esecuzione è di competenza della Confederazione. Grazie alle sue conoscenze specialistiche, l'autorità federale sarà meglio adeguata ad accertare le circostanze del caso. Un compito di questo tipo costituirebbe infatti un onere temporale e oggettivo eccessivo per le autorità cantonali di perse-

⁴⁶ Cfr. Noll, *Rivista penale svizzera*, 1957, 366 segg.

guimento penale, comportando il rischio che queste infrazioni rimangano eventualmente impunte. L'applicazione della procedura penale amministrativa presenta inoltre il vantaggio di poter liquidare le piccole infrazioni in modo semplice, rapido ed economico. Parallelamente al perseguimento penale, l'autorità federale riceve il mandato di eseguire l'istruttoria e di emanare il decreto penale o la decisione penale. Se tuttavia ricorrono gli estremi per infliggere una pena o per ordinare una misura privativa della libertà, il giudizio spetta al tribunale (art. 21 cpv. 1 DPA)

Chiunque è colpito da una decisione penale può inoltre chiedere di essere giudicato da un tribunale (art. 72 cpv. 1 DPA).

Nell'ambito della competenza cantonale in materia di esecuzione, per contro, il perseguimento penale è affidato ai Cantoni.

Questa soluzione corrisponde peraltro al disciplinamento previsto nella legge sugli agenti terapeutici, garantendo così la coerenza tra LStup e LATer.

3.1.12 Capitolo 5: Compiti dei Cantoni e della Confederazione

I compiti attribuiti alla Confederazione e ai Cantoni nella LStup non erano finora riuniti in un solo capitolo, bensì distribuiti in tutta la legge. Essi sono ora riassunti nel capitolo 5: nella sezione 1 sono elencati i compiti della Confederazione e nella sezione 2 i compiti dei Cantoni.

3.1.12.1 Sezione 1: Compiti della Confederazione (art. 29 à 29c)

Articolo 29: il capoverso 1 stabilisce il principio dell'alta vigilanza della Confederazione sull'esecuzione della legge, attualmente contenuto nell'articolo 2 capoverso 2 numero 1 per quanto concerne il controllo all'interno del Paese. Questa alta vigilanza della Confederazione ha lo scopo di assicurare che i Cantoni adempiano gli obblighi loro assegnati per legge. Essa comprende competenze extragiudiziali quali l'autorizzazione a chiedere rapporti ai Cantoni o a ordinare ispezioni⁴⁷.

Il *capoverso 2* stabilisce il principio della coordinazione e della cooperazione tra Confederazione e Cantoni, coinvolgendo anche le organizzazioni direttamente interessate quali i Comuni o le istituzioni. Questo articolo rispecchia l'articolo 44 Cost., secondo il quale Confederazione e Cantoni devono collaborare e aiutarsi reciprocamente nell'adempimento dei loro compiti.

Esso stabilisce la base legale per il coinvolgimento o il sostegno di consessi specializzati esistenti che riuniscono rappresentanti dei quattro pilastri e dei livelli federale, cantonale e comunale, assieme a ricerca e prassi.

Capoverso 3: analogamente all'articolo 30 capoverso 1, questa disposizione costituisce la base legale per la nomina di una commissione di esperti. Attualmente, questa funzione è assicurata dalla Commissione federale per le questioni relative alla

⁴⁷ Cfr. a questo proposito il parere del 10 novembre 1998 dell'Ufficio federale di giustizia, pubblicato in «Giurisprudenza delle autorità amministrative della Confederazione», GAAC 64.24.

droga (CFQD), la quale offre consulenza al governo svizzero nelle questioni legate alle dipendenze ed è composta di 14 membri.

Articolo 29a capoverso 1: il primo periodo di questo capoverso si basa sull'articolo 170 Cost., il quale esige che l'efficacia dei provvedimenti della Confederazione sia sottoposta a verifica, la quale può essere esplicitata mediante un'autovalutazione, una valutazione effettuata da un servizio specializzato interno all'ufficio interessato o l'affidamento di un mandato in tal senso a terzi. La valutazione dovrà distinguere tra le valutazioni correnti dei provvedimenti nell'ambito della prevenzione, della terapia e della riduzione dei danni, da un lato, e la valutazione riferita a un periodo limitato volta a stabilire gli effetti della revisione legale, dall'altro.

L'Ufficio federale della sanità pubblica ha già provveduto a verificare l'efficacia e l'economicità di singole disposizioni della LStup. Le cure basate sulla prescrizione di eroina, per esempio, sono dapprima state avviate come esperimento clinico, per poi superare con successo la fase di analisi scientifica, la quale ha dato origine al relativo decreto federale urgente. In vista della revisione del 2001, sono pure state esaminate scientificamente l'efficacia e le conseguenze della penalizzazione del consumo di stupefacenti. Al fine di disporre di basi scientifiche su cui fondare la futura politica svizzera in materia di dipendenze, l'Ufficio federale della sanità pubblica deve poter continuare a valutare sistematicamente anche gli effetti dei provvedimenti adottati in virtù della presente legge. Sono fatte salve le disposizioni della legge del 9 ottobre 1992⁴⁸ sulla statistica federale e dell'ordinanza del 30 giugno 1993⁴⁹ sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

I dati raccolti dall'Ufficio federale della sanità pubblica possono essere trasmessi in forma anonima all'Ufficio federale di statistica per la pubblicazione. È esclusa l'identificazione di qualsiasi persona. L'UFSP può tuttavia procedere autonomamente alla valutazione dei dati o affidarla a terzi.

Il rapporto del DFI al Consiglio federale si giustifica considerata l'importanza dell'oggetto.

Capoverso 3: questo capoverso corrisponde all'articolo 15c capoverso 3, secondo periodo, della legge vigente. Essendo l'Ufficio federale della sanità pubblica incaricato di gestire un centro di documentazione, informazione e coordinamento, viene menzionato esplicitamente.

Capoverso 4: corrisponde all'articolo 32 vigente.

Articolo 29b: il capoverso 1 è stato riformulato, ma corrisponde in sostanza all'articolo 29 capoverso 1 vigente.

L'articolo 29c capoverso 1 corrisponde sostanzialmente all'articolo 3a vigente. I rinvii agli articoli sono stati adattati di conseguenza. La novità è costituita dall'ultimo periodo, il quale prescrive che il laboratorio nazionale di riferimento promuove progetti sperimentali per il controllo delle droghe in occasione di manifestazioni pubbliche. Si pensa in particolare alle grandi manifestazioni frequentate essenzialmente da giovani, in occasione delle quali è noto il consumo di pastiglie di ecstasy e di droghe sintetiche. A fini di prevenzione, occorre fare in modo che tali pastiglie possano essere analizzate sul luogo della manifestazione consentendo di conoscerne la composizione e d'informare i potenziali consumatori di droghe sintetiche sui

⁴⁸ RS 431.01

⁴⁹ RS 431.012.1

rischi ai quali si espongono. Questi progetti devono essere svolti in collaborazione con i Cantoni.

Il *capoverso 2* è nuovo e prevede la designazione di un osservatorio nazionale dei problemi legati alla dipendenza in modo analogo al laboratorio nazionale di riferimento. L'istituzione di un siffatto osservatorio è giustificata principalmente dalla mancanza di dati affidabili, rilevati regolarmente e sistematicamente, e soprattutto di dati epidemiologici sulla problematica delle dipendenze in Svizzera. Un monitoraggio regolare, eurocompatibile e sistematico nell'ambito delle dipendenze in Svizzera si rende necessario al fine di riconoscere precocemente le lacune esistenti nei tre pilastri prevenzione, terapia e riduzione dei danni, come pure le tendenze nel settore delle dipendenze. Già oggi la Svizzera collabora in questi settori con istituzioni internazionali (p. es. il Consiglio d'Europa).

Minoranza (Teuscher, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Guisan, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini, Schenker, Vermot)

Art. 29c cpv. 2

La collaborazione internazionale in materia di sorveglianza dei problemi legati alle dipendenze si svolgerà soprattutto con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze con sede a Lisbona. Il compito dell'osservatorio nazionale dei problemi legati alla dipendenza consisterà tra l'altro nell'individuazione delle misure che si rendono necessarie - alla luce delle conoscenze acquisite mediante l'istituendo sistema d'allarme. Lo scopo è quello di informare per esempio in tempo utile la popolazione sulle nuove sostanze pericolose, e quindi di proteggerla.

Il *capoverso 3* corrisponde sostanzialmente all'articolo 3a capoverso 2 in vigore e autorizza la Confederazione ad affidare a terzi determinati compiti di ricerca, informazione e coordinamento nonché di sorveglianza dei problemi legati alla dipendenza ai sensi dei primi due capoversi.

3.1.12.2 Sezione 2: Compiti dei Cantoni (art. 29d e 29e)

L'articolo 29d corrisponde all'articolo 34 vigente con relativo adeguamento dei rinvii agli articoli nelle lettere a e b. Esso attribuisce una nuova competenza ai Cantoni in materia di rilascio delle autorizzazioni relative alle misure di lotta contro gli stupefacenti di cui all'articolo 14a capoverso 1^{bis} (lett. b, cfr. n. 3.1.10.4) come pure alle notificazioni concernenti le utilizzazioni per indicazioni diverse da quelle ammesse (lett. c; cfr. n. 3.1.10.3).

I Cantoni sono tenuti a designare le proprie autorità e gli uffici competenti per l'esecuzione della legislazione federale e a comunicarli al Dipartimento federale dell'interno. È così istituita la prima condizione atta a favorire la cooperazione tra autorità cantonali e federali interessate.

L'articolo 29e capoverso 1 corrisponde all'articolo 36. Esso prevede inoltre che i governi cantonali mettano a disposizione dell'osservatorio nazionale dei problemi legati alla dipendenza i dati richiesti. Questa nuova disposizione è una conseguenza dell'articolo 29c capoverso 2.

Il capoverso 2 si basa sull'articolo 29 capoverso 3 vigente e prevede che le informazioni siano trasmesse per via elettronica o introdotte direttamente nei sistemi di elaborazione dei dati dell'Ufficio federale di polizia.

3.1.12.3 Disposizioni finali (art. 30)

L'articolo 30 capoverso 1 corrisponde essenzialmente all'articolo 30 capoverso 1 vigente.

Il capoverso 2 istituisce la base legale per le tasse che l'Istituto riscuote per le autorizzazioni, i controlli e le prestazioni di servizi. Esso riprende in sostanza l'articolo 31 capoverso 1 vigente, pur essendo stato adattato per ragioni di coerenza poiché riprende il tenore dell'articolo 65 capoverso 1 della legge sugli agenti terapeutici.

Il capoverso 3 riprende l'articolo 31 capoverso 3 della legge vigente, aggiungendo le istituzioni e le autorità (cfr. art. 14a cpv. 1^{bis}).

Articoli 31–34 e 36: abrogati. Questi articoli sono stati spostati e riordinati.

D'intesa con la Farmacia dell'esercito, *l'articolo 31 capoverso 2* della legge in vigore, il quale stabilisce che il Consiglio federale emani prescrizioni speciali per l'acquisto, l'uso, il controllo e la detenzione degli stupefacenti necessari all'esercito, è abrogato. Per quanto concerne il controllo di tali sostanze, in futuro l'esercito dovrà sottostare alle stesse condizioni delle ditte e delle persone (art. 4 segg. LStup).

3.1.13 Modifica del diritto vigente

3.1.13.1 Articolo 136 CP

Gli stupefacenti non sono più menzionati nell'articolo 136 CP (somministrazione a fanciulli di sostanze pericolose per la salute), poiché questa fattispecie è disciplinata nell'articolo 19a¹ LStup (cfr. spiegazioni relative all'art. 19a¹). Dal punto di vista materiale, questo articolo rimane invariato.

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

4.1.1 Confederazione: Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Conformemente a quanto illustrato nel numero 3.1.12.1, la Confederazione dovrà far fronte a oneri supplementari.

Confederazione: compiti attuali

Per continuare a svolgere gli attuali compiti nell'ambito del pacchetto di misure inteso a ridurre i problemi legati alla droga, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha previsto 6,3 milioni di franchi nel preventivo 2006 e 17,9 milioni di franchi nel piano finanziario 2007–2009 per la prevenzione, la riduzione dei danni e la terapia,

nonché 2,6 milioni nel preventivo 2006 e 7,8 milioni di franchi nel piano finanziario 2007–2009 per la ricerca e l'epidemiologia.

Confederazione: nuovi compiti

I nuovi compiti comportano oneri supplementari dovuti ai provvedimenti proposti in materia di prevenzione per la tutela dei giovani, alla raccolta di dati e al miglioramento della qualità nelle cure ambulatoriali e residenziali delle dipendenze, nonché alla valutazione delle ripercussioni della nuova legge e alla sorveglianza dei problemi delle dipendenze. La valutazione e la ricerca scientifica concomitante dei provvedimenti legali che sono state proposte dovrebbero fra l'altro servire ad osservare il comportamento dei consumatori (età della prima esperienza, tipo di droga, modello di consumo, frequenza ecc.), l'atteggiamento dei giovani e di tutta la popolazione nei confronti della canapa e delle altre droghe, nonché le ripercussioni sulla salute in generale.

a. Ripercussioni sugli effettivi del personale

Per continuare a svolgere i compiti in relazione alle cure basate sulla prescrizione di eroina sono necessari un posto di segretario e uno di collaboratore scientifico (art. 3e), che per il momento possono essere finanziati sulla base del decreto federale del 9 ottobre 1998 – prorogato sino al 2009 – dal credito per beni e servizi «prevenzione in materia di droghe» (316.3189.102).

Un collaboratore scientifico è inoltre necessario per gestire la ricerca, nonché per rilevare e trattare i dati nel settore della consulenza e delle terapie in materia di dipendenza, al fine sia di elaborare una statistica nazionale unitaria in questo ambito sia di trasferire le conoscenze e la valutazione dei provvedimenti della Confederazione e dei Cantoni (art. 3i, 3j e 29a). Il posto è attualmente finanziato mediante il credito per beni e servizi «prevenzione in materia di droghe» (316.3189.102) ed è limitato sino alla fine del 2007.

Un ulteriore collaboratore scientifico dovrà garantire la qualità (art. 3l) e gestire l'osservatorio nazionale dei problemi legati alla dipendenza (art. 29c cpv. 2), nonché assicurare la collaborazione con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze dell'Unione europea a Lisbona.

Per gli aspetti amministrativi legati ai nuovi compiti è inoltre necessario un posto di collaboratore amministrativo.

In totale, sono previsti cinque nuovi posti. Tre posti - di cui due fino al 2009 e uno fino al 2007 – sono provvisoriamente coperti mediante il credito per beni e servizi «prevenzione in materia di droghe».

b. Ripercussioni finanziarie

Compiti supplementari

In seguito ai ritardi in relazione alla revisione della LStup, l'Ufficio federale della sanità pubblica aveva già previsto nel preventivo 2006 e nel piano finanziario 2007–2009 una parte dei costi legati alla prevenzione (soprattutto in relazione alla canapa) e all'applicazione dell'articolo 29a capoverso 1 (valutazione scientifica).

Il piano finanziario non prevede invece né gli aggravii supplementari del credito per beni e servizi dovuti alla revisione della legge né quelli del credito per il personale in

seguito all'istituzione dei cinque nuovi posti, poiché non si sa ancora quale sarà la decisione del Parlamento in merito alla revisione della LStup.

La revisione comporterà i seguenti costi ricorrenti:

- costi di materiale per 150 000 franchi in seguito al coordinamento e alla gestione della qualità (art. 3*i* e 3*l*) e per 300 000 franchi in seguito all'applicazione dell'articolo 29*c* capoverso 2;
- i costi del personale per i quattro nuovi posti dei collaboratori scientifici (150 000 fr. ognuno) e per il nuovo posto amministrativo (90 000 fr.) ammontano complessivamente a 690 000 franchi, cui vanno aggiunti 20 000 franchi per le uscite correlate, quali rimborsi spese, perfezionamento e altro.

In totale, i costi del materiale e del personale ammontano a 1 160 000 franchi.

Costi supplementari una tantum

L'infrastruttura informatica e i programmi necessari per i posti supplementari richiederanno 10 000 franchi da iscrivere nel credito (316.4019.015).

Nuovi compiti possibili

Un'eventuale adesione della Svizzera all'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze dell'Unione europea provocherebbe costi ricorrenti aggiuntivi per circa 700 000 franchi (art. 29*c* cpv. 2), che non sono iscritti né nel preventivo né nel piano finanziario.

4.1.2 Per i Cantoni

Le segnalazioni di pericolo e l'identificazione precoce causeranno ai Cantoni maggiori oneri finanziari e personali in relazione all'istituzione e all'esecuzione di programmi per assistere i giovani a rischio (art. 3*c*). I costi supplementari nei settori delle terapie e della riduzione dei danni varieranno da Cantone a Cantone in funzione dell'offerta attuale.

a. Prevenzione

In merito alle uscite dei Cantoni e dei Comuni a favore della prevenzione non disponiamo di alcun dato preciso, poiché i relativi importi rientrano spesso in rubriche generiche in materia di educazione o socialità, quali le scuole, gli uffici giovanili, gli istituti per le terapie ambulatoriali ecc. Si stima che i costi complessivi si aggirino fra i 30 e i 35 milioni di franchi, con sensibili differenze da Cantone a Cantone. Per rafforzare la protezione dei giovani conformemente a quanto previsto dalla legge, occorrerà aumentare le uscite di circa 3–5 milioni di franchi.

b. Terapia e riduzione dei danni

Al momento, si spendono fra i 200 e i 250 milioni di franchi per le terapie ambulatoriali e residenziali, di cui fra i 140 e i 170 milioni sono a carico dei Comuni e dei Cantoni. L'assicurazione invalidità e l'assicurazione malattie e infortuni coprono ognuna circa 30–40 milioni di franchi. Per quanto concerne la riduzione dei danni, i Cantoni e i Comuni spendono circa 70 milioni di franchi e le assicurazioni malattie e

infortuni circa 30. Le uscite complessive per la terapia e la riduzione dei danni ammontano pertanto complessivamente a 300–350 milioni di franchi.

Per quanto concerne la terapia, nei prossimi anni occorrerà concentrarsi sul consolidamento delle strutture, nonché sulla garanzia e sullo sviluppo della qualità. I Cantoni che dispongono di offerte ancora lacunose dovranno far fronte a un lieve aumento dei costi per adottare provvedimenti volti alla riduzione dei danni in seguito all'inasprimento dell'obbligo in questo ambito.

c. Repressione

Dal momento che le disposizioni penali nella LStup rimarranno praticamente invariate, non vi sarà alcuna variazione di rilievo dei costi procedurali.

d. Compatibilità con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC):

In seguito ai nuovi compiti della Confederazione non vi sarà alcun contributo automatico dalla Confederazione ai Cantoni. La Confederazione avrà tuttavia la possibilità di migliorare qualitativamente l'applicazione della legge (p.es. mediante l'introduzione di norme di qualità nelle cure) partecipando al finanziamento di determinate attività dei Cantoni (p.es. le attività della Conferenza dei delegati cantonali ai problemi delle tossicomanie, CDCT) e pertanto di ridurre leggermente l'onere a carico dei Cantoni.

4.2 Applicabilità

Le proposte di revisione della LStup costituiscono anzitutto un adeguamento alla prassi; l'applicabilità dovrebbe già essere dimostrata.

4.3 Ripercussioni sulla politica sanitaria e sulla politica sociale

I principali elementi della revisione non avranno alcun influsso determinante sulla prassi, ma confermeranno piuttosto le soluzioni pragmatiche attualmente adottate e l'operato degli esperti incaricati di applicare i numerosi provvedimenti.

5 Rapporto con il diritto internazionale

5.1 Rapporto con le Convenzioni dell'ONU

Le Convenzioni dell'ONU nel settore degli stupefacenti sono state trattate nel numero 2.1.2.1. Le modifiche qui proposte non sono in alcun modo in conflitto con le Convenzioni.

5.2 Rapporto con il diritto europeo

5.2.1 Accordi di associazione a Schengen

La Svizzera deve trasporre parte del diritto dell'UE in materia di stupefacenti nell'ambito degli accordi di associazione a Schengen. Il cosiddetto «acquis di Schengen» mette tuttavia solo sporadicamente l'accento sull'armonizzazione delle politiche nazionali in materia di droga. Oltre alle Convenzioni dell'ONU già citate - cui l'acquis di Schengen rinvia quali parte integrante - le norme materiali sono estremamente puntuali e hanno condotto ad adeguamenti minimi⁵⁰. Le modifiche qui proposte sono in sintonia con gli impegni assunti in questo ambito.

5.2.2 Diritto dell'UE in materia di stupefacenti

Al di là della cooperazione di Schengen, nell'UE si è sviluppata un'estesa normativa in materia di stupefacenti, che di per sé non è vincolante per la Svizzera. Quanto alle norme di competenza relative al primo pilastro (armonizzazione del diritto nel mercato interno), oltre all'istituzione dell'Osservatorio europeo delle droghe incaricato di elaborare la pertinente base di dati⁵¹, le disposizioni concernono anzitutto il controllo in relazione con i cosiddetti precursori, che spesso sono utilizzati per la produzione illegale di stupefacenti o sostanze psicotrope⁵². Per quanto concerne il terzo pilastro, gli atti giuridici si concentrano sulla repressione del commercio di droga da parte della polizia. Oltre alle prescrizioni generiche sul riciclaggio di denaro e la confisca dei proventi di reati⁵³, i provvedimenti legali specifici in materia di stupefacenti si prefiggono non solo di rafforzare lo scambio di informazioni sulle analisi effettuate dalla polizia⁵⁴, ma anche di armonizzare le fattispecie penali e di

⁵⁰ Cfr. spiegazioni nel messaggio sui Bilaterali II (FF 2004 5203, 5402 segg., 5466 segg.)

⁵¹ Regolamento (CEE) n. 302/93 del Consiglio, dell'8 febbraio 1993, relativo all'istituzione di un Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (GU L 36 del 12.2.1993, pag. 1).

⁵² Regolamento (CEE) n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 febbraio 2004, relativo ai precursori di droghe (GU L 47 del 18.2.2004, pag. 1); Regolamento (CEE) n. 111/2005 del Consiglio, del 22 dicembre 2004, recante norme per il controllo del commercio dei precursori di droghe tra la Comunità e i Paesi terzi (GU L 22 del 26.1.2005, pag. 1).

⁵³ Azione comune, del 3 dicembre 1998, sul riciclaggio di denaro e sull'individuazione, il rintracciamento, il congelamento o sequestro e la confisca degli strumenti e dei proventi di reato (GU L 333 del 9.12.1998, pag. 1); Decisione quadro del Consiglio, del 26 giugno 2001, concernente il riciclaggio di denaro, l'individuazione, il rintracciamento, il congelamento o sequestro e la confisca degli strumenti e dei proventi di reato (GU L 182 del 5.7.2001, pag. 1).

⁵⁴ Decisione 2005/387/GAI del Consiglio, del 10 maggio 2005, relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive (GU L 127 del 20.5.2005, pag. 32); Decisione 2001/419/GAI del Consiglio, del 28 maggio 2001, relativa alla trasmissione di campioni di sostanze controllate (GU L 150 del 6.6.2001, pag. 1); Azione Comune 96/699/GAI del 29 novembre 1996 adottata dal Consiglio concernente lo scambio di informazioni sull'analisi delle caratteristiche chimiche delle droghe per agevolare una maggiore cooperazione fra gli Stati membri nella lotta al traffico di droghe illecite (GU L 342 del 12.12.1996, pag. 6)

definire pene minime nel settore del commercio illegale di stupefacenti⁵⁵ nonché di disciplinare il controllo e le pene nell'ambito delle nuove droghe sintetiche⁵⁶.

Le quattro modifiche qui proposte della LStup trattano temi diversi da quelli sovraesposti. In questo ambito va menzionata soltanto l'istituzione di un osservatorio nazionale dei problemi legati alla dipendenza, conformemente a quanto previsto dall'articolo 29c. Essenzialmente occorre comunque far sì che l'orientamento della nostra normativa in materia di stupefacenti corrisponda a quello dell'UE e che si perseguano gli stessi scopi (controllo dei precursori, controllo del commercio illegale di droghe).

6 Basi giuridiche

6.1 Costituzionalità

La base costituzionale per la legislazione in materia di stupefacenti e dipendenze è costituita dall'articolo 118 capoverso 2 lettera a, secondo cui, nell'ambito delle sue competenze, la Confederazione «emana prescrizioni su: l'impiego di ... stupefacenti ...». La Confederazione dispone pertanto di una vasta competenza esplicita nel settore degli stupefacenti e può disciplinare la produzione, la trasformazione, il commercio (compresi l'importazione e l'esportazione, la detenzione, la consegna e l'acquisto), nonché l'uso di stupefacenti.

L'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost. copre tutte le importanti malattie socioigieniche, anche quelle che sono più o meno imputabili a un agire volontario dell'essere umano. La nozione di lotta alle malattie comprende inoltre la prevenzione. Ciò nonostante, non tutti i provvedimenti dello Stato che hanno un minimo nesso con la prevenzione possono essere fondati sull'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost⁵⁷.

Le turbe legate alla dipendenza con tutte le loro manifestazioni sono senza dubbio considerate ad ampia diffusione e possono minacciare in modo duraturo la vita delle singole persone o causare gravi pregiudizi alla salute in senso lato. In linea di massima, le modifiche proposte si prefiggono di prevenire e combattere direttamente comportamenti di abuso di tutte quelle sostanze che generano dipendenza. I provvedimenti di aiuto alla sopravvivenza e di riduzione dei danni sono destinati direttamente a impedire altri danni alla salute provocati dalle dipendenze. Le norme previste perseguono soltanto questi obiettivi diretti di promozione della salute, ragione per cui rientrano nell'ambito dell'articolo 11 capoverso 2 lettera b Cost.; l'esecuzione spetta anzitutto ai Cantoni.

La Confederazione, oltre ad avere le competenze di massima conferitele dall'articolo 118 Cost. nel settore degli stupefacenti e delle malattie, ha altresì la competenza di legiferare in ambito penale, conformemente a quanto scaturisce dall'articolo 123 capoverso 1 Cost., su cui si fonda la LStup. Secondo l'articolo 123 capoverso 2,

⁵⁵ Decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio, del 25 ottobre 2004, riguardante la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti (GU L 335 dell'11.11.2004, pag. 8)

⁵⁶ Cfr. p.es. Decisione 2002/188/GAI del Consiglio, del 28 febbraio 2002, avente ad oggetto misure di controllo e sanzioni penali relative alla nuova droga sintetica (GU L 63 del 6.3.2002, pag. 14).

⁵⁷ Cfr. perizia dell'Ufficio federale di giustizia del 2 novembre 1978, pubblicato in: *Verwaltungspraxis der Bundesbehörden*, 1979, fascicolo 43/II, n. 48.

l'organizzazione dei tribunali, la procedura giudiziaria e l'amministrazione della giustizia in materia penale competono ai Cantoni. Vi sono tuttavia restrizioni: la Confederazione emana disposizioni procedurali indispensabili per garantire un'applicazione corretta, uniforme e completa del diritto penale materiale. Questo è l'obiettivo dichiarato dell'introduzione della giurisdizione penale amministrativa nell'ambito d'esecuzione delle autorità federali.

6.2 Delega di competenze legislative

L'articolo 30 capoverso 1 delega al Consiglio federale la competenza generica di emanare disposizioni per l'esecuzione della legge sugli stupefacenti.

Il progetto di legge prevede in diverse disposizioni la competenza del Consiglio federale di emanare norme esecutive. Al riguardo non dovrebbe esservi alcun problema, poiché in molti casi il progetto stesso fissa già i principi, definendo in tal modo il margine di manovra del Consiglio federale. Inoltre, pare sensato prevedere la competenza del Consiglio federale di emanare atti normativi in tutti gli ambiti nei quali per il momento non è possibile valutare in che misura saranno necessarie disposizioni. In altri casi, le competenze giuridiche conferite al Consiglio federale si giustificano in quanto consentono di reagire prontamente ai nuovi sviluppi. Da ultimo, le disposizioni molto particolareggiate dovranno essere emanate mediante ordinanza.

Concretamente, al Consiglio federale vengono conferite o estese le competenze di emanare ordinanze al fine di:

- fissare le condizioni quadro in relazione al rilascio della particolare autorizzazione - di competenza dei Cantoni - per la prescrizione, la dispensazione e la somministrazione di stupefacenti per la cura di persone tossicodipendenti (art. 3e cpv. 2). Per quanto concerne le cure basate sulla prescrizione di eroina, tale competenza esiste già attualmente;
- fissare i dettagli riguardo ai dati personali da trattare da parte di autorità o istituzioni (art. 3f) in relazione con le cure ai tossicodipendenti;

Il progetto mantiene le attuali competenze di emanare ordinanze al fine di:

- sottoporre i precursori (e in futuro anche i coadiuvanti chimici) al controllo degli stupefacenti; prevedere un obbligo di autorizzazione o altre misure di vigilanza meno estese, come l'identificazione del cliente, l'obbligo di tenere i libri e l'obbligo di informare (art. 3 cpv. 1);
- emanare disposizioni speciali per le cure basate sulla prescrizione di eroina (art. 3e cpv. 3);
- fissare i particolari per i controlli periodici dell'esecuzione delle terapie basate sulla prescrizione di eroina (art. 3e cpv. 3);
- vietare o limitare quantitativamente ai titolari dell'autorizzazione la coltivazione, la fabbricazione, l'importazione, l'esportazione e il mantenimento di scorte di stupefacenti (art. 6 cpv. 1);
- fissare l'importo delle tasse che l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici riscuote per il rilascio di permessi e autorizzazioni, per i controlli e le prestazioni di servizi (art. 30 cpv. 2).

La delega diretta da parte del legislatore alle istanze subordinate al Consiglio federale è sostanzialmente ammessa alle stesse condizioni della delega al Consiglio federale stesso. Tuttavia, occorre ponderare la valenza della materia da disciplinare: le decisioni importanti devono rimanere riservate ai livelli superiori, quelle meno importanti possono e devono essere trasferite ai livelli inferiori. Data l'importanza della definizione di sostanza sia per il mercato degli stupefacenti sia ai fini delle disposizioni penali, si rivela opportuno innalzare il livello di delega dall'ufficio (attualmente l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici) al dipartimento. Al pertinente dipartimento vengono così attribuite le competenze di emanare direttive al fine di:

- allestire un elenco di stupefacenti, sostanze psicotrope, precursori e coadiuvanti chimici (art. 2a);
- allestire un elenco delle materie prime e dei prodotti di cui si deve presumere che producano un effetto simile a quello delle sostanze e dei preparati di cui all'articolo 2 (art. 7 cpv. 3).

