

ISSN 1127-8579

Pubblicato dal 15/12/2011

All'indirizzo <http://www.diritto.it/docs/32787-gli-stupefacenti-in-svizzera-novit-tradizioni-e-prospettive-criminologiche>

Autore: Baiguera Altieri Andrea

Gli stupefacenti in svizzera: novità, tradizioni e prospettive criminologiche

GLI STUPEFACENTI IN SVIZZERA : NOVITA', TRADIZIONI E PROSPETTIVE CRIMINOLOGICHE

del Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur. svizzero

1. La nuova Ordinanza sul controllo degli stupefacenti (OCStup – 25/05/2011)

A livello teorico, sono lodevoli le severe misure di controllo adottate dalle Autorità federali per contrastare il commercio illecito di farmaci contenenti principi attivi psicotropi. In realtà, la Svizzera, così come l'Italia, la Germania o l'Austria, è protagonista, più o meno consapevole, di incalcolabili transiti di matrice illegale. Senza voler recare oltraggio alle Pubbliche Autorità elvetiche, l' OCStup del 2011 viene resa lettera morta dalle quotidiane infrazioni dolose e, specialmente, dalla spregiudicata onnipotenza delle Case Farmaceutiche.

L' Istituto svizzero per gli agenti terapeutici autorizza e controlla l'impiego di composti psicoattivi da parte di Medici, Studi Associati di Medicina, rappresentanti e Farmacie militari (lett a comma 1 Art. 5 OCStup). Diversamente, Farmacie civili, Ospedali, Istituti di Ricerca e Onlus o Ambulatori cantonali e comunali sottostanno alle potestà di vigilanza dei Cantoni (lett b comma 1 Art. 5 OCStup). Negli altri casi di eccezionale urgenza o necessità, interviene l' Ufficio Federale per la Salute Pubblica (Art. 8 OCStup). L' Art.10 OCStup richiede la massima diligenza nella manipolazione e nel transito di stupefacenti, sostanze psicotrope, precursori e coadiuvanti ad uso terapeutico. Anzi, tale Norma predispone, come in Italia, limiti assai rigorosi. Purtroppo, le discoteche e i *rave partys* europei inducono a coltivare malizie più disincantate e meno retoriche.

In estrema sintesi e ai sensi dell' Art. 16 OCStup, sono abilitati a dispensare psicofarmaci solo Medici (anche in forma di Studio Associato), Farmacie, Ospedali e Operatori di Onlus per l'aiuto umanitario all' estero. Similmente (comma 2 Art. 24 OCStup), l' autorizzazione per l'import / export di medicinali psicoattivi è riservata a Farmacisti, Medici, Veterinari ed Enti di Volontariato. Chi redige non contesta la *ratio* delle citate Disposizioni, bensì le carenze fattuali. Infatti, pur rifuggendo dalla calunnia, v' è ogni modo da interrogarsi sulla provenienza oggettiva di droghe sintetiche giovanili ricavate da prodotti farmaceutici legali.

L' Art. 27 OCStup consente ai Medici elveticici di detenere modiche quantità di stupefacenti per usi di emergenza. Trattasi senz' altro di una Norma imprescindibile per la Medicina Oncologica. Altrettanto ragionevolmente, gli Artt. 41 e 42 OCStup consentono, nei limiti del Trattato di Schengen, il libero accesso in Svizzera di individui muniti di psicofarmaci o analgesici, purché tale provvista non ecceda le quantità bastevoli per 30 giorni di terapia.

In casi urgenti (Art. 52 OCStup), il farmacista svizzero è autorizzato a vendere la confezione più piccola in commercio contenente stupefacenti ad uso terapeutico. Tuttavia, egli deve allestire un verbale dettagliato da depositare, entro 5 giorni, presso la Polizia Cantonale o altra Autorità Cantonale equipollente. L' Art. 52 OCStup diviene utile e, anzi, sacralmente incontestabile in presenza di patologie tumorali, cardiache, respiratorie o vascolari. Ciononostante, la cronaca riferisce anche di abusi animaleschi in ambito ginecologico o geriatrico. Nuovamente, l' attenzione si sposta dall'ottimo Testo giuridico alla pessima Prassi di Operatori senza scrupoli.

La ricetta, in Svizzera, si distingue in << normale >> (Art. 48 OCStup) e << per stupefacenti >> (Art. 47 OCStup). La ricetta normale contempla una terapia da assumere per un minimo di 1 mese ed un massimo di 6 mesi. La ricetta per stupefacenti è valida un solo mese e deve menzionare molti particolari, anche minuziosi. In entrambi i casi, il Medico è tenuto ad una visita personale nei confronti del paziente. I Medici Veterinari debbono sempre emettere, qualora siano prescritte sostanze psicotrope da bestiame o per animali da compagnia, ricette << per stupefacenti >> (Art. 50 OCStup). E' interessante notare che le Polizie Cantionali svizzere, nel corso dell'ultimo quinquennio, hanno dovuto sequestrare stimolanti ad uso vetrinario abusati nei luoghi di ritrovo giovanile. Si tratta di una moda tossicomaniacale diffusa anche in Germania ed in

Inghilterra, con conseguenze sanitarie devastanti.

2. La nuova Ordinanza contenente gli elenchi delle sostanze controllate (OESup DFI – 30/05/2011,in vigore dallo 01/07/2011)

A decorrere dal Luglio 2011, è entrata in vigore la nuova Ordinanza contenente gli elenchi aggiornati delle sostanze sottoposte a controlli, a seconda della maggiore o minore possibilità di essere impiegate per fini tossicomaniacali anziché terapeutici.

Ai sensi dell' Art.1 OESup -DFI, è limitato e, in ogni caso, strettamente condizionato, il commercio di stupefacenti, principi psicotropi, materie prime, prodotti para-stupefacenti, precursori e coadiuvanti chimici.

Gli Artt. 3 e 4 OESup – DFI manifestano una vigilanza assai scrupolosa, come prevedibile, nei confronti della paglia di papavero e dei semi di canapa. Anche i precursori (Art. 5 OESup – DFI) sono sottoposti ad attente verifiche. In particolare, è stabilita la proibizione assoluta dell' uso privato di acido lisergico (LSD), anche nel caso di quantità inferiori a 10 grammi.

Purché a dosi molto basse, sono parzialmente consentiti medicinali contenenti codeina, destropropossifene, difenossina, diidrocodeina, etilmorfina, folcodina o oppio. Il nodo problematico rimane sempre e comunque la differenza tra uso terapeutico e abuso

3. La diacetilmorfina in Svizzera

In epoca odierna, la Medicina e la Tossicologia reputano che la somministrazione “*a scalare*” di diacetilmorfina possa contrastare la dipendenza da eroina tanto fisica quanto psicologica. L' Ordinanza sulla dipendenza da stupefacenti (ODStup – 25/05/2011) disciplina la somministrazione controllata di diacetilmorfina negli Artt. dal 10 al 25.

Ordinariamente (comma 1 Art. 10 ODStup), la sostanza in parola è concessa alle seguenti condizioni:

1. che il tossicomane sia maggiore degli anni 18
2. che l' eroinomania sia grave e che essa si protragga da almeno un biennio
3. che il paziente abbia effettuato con diligenza, ancorché senza profitto, almeno due tentativi di disintossicazione.
4. Che l' eroinomane richiedente presenti immaturità e disagio sotto i riguardi della psiche, del fisico o del corretto adeguamento sociale

Eccezionalmente (comma 2 Art.10 ODStup), il soggetto è ammesso al trattamento diacetilmorfino allorché egli manifesti carenze psicofisiche tanto gravi da rendere improbabili o inutili altri tentativi di disintossicazione.

La diacetilmorfina dev' essere consumata nell' Ambulatorio o nello Studio del Medico autorizzati (comma 1 Art. 13 ODStup). In via straordinaria (commi 2 e 3 Art. 13 ODStup), le due dosi giornaliere di diacetilmorfina possono essere ingerite dall' eroinomane presso il proprio domicilio, a condizione che, dopo 6 mesi di precedente osservazione personologica, il tossicodipendente sia risultato degno di fiducia e non incline all'abuso.

L' Art. 14 comma 1 ODStup richiede un' elevata professionalità in capo agli Operatori autorizzati alla distribuzione monitorata di diacetilmorfina. I poteri di controllo sono affidati ai Cantoni, ai Comuni o, più raramente, ad Onlus private dedite alla riabilitazione dei tossicodipendenti (comma 2 Art. 14 ODStup). Anche i commi 2, 3 e 4 Art.15 ODStup ribadiscono la necessità imprescindibile di un' elevata professionalità degli Operatori, i quali, per gestire la diacetilmorfina, debbono organizzarsi in un' équipe che comprende un Medico, come normale, ma anche uno Psicoterapeuta e un gruppo di esperti in Farmacologia (comma 1 Art. 15 ODStup)

L' Ufficio Federale per la Salute Pubblica (UFSP) rilascia l' autorizzazione (quinquennale) per il trattamento diacetilmorfino

- ad Istituti Ospedalieri, Ambulatori e Onlus di Diritto tanto pubblico quanto privato, a condizione che sia certa la professionalità e la qualificazione di tali Enti (Art. 16 ODStup)

- a Medici che possiedono una lunga e seria esperienza nella cura dell' eroinomania (Art. 18 ODStup)

Eventuali carenze professionali o deontologiche provocano il ritiro dell' autorizzazione. Purtroppo, l' ODStup del 25/05/2011 risulta monotematicamente ossessionata dal tema dei requisiti professionali .Viceversa, non è espressamente specificato se eroinomani stranieri possano essere ammessi alla terapia sostitutiva con diacetilmorfina. Pertanto, necessiterà un pronunciamento dell' Autorità Giudiziaria Amministrativa o dell' UFSP di Berna. La tossicodipendenza da oppiacei, del resto, costituisce un ambito troppo importante, tale per cui infastidiscono auto-isolamenti iper-federalisti.

Anche al paziente (Art. 23 ODStup) è richiesta la massima serietà e la massima collaborazione. Dunque, il tossicodipendente è tenuto

- a non assumere altre sostanze psicoattive o stupefacenti non previsti dal programma di terapia
- a non cedere a terzi estranei la diacetilmorfina ricevuta od altri medicinali forniti
- a non rifiutare immotivatamente la compliance farmacologica propostagli
- a non delinquere durante il trattamento diacetilmorfinico

Gli Artt. dal 10 al 25 ODStup risultano impeccabili sotto il profilo formale. Tuttavia, l' attuale Normazione del 2011 mortifica le speranze ed i bisogni di migliaia di eroinodipendenti non in possesso della cittadinanza elvetica o della stabile residenza in Svizzera. In buona sostanza, la somministrazione controllata di diacetilmorfina a stranieri rischia di divenire un privilegio per pochi giovani europei danarosi in grado di acquisire fissa dimora nella Confederazione.

4. La Direttiva sulla prescrizione, somministrazione e consegna di stupefacenti per fini riabilitativi in Canton Ticino (05/04/2011)

La nuova Direttiva cantonale ticinese dello 05/04/2011, a differenza della ODStup federale, non menziona espressamente e monotematicamente la diacetilmorfina. Pertanto, in Ticino, non sono preventivamente esclusi altri stupefacenti sostitutivi, come la buprenorfina e preparati galenici parametadonici. Inoltre, tale Normativa cantonale non è riservata alla riabilitazione dei soli eroinomani .Tuttavia, permane il dilemma procedurale se i tossicomani stranieri o non residenti in Canton Ticino possano o meno beneficiare della Direttiva 05/04/2011. Apparentemente, non sussistono vincoli e restrizioni espresse legate alla residenza e/o alla cittadinanza elvetica.

Il comma 1 Art. 1 della nuova Direttiva ticinese prevede un' autorizzazione speciale per il Medico che, a mezzo ricetta ordinaria, prescrive ai pazienti sostanze psicotrope “ *a scalare* “. Il comma 4 Art. 1 Dir. 05/04/2011 lascia al Medico specialista la concomitante prescrizione, peraltro scontata, di neurolettici, benzodiazepine, ansiolitici e ipnotici,che inevitabilmente correggono e leniscono gli effetti collaterali del farmaco stupefacente. Il Farmacista prescelto, unitamente allo Specialista, compila, aggiorna e firma un' apposita tabella sanitaria descrivente progressi o regressi del paziente (comma 3 Art. 1 Dir. 05/04/2011)

Nei primi mesi e di fronte ad intossicazioni gravemente croniche, la somministrazione della diacetilmorfina, della bruprenorfina o di preparati metadonici avviene, per via endovenosa o in compresse, presso lo Studio del Medico medesimo, nei Centri interdisciplinari di riferimento o nelle Comunità Terapeutiche residenziali per tossicodipendenti. Trascorsa la terapia d' attacco, il paziente deve affidarsi ad una Farmacia di fiducia (Art. 2 Dir.05/04/2011). Tale semi-autonomo accesso alla Farmacia, sempre sotto il controllo dello Specialista, presuppone, però, il raggiungimento di un acclarato equilibrio clinico, sia sotto il profilo somatico,sia dal punto di vista psico-sociale (comma 1 Art. 3 Dir. 05/04/2011)

Il tossicodipendente, durante la terapia sostitutiva, non può liberamente assentarsi per ferie (comma 2 Art. 4 Dir. 05/04/2011). Non è escluso, almeno in Canton Ticino, un permesso speciale per accedere al trattamento da parte di soggetti minori degli anni 18 (Art. 5 Dir. 05/04/2011). Il Testo Normativo esaminato non pare escludere dalla propria precettività tossicodipendenti stranieri, ma si ribadisce che i costi rimangono elevati e, pertanto, purtroppo riservati ad un' élite in grado di sostenere spese molto (*rectius* : troppo) alte .Infine, l'omessa menzione della diacetilmorfina e dell'

eroinomania consentirà, in futuro, di applicare la Dir. 05/04/2011 anche alla dipendenza da cocaina, ecstasy, acidi, allucinogeni o altre sostanze non ad effetto irreversibile

5. Gli allucinogeni (sintetici o vegetali) nell' OESTup svizzera del 2011

Il comma 2 Art. 5 OESTup manifesta uno sfavore normativo pressoché totale, in Svizzera, nei confronti della dietilamide dell' acido lisergico (LSD). Anche la variante LSD-25 (acido lisergico mazindolo) è inserito, nell' Ordinamento elvetico, nella Tabella << d >>. Il medico svizzero Hoffmann, nel 1938, sintetizzò per la prima volta tale principio attivo, per usi farmaceutici, ma l' odierna Medicina non attribuisce più né all' LSD né all' LSD-25 alcuna proprietà curativa. L' allucinogeno in questione, di solito, è smerciato sotto forma di piccoli francobolli cartacei impregnati.

Gli effetti di breve periodo (30 minuti dopo l' ingestione) sono tutt' altro che gradevoli: nausea, vertigini, tachicardia, midriasi. Poco dopo, subentrano euforia, allucinazioni visive, alterazioni della coscienza, disorientamento spazio-temporale. In realtà, le dinamiche psichedeliche lasciano ben presto il posto ad una forte depressione, associata da istanti di confusi ed improvvisi ricordi, noti come << flashback >>. Si tratta di un fenomeno mentale che crea disagio ed ostacola le normali relazioni sociali e lavorative.

Anche la catina ed il catinone (norpseudofedrina) sono giuridificati nella OESTup. La catina (Tabella << b >>) è più tollerata. Viceversa, il catinone (simile alla d-amfetamina) è iscritto nella Tabella << d >> e costituisce un pericolo sociale, specialmente presso gli immigrati di etnia araba. Le predette sostanze sono coltivate nell' Africa Orientale, ma anche in Yemen, Arabia Saudita e negli Emirati Arabi Uniti. La pianta allucinogena contenente catina e catinone è denominata *Quaq*, detto anche *The somalo*. Le foglie di Quaq vengono masticate o, più raramente fumate.

Nel breve periodo, queste foglie tradizionali alleviano la fame e la fatica, ma ben presto compaiono sintomi da intossicazione come tachicardia, sudorazione, ipertensione, insonnia, anoressia e insufficienza del miocardio. Infine, non tardano a manifestarsi violenza, depressione cronica, stati maniacali e ipercinesia.

Gli spacciatori creano confusione magnificando il consumo tradizionale del Quaq nel Medio Oriente. In realtà, il catinone non possiede per nulla fini terapeutici. In buona sostanza, anche il presente allucinogeno è una << smart drug >> e non dev' essere sottovalutato nella propria pericolosità soltanto perché di origine vegetale

6. L' acido 4 – idrossibutirrico (GHB)

Nell' Allegato 1 OESTup – DFI (30/05/2011), l' estere gamma-butilrolattone (GBL) è escluso dalle << sostanze sottoposte a misure di controllo >> solo quando è destinato << all'uso industriale >>. Viceversa, l'impiego privato dell' estere gamma-butilrolattone non è sottratto alle misure di controllo. Anche in Italia, la Tabella I T.U. 309/1990 inserisce il GHB (non sotto forma di estere) nelle sostanze stupefacenti << sottoposte al controllo del Ministero della Salute >> (Art. 13 comma 1 TU 309/1990). Più precisamente, GHB e GBL sono assimilati agli oppiacei e ai narcotici , sintetici e non. In effetti, la Medicina contemporanea, pur con molte diffidenze, ammette alcuni usi terapeutici del GHB e relativi derivati. KAM & YOONG (1998) ne segnalavano l' uso per anestesia generale. Tuttavia, SETHY & ROTH & WALTERS & MARINI & VAN WOERT (1976) sconsigliavano il GHB a causa di gravi effetti collaterali post-operatori di matrice epilettica. Negli USA, è tutt' oggi consentito l'impiego di tale acido per il trattamento della dipendenza da alcool (VESCOVI & COIRO 2001 ; MARINO & COSTA 1993). Ognimmodo, il GHB ed il suo principale derivato GBL vengono scarsamente somministrati per fini medici, in tanto in quanto le controindicazioni sono eccessive ed imprevedibili.

OMPAD & GALEA & FULLER & PHELAN & VLAHOV (2004) notano che il GHB è naturalmente presente nel cervello dei mammiferi. Negli Anni Sessanta del Novecento, in Francia, fu sintetizzato ed utilizzato come narcotico per ridurre il senso di bisogno ossessivo di bevande alcoliche. Purtroppo, dopo pochi anni, il GHB venne impiegato come anabolizzante nelle palestre, visto e considerato che provoca anche perdita di peso. Negli Anni Ottanta del Novecento, l' acido idrossibutirrico si introdusse nei droga-party e nelle discoteche.

WINICKOFF (2000) ha censito centinaia di overdoses, anche letali, provocate dal GHB, dal 1990 al 2000. Sino ad una decina di anni fa, la *Drug Enforcement Administration* americana dovette combattere la vera e propria piaga sociale del GHB assunto per fini tossicovolutuari. Sotto il profilo commerciale, il GHB (GALLOWAY & FREDERICK & STAGGERS & GONZALES & STALCUP & SMITH 1997) si presenta in forma liquida ed incolore, con un odore pungente. Oppure, esso è venduto agli adolescenti in sali colorati prodotti per aggiunta di soda caustica (NaOH) o potassica (KOH). Anche i sali dell' acido idrossibutirrico vanno sciolti in bevande. Tale composto sintetico è denominato *ecstasy liquida, filtro d' amore, gamma OH, fantasy, liquid X, scoop, goop, G*. I sali multicolore sono accattivanti nell'aspetto, ma non risultano meno pericolosi delle soluzioni liquide. L' acido idrossibutirrico costituisce il principale principio attivo dello Xyrem, farmaco contro la narcolessia. Tale medicinale è scarsamente prescritto ed è ormai illegale in quasi tutti gli Ordinamenti.

SCHWARTZ & MILTEER & LE BEAU (2001) nonché STILLWELL (2002) hanno osservato che il GHB , a dosi molto basse, produce rilassamento, tranquillità, piacevole euforia e loquacità (come una modesta dose di bevanda alcolica). L' emivita inizia circa 30 minuti dopo l' assunzione e scompare dopo circa 3 ore. A dosi medio-alte, il senso di innocuo stordimento si trasforma in svenimenti, ansia immotivata, tremori e crampi muscolari. L'overdose tossicomaniacale è stata scientificamente monitorata da LI & STOKES & WOECKENER (1998a ; 1998b). I primi sintomi sono nausea, vomito, minzione frequente, diarrea, vertigini, ipotensione, ipotermia (meno di 34 gradi di temperatura corporea), fame d' aria, apnea, tremori, convulsioni, sonnolenza, stato confusionale, agitazione, aggressività, allucinazioni, ipersonnia, coma. Non esistono farmaci antagonisti efficaci. E' difficile assistere un/una giovane paziente durante un' overdose da GHB.

7. Novità in tema di ricerca tossicologica e criminologia delle droghe

GIROD & STAUB hanno incentivato le tecniche non invasive di analisi dei capelli, delle unghie, della saliva e dei peli per la scoperta di un' eventuale assunzione di sostanze illecite. CALIGARA & GIGLI (1999) hanno sottolineato che gli stupefacenti si depositano nei residui di matrice cheratinica, favorendo la ricerca retroattiva, per fini tossicologico-forensi, su soggetti vivi nonché su cadaveri. CALIGARA & GIGLI (*ibidem*) giungono, *de jure condendo*, a proporre il prelievo frequente dei capelli anche per poter sanzionare lavoratori tossicodipendenti o per poter scoprire l' assunzione saltuaria di droghe da parte di figli/e . Del resto, il capello (BAUMGARTNER & HILL & BLAHD 1989) non è adulterabile come le urine. Anzi, esso consente di ricostruire la cronologia dell' assunzione di sostanze proibite, giacché ogni segmento di capello corrisponde ad un determinato mese di vita del soggetto analizzato. GIROD & STAUB (*ibidem*) affermano che, per le analisi tossicologiche di breve periodo, rimangono utili le urine, ma, per investigazioni relative al lungo periodo, il capello reca a risultati più utili.

DE MATTA CHASIN & MIDIO (2000) sostengono la teoria dell' *intrappolamento* del sangue nelle cellule del bulbo pilifero. Il sangue è (*rectius* : sarebbe) il veicolo universale delle sostanze psicotrope, psicoattive e stupefacenti nella cheratina. Pertanto, si presuppone un' interazione o un legame (idrofobico o ionico) tra le droghe, il bulbo pilifero, il follicolo pilifero, l' epitelio, la papilla connettivale, la cheratina, i lipidi e la melanina.

Viceversa, BLANK & KIDWELL (1995) contestano la ormai datata nozione dell' intrappolamento metabolico. In realtà, le droghe, trasformate in metaboliti, si incorporano per scambio ionico nel sebo e nel sudore, bagnando il fusto del capello. Quindi, esistono miriadi di casi

di falsa positività, a causa di molteplici contaminazioni esterne. In buona sostanza, l'analisi del capello non è algebricamente incontestabile e apodittica. Troppe volte si omette di valutare la liposolubilità, maggiore o minore, della sostanza, oppure la forma e il peso molecolare dello stupefacente, le irregolarità eventuali delle biomembrane della testa, la forma ionizzata o meno della singola droga, le specificità del flusso sanguigno del tossicomane o il tasso di legame alle proteine plasmatiche (dipende dal singolo stupefacente).

B I B L I O G R A F I A

BAUMGARTNER & HILL & BLAHD, *Hair analysis for drugs of abuse*. Journal of Forensic Sciences, 1989

BLANK & KIDWELL, *Decontamination procedures for drugs of abuse in hair: are they sufficient ?* Forensic Science International, 1995

CALIGARA & GIGLI, *Il dato quantitativo nell'analisi di sostanze stupefacenti nel capello. Potenzialità e limiti*. Relazione tenuta al VII Congresso Nazionale di Tossicologia Forense, Cagliari, 1999

DE MATTA CHASIN & MIDIO, *Validation of an ion-trap gas chromatographic-mass spectrometric method for the determination of cocaine and metabolites and cocaethylene in post mortem whole blood*. Forensic Science International, 2000

GALLOWAY & FREDERICK & STAGGERS & GONZALES & STALCUP & SMITH, *Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence*. Add., 1997

GIROD & STAUB, *Analysis of drugs of abuse in hair by automated solid-phase extraction, GC/EI/MS and GC ion trap/CI/MS*. Forensic Science International, 2000

KAM & YOONG, *Gamma-hydroxybutyric acid: an emerging recreational drug*. Anaesthesia, 1998

LI & STOKES & WOECKENER, *A tale of novel intoxication : seven cases of gamma-hydroxybutyric acid overdose*. Ann. Emerg. Med., 1998 a

idem, *A tale of novel intoxication : a review of the effects of gamma-hydroxybutyric acid with recommendations for management*. Ann. Emerg. Med., 1998 b

MARINO & COSTA, *Alcoholism. Aspects of its pharmacology, clinical picture and therapy*. Recenti Prog Med., 1993

OMPAD & GALEA & FULLER & PHELAN & VLAHOV, *Club drug use among minority substance users in New York City*. Journal Psychoactive Drugs, 2004

SCHWARTZ & MILTEER & LE BEAU, *Drug-facilitated sexual assault (" date rape ")*. South Med. J., 2001

SETHY & ROTH & WALTERS & MARINI & VAN WOERT, *Effect of anesthetic doses of gamma-hydroxybutyrate on the acetylcholine content of rat brain*. Naunyn

Schmiedebergs, Arch. Pharmacol., 1976

STILLWELL, *Drug facilitated sexual assault involving gamma-hydroxybutyric acid*. J. Forensic Sci., 2002

VESCOVI & COIRO *Different control of GH secretion by gamma-amino-and gamma-hydroxybutyric acid in 4-year abstinent alcoholics*. Drug Alcohol Depend., 2001

WINICKOFF, *The Icelandic Healthcare Database*, New Engl. Journal Med., 2000

Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur svizzero

a.baiguera@alice.it

and.baiguera@libero.it

baiguera.a@hotmail.com