

ISSN 1127-8579

Pubblicato dal 23/01/2014

All'indirizzo <http://www.diritto.it/docs/35863-droghe-lecite-e-droghe-illecite-in-svizzera>

Autore: Baiguera Altieri Andrea

Droghe lecite e droghe illecite in Svizzera

DROGHE LECITE E DROGHE ILLECITE IN SVIZZERA

del Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur. svizzero

and.baiguera@libero.it
baiguera.a@hotmail.com

1. La nuova Legge Federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (BetmG – 01/10/2013)

Gli Artt. dall' 1 al 3 BetmG manifestano la consueta retorica dei Preamboli legislativi. L' Art. 1a BetmG, introdotto il 20/03/2008, reitera, anche a livello di rubrica, il << *Principio dei quattro pilastri* >>, ovverosia prevenzione, terapia e reinserimento, riduzione del danno e repressione. Anche l' Art. 2 BetmG fornisce definizioni autentiche impeccabili, ma oramai note sin dalla prima stesura del 1951. Interessante, dopo la novellazione del 20/03/2008, è che il nuovo Art. 2b BetmG affermi che << *le disposizioni concernenti gli stupefacenti si applicano anche alle sostanze psicotrope* >>. Esistono << *regimi agevolati* >> per quanto attiene agli psicofarmaci legali (Art. 3 BetmG).

Dopo la revisione parziale del 20/03/2008 (in vigore dallo 01/07/2011) la prevenzione è ripartita tra Confederazione e Cantoni, che sono impegnati, volenti o nolenti, nel concretizzare le pedagogie astratte ed oniriche degli ottimisti ad oltranza. Viceversa, molto importante è la somministrazione “ a scalare “ della diacetilmorfina per fini di disintossicazione nel lungo periodo (Art. 3e BetmG). I profili applicativi concreti sono assegnati ai singoli Cantoni (ult. cpv. comma 1 Art. 3e BetmG). In ogni caso, già prima della Riforma, gli psicofarmaci godono di un regime agevolato (Artt. dal 4 al 7 BetmG). Ognimmodo, visti i risultati sociali e tossicologici, l' Art. 8 BetmG esterna uno sfavore normativo più che radicale nei confronti dell' oppio, della diacetilmorfina, dell' acido lisergico e della canapa. E' fatta eccezione per la diacetilmorfina , qualora essa venga utilizzata nella cura dell' eroinomania. Anche nel caso della terapia del dolore e dell' oncologia, sussistono agevolazioni per operatori sanitari, dentisti, veterinari, farmacisti e stabilimenti ospedalieri (Artt. dal 9 al 14 BetmG)

A livello penalistico, nell' ultima novellazione del 20/03/2008, l' Art. 19 BetmG prevede e punisce lo smercio meramente tossicovoluttuario degli stupefacenti, specialmente se (comma 2 Art. 19 BetmG):

1. lo spacciatore sa o deve presumere che l' infrazione può mettere direttamente o indirettamente in pericolo la salute di molte persone
2. lo spacciatore agisce come membro di una banda costituitasi per esercitare sistematicamente il traffico illecito di stupefacenti
3. lo spacciatore realizza, trafficando per mestiere, una grossa cifra d' affari o un guadagno considerevole
4. lo spacciatore, per mestiere, offre, fornisce o rende accessibili in altro modo stupefacenti in centri di formazione destinati principalmente ai minori o nelle immediate vicinanze

Costituisce una pesante aggravante fornire stupefacenti ad un / una minore (Art. 19 bis BetmG, in vigore dallo 01/07/2011). Tuttavia, la << *modica quantità* >> ad uso personale rende facoltativa, anziché obbligatoria, l' azione penale (comma 2 Art. 19 a BetmG, novellato già nel 1975). Inoltre, se il detentore della sostanza si sottopone ad un' assistenza sorvegliata da un medico, la pena si estingue, qualora tale << *Probation* >> rechi alla disintossicazione sperata (comma 3 Art. 19 a BetmG). In quarto luogo (Art. 19 b comma 1 BetmG), sin dal 1975 << *chiunque prepara un' esigua quantità di stupefacenti soltanto per il proprio consumo o ne fornisce gratuitamente un' esigua quantità ad una persona di età superiore agli anni 18, per renderne possibile il simultaneo consumo in comune, non è punibile* >>. Infine, a differenza di quanto accade

nel T.U. 309/1990, nell' Ordinamento italiano, l' Art. 19 c BetmG manifesta una *ratio* tollerante nei confronti dell' istigazione al consumo di sostanze illecite.

2. L' eroina

Con amara ironia, FISCHER (1985) asseriva che << *l' eroina non reca tanto a problemi medico-farmacologici, quanto, piuttosto, a problemi tra i consumatori, la Polizia e la Giustizia*>>. Probabilmente, nessun criminologo serio potrà mai risolvere il dilemma dell' eventuale legalizzazione dell' eroina, ma, senza alcun dubbio, questa sostanza, negli Anni Settanta ed Ottanta del Novecento, ha fruttato Miliardi di Franchi alla criminalità organizzata. Si è pensato poco alla riabilitazione degli eroinomani e molto, viceversa, ai problemi politici, giudiziari ed investigativi connessi al mercato dell' eroina, la quale diventa fisicamente pericolosa se unita ad altre droghe, se tagliata male o se iniettata in vena con siringhe non monouso e non sterili. Anche BEHR & JUHNKE (1985), sempre in ambito germanofono, attribuiscono l' elevato tasso di mortalità all' automedicazione non professionalmente controllata, così come HARDING (1981) punta il dito sui casi di overdose e di consumazione poli-tossicomantica di eroina e bevande alcoliche.

Non senza torto, SCHEERER (1985) sosteneva che la sifilide (leggesi : l' AIDS) e le epatiti sono più pericolose dell' eroina in se stessa. All' opposto, MAY & PRACK & ROSENSTOCK (1980) esternavano altrettanto rispettabili posizioni rigidamente proibizionistiche alla luce di conseguenze fisiche come l' AIDS, le epatiti, l' ipovitaminosi, le infezioni, i disturbi vegetativi, le anomalie dei riflessi, i tremori, le cardiopatie ed i disturbi del sonno. Probabilmente, la Tesi della distribuzione controllata “ a scalare “ rimane la più ragionevole, anche se necessita un costoso controllo medico, che non deve comunque escludere mai, a parere di chi redige, la lotta giudiziaria senza confine ed illimitata al narcotraffico internazionale.

Tuttavia, anche l' ipotesi della legalizzazione si presta a molte critiche. Infatti, la somministrazione controllata può essere recata innanzi, sotto il profilo tossicologico, anche per 8 o, addirittura, 15 anni ininterrottamente, ma (HARDING, *ibidem*), nel 51 % dei casi non verrà eliminata la dipendenza psicofisica ed innumerevoli saranno i danni alla salute, compresa la pericolosità collettiva dell' eroinomane munito di Patente di Guida. La legalizzazione dell' eroina è aspramente criticata pure da BEHR & JUHNKE (*ibidem*), che utilizzano l' eloquente neologismo << *Drogenkatastrophen* >>. Per parte sua, QUENSEL (*ibidem*) reputa paradossale distribuire una sostanza tossicovoluttuaria connotata da un totale sfavore legislativo. Senz' altro, l' eroina è un danno, soltanto un danno, sempre un danno e la società deve eliminare le sanzioni tradizionali o, all' opposto, accettare le conseguenze della legalizzazione. Bisognerà (o non bisognerà) decidere cosa sarà accettabile e cosa no, compresi i frequenti e prevedibili episodi di violenza fisica e di abusi sessuali su donne tossicodipendenti. Il vero problema, secondo molti Autori, è che lo slogan << *Heroin für alle* >> [eroina per tutti] non incide sulla << *Kriminalitätsminderung* >> [riduzione del tasso di criminalità]. L' ingenuità dei concerti rock di Liverpool ha ormai lasciato spazio, dopo una trentina d' anni, alla Criminologia seria e disincantata.

Nella Svizzera germanofona, la maggior parte degli eroinomani in terapia è circa quarantenne o quarantacinquenne. Uno dei problemi maggiori rimane quello della duplice natura della disintossicazione, ovverosia tanto dagli oppiacei quanto dal THC. I costi sono notevoli, poiché gli ambulatori necessitano di decine di medici specializzati in Sociologia, Pedagogia, Psicologia e Psichiatria. In ambito politico ed ideologico, molti si lamentano del fatto che la collettività si debba occupare di << *scarti sociali* >> perennemente bisognosi di terapia. Oltretutto, i farmaci sostitutivi costano molte migliaia di Franchi, come dimostrato dal caso del Metadone, del Polamidon, del Valoron, del Mandrax, del Valium, del Vesparax, del Medinox e del Codein. I proibizionisti svizzeri, austriaci e tedeschi richiedono più sanzioni di matrice carceraria e meno terapie infantilizzanti, che, dopo 5 o 10 anni di esperimenti, producono risultati scarsi e non idonei. Anzi, secondo alcuni, esistono eroinomani << *refrattari alle terapie* >> per i quali altra via non resta se non il carcere o,

comunque, strutture semi-punitive e neo-retribuzionistiche . Con un ossimoro molto ben riuscito, si è descritta la situazione degli ambulatori per eroinomani come il regno del << *Recht und Unrecht*>> [Diritto e non-Diritto], specialmente perché la riabilitazione richiede tempi lunghi e l'esito non è mai totalmente positivo e privo di recidive. Per questi motivi, molti, nella Criminologia germanofona, reputano che la pena detentiva intra-muraria sia maggiormente persuasiva degli ambulatori e degli ospedali. Esiste una lunga storia medica in tema di farmaci sostitutivi. Tra il 1875 ed il 1900, gli eroinomani venivano curati soltanto con la Diacetilmorfina. Nel 1935 fu la volta del Dolantin, seguito, nel 1946, dal Polamidon, poi, nel 1948, dal Rademorphan, nel 1949 dal Thiambuten, nel 1953 dallo Heptazin e, nel 1958, dal Palfium e dallo Jetrium. Tra il 1973 ed il 1976, il Polamidon conobbe un momento di gloria, ma, dopo alcuni decessi colposi, si optò, nel 1975 per il Mandrax ed il Valoron. Oggi, a causa dell' AIDS, si preferisce far inalare il farmaco sostitutivo anziché iniettarlo in vena. In effetti, l' HIV , di fatto, ha sconvolto le certezze farmacologiche prevalenti.

3. L' Ordinanza sulla dipendenza da stupefacenti e sulle altre turbe legate alla dipendenza (ODStup – 25/05/2011)

Il centro focale dell' ODStup del 2011 è costituito dagli Artt. dal 10 al 25 ODStup (*cure basate sulla prescrizione di diacetilmorfina*). Tuttavia, anche in questo caso, non mancano lunghe e retoriche digressioni afferenti alla prevenzione (Artt. dal 3 al 5 ODStup), al reinserimento terapeutico (Artt. dal 6 al 7 ODStup), alla riduzione dei danni (Artt. dal 26 al 27 ODStup) ed alle Norme di chiusura, le quali, nella realtà di tutti i giorni, necessitano di una concreta Normazione di rango cantonale (Artt. dal 28 al 48 ODStup).

La diacetilmorfina “ a scalare “ costituisce oggi una valida alternativa al metadone, ormai risalente agli Anni Ottanta del Novecento. La terapia diacetilmorfina è riservata (Art. 10 ODStup) ai maggiorenni, agli eroinomani con una dipendenza cronica passata almeno biennale, a chi ha già, inutilmente, seguito altre due terapie pregresse rivelatesi fallimentari e, infine, è ammesso alla disintossicazione soltanto un tossicomane con gravi carenze psichiche, fisiologiche o (*rectius* : e) sociali. Il piano terapeutico è dettagliatamente personalizzato (Art. 12 ODStup). Di regola, la diacetilmorfina è assunta dal paziente all' interno di un' istituzione ambulatoriale sotto lo stretto controllo << *a vista* >> del personale medico e paramedico (comma 1 Art. 13 ODStup). In casi eccezionali (commi 2 e 3 Art. 13 ODStup), la sostanza “ a scalare “ è assunta, per due volte al giorno, presso il domicilio privato dell' eroinomane, il quale, nei 6 mesi pregressi, abbia inizialmente seguito cure ambulatoriali ordinarie . Inoltre, il paziente, per godere del beneficio della somministrazione domiciliare, deve essere sufficientemente stabilizzato, non più assuntore di eroina e non con una personalità tendente all' abuso.

Gli Artt. dal 14 al 20 ODStup cercano di massimizzare la qualità e la competenza dell' Istituzione e del medico autorizzati a somministrare diacetilmorfina . Ciononostante, chi scrive reputa fastidiosamente pleonastiche tali Norme federali, in tanto in quanto il profilo applicativo spetta, a livello fattuale, sempre e comunque ai singoli Cantoni. Dette Istituzioni ambulatoriali, di rango cantonale o comunale, sono tenute alla massima competenza e a possedere infrastrutture appropriate (Art. 14 ODStup). Il personale dev' essere composto (Art. 15 ODStup) da un medico tossicologo, da un assistente sociale e da almeno un infermiere. La sorveglianza spetta all' Ufficio Federale di Sanità Pubblica (UFSP) (Art. 16 ODStup). All' UFSP è conferito ampio potere in tema di rilascio o, viceversa, di revoca per la somministrazione di diacetilmorfina (Artt. 17, 18, 19 e 20 ODStup). Ciononostante, chi scrive ribadisce che si tratta di Norme munite di una cogenza completamente astratta, in tanto in quanto i Cantoni e, di riflesso, i Comuni sono gli autentici responsabili nonché attuatori dei piani terapeutici. L' ODStup del 25/05/2011 non ha fortunatamente conculcato il Principio costituzionale del plurisecolare federalismo elvetico ex Art. 3 Costituzione Federale. (<< *I Cantoni sono sovrani per quanto la loro sovranità non sia limitata dalla Costituzione federale ed esercitano tutti i diritti non delegati alla Confederazione* >>).

L' eroinomane è tenuto alla massima collaborazione (Artt. 21 e 22 ODStup), ma egli è estromesso dalla terapia se prosegue a consumare sostanze illecite, cede o vende a terzi la diacetilmorfina, minaccia o usa violenza nei confronti del personale medico e/o paramedico (Art. 23 ODStup).

Per il resto, l' ODStup del 2011 contiene decine di Articoli descriventi competenze federali risibili. L' ODStup traccia le linee generali come una c.d. << *Legge Quadro* >> nei Decreti Legislativi del Diritto italiano, ma le competenze effettive sono e rimangono cantonali e soltanto cantonali

4. L' ecstasy

E' anti-storico legare l' MDMA soltanto ai concerti di musica Techno, in tanto in quanto la molecola stimolante è stata sintetizzata un secolo fa allo scopo di disinibire i soldati durante la I Guerra Mondiale. I primi esperimenti chimici iniziarono nel 1898 ed i farmaci a base di ecstasy si diffusero a partire dal 1912. Degni di menzione sono pure le applicazioni del medico californiano Alexander Shulgin , che ne scoprì i positivi effetti ansiolitici sul cervello femminile. Tuttavia, nel 1985, la DEA statunitense (*Drug Enforcement Administration*) ne proibì l' utilizzo, tranne in rari casi e, comunque, in strutture ospedaliere. In Svizzera, in data 22/04/1986, il Bundesgericht iniziò a manifestare un pesante sfavore giurisdizionale nei confronti dell' MDMA, responsabile di svariati decessi sull' isola di Ibiza, ove era stata introdotta da ingenui turisti britannici durante una festa (PATRICK & AMENDT 1997).

Oggi l' MDMA è ormai un vago ricordo dell' inizio degli Anni Novanta del Novecento, così come l' l' MDA, l' MDE, l' MMDA e l' MDMB, spesso mescolati a caffeina ed amfetamine, ma anche ad alcool, LSD , Speed e centinaia di ulteriori sostanze. Gli effetti apparentemente ed inizialmente positivi sono euforia, stati estatici, voglia di divertirsi, energia, estroversione e simpatia nei confronti degli altri. In realtà, l' ecstasy, specialmente se associata a bevande alcoliche, concentra verso il cranio il flusso del sangue, sino al decesso, all' infarto, all' aritmia totale, all' epilessia ed alla completa distruzione , seppur silenziosa, del cervello, del cuore e del sistema nervoso centrale e periferico. Non è ancora stato accertato se i derivati dell' MDMA producano dipendenza psicologica, ma senz' altro si manifesta dipendenza fisiologica.

Dagli USA, negli ultimi 7 o 9 anni, è provenuta la moda del GHB, ovvero ecstasy liquida, utilizzata alla stregua di un folle aperitivo, specialmente per fini di stupro collettivo. Il GHB è di solito bevuto o fumato e produce effetti in meno di 15 minuti. Se bevuto con alcool, il GHB provoca molto facilmente la morte dopo poche ore di agonia. Il GHB, se assunto sotto controllo medico, è un farmaco anti-depressivo e tranquillante, che agisce sui recettori GABA, ma (lo si ripete) l' acido in questione provoca la morte se mescolato a bevande alcoliche. L' ecstasy, in forma di pasticca o liquida, è molto pericolosa pure quando viene associata alla cannabis fumata.

Siti svizzeri sull' ecstasy (*ratio* : riduzione del danno)

1. www.eve-rave.ch/lexikon/er_ghb.htm
2. www.obsolete.com/ecstasy
3. www.sfa-ispa.ch

5. Le farmacodipendenze

Ormai l' ansia e le nevrosi collettive dell' odierna società elvetica recano sempre più persone a quello che, nella Criminologia germanofona è noto come << *Missbrauch und Abhängigkeit von*

Medikamenten >> [abuso e dipendenza da farmaci]. Nell' Ottocento, gli eccessi tossicomaniacali semi-legali si focalizzavano sui barbiturici e sugli oppiacei, mentre, verso gli Anni Cinquanta del Novecento, le benzodiazepine detengono un triste primato in tema di abuso. A loro volta, le benzodiazepine si suddividono in tranquillanti o in ipnotici.

A livello statistico, le farmacodipendenze colpiscono più le donne (3,8 %) che gli uomini (1,9 %). Tra i 65 ed i 74 anni d' età, è interessato dal fenomeno il 6,3 % degli / delle svizzeri/e. Oltre i 74 anni d' età, gli eccessi toccano ben il 13,4 % della popolazione nazionale. Nel 2000, nella Confederazione elvetica, sono state vendute oltre 7.480.000 confezioni di psicofarmaci. Nel 2007, i medici generici svizzeri hanno prescritto sostanze psicotrope al 4 % delle donne in cura ed al 2 % dei pazienti maschi. I problemi maggiori sorgono allorché gli psicofarmaci vengono assunti assieme ad alcool, oppiacei o cocaina. Soltanto l' 8 % degli adolescenti fa uso di medicinali psicoattivi, ma, in totale, in tutta la Svizzera, i farmacodipendenti in senso stretto sono circa 60.000, molti dei quali senza alcun controllo medico.

Le restrizioni giuridiche, in tema di psicofarmaci, sono molte, ma non vengono quasi mai rispettate, specialmente per quanto afferisce alle benzodiazepine ed ai derivati dei barbiturici. In buona sostanza, le limitazioni contenute nell' Ordinanza sulla BetmG sono, di fatto, risibili ed insussistenti. Il commercio on-line, inoltre, non è controllabile in alcun modo. Oltretutto, uno dei problemi maggiormente sottovalutati consiste nel << *Mischkonsum* >> con altre sostanze, lecite e non. I rischi connessi alle farmacodipendenze sono di triplice natura: corporali, psicologici e sociali, soprattutto nel lungo periodo. Le dosi troppo elevate sono devastanti sotto tutti i profili, in particolare qualora l' assunto debba mettersi alla guida di un' automobile o debba utilizzare macchinari lavorativi potenzialmente pericolosi. A livello lessicale, nella Criminologia svizzera, si parla di un iniziale << *Medikamentenmissbrauch* >>, ovvero un arbitrario innalzamento della dose del farmaco, che poi sfocia in una vera e propria intossicazione irreversibile, detta tecnicamente <<*Medikamentenabhängigkeit*>> [farmacodipendenza]. Quanto testé esposto si verifica specialmente in fatto di benzodiazepine .

La prevenzione delle farmacodipendenze deve iniziare con le sostanze apparentemente innocue come il tabacco e le bevande alcoliche. Soprattutto necessita un' educazione alla nozione di << *controllo medico* >>. In ogni caso, a parere di chi redige, irrita oltremodo, negli Anni Duemila, l' ipostatizzazione ed, anzi, la divinizzazione della Medicina, in tanto in quanto, entro certi limiti, l' automedicazione non sempre è fuori luogo (BAIGUERA ALTIERI 2011)

Tra il 1994 ed il 2006, è iniziato il malcostume dell' abuso di psicofarmaci anche presso gli ultra-15enni, che, per combattere ansia e nervosismo, abusano di sostanze legali (il 4 % è composto da studenti maschi, il 5 % da femmine). Nel 2006 non sono mancati casi di somministrazione di tranquillanti ad 11enni e 13enni. Nel 1994, si è avviata la triste moda della farmacodipendenza presso le studentesse 13enni. Il primato dei farmaci abusati spetta, come prevedibile, alle benzodiazepine . Tra il 2005 ed il 2006, il 15,6 % dei pazienti ha richiesto tranquillanti al proprio medico di base. Otto utenti su dieci hanno problemi anche con le bevande alcoliche.

6. La Convenzione di Vienna del 1971 sulle sostanze psicotrope (ratificata dalla Svizzera il 21/07/1996)

Ai fini della corretta comprensione del non facile Testo della presente Convenzione del 1996 (la cui stesura risale comunque al 1971), pare opportuno precisare il significato di talune ermetiche denominazioni utilizzate nel Testo italo-fono:

- 1. Consiglio** : Consiglio economico e sociale dell' ONU
- 2. Commissione** : Commissione degli stupefacenti del Consiglio
- 3. Organo** : Organo internazionale di controllo degli stupefacenti
- 4. Segretario generale** : Segretario generale dell' ONU

L' Art. 2 della Convenzione di Vienna del 1996 (detta nel prosieguo << Convenzione >>)

consente ad ogni Stato – Parte ratificante della Convenzione di denunciare all' ONU ed all' OMS (Organizzazione Mondiale per la Sanità) la presenza ed il sequestro , nel proprio territorio nazionale, di una droga o di un farmaco illeciti e socialmente nonché tossicologicamente pericolosi. Tale medicamento verrà inserito in apposite Tabelle di natura catalogica assai simili alle 6 categorie impiegate, nel Diritto italiano, nel T.U. 309/1990 e successive modificazioni.

In particolar modo, la Convenzione si occupa delle sostanze uncianti, stimolanti , deprimenti, allucinogene e di tutte quelle che alterano l' umore e le funzioni motorie. Gli esami chimici sono effettuati dalla Commissione e dall' OMS. Entro 180 giorni, salvo riserve delle Parti, il Segretario generale dell' ONU comunicherà ogni dettaglio agli Stati – Parte della Convenzione. In particolar modo, saranno valutate la tossicità e la pericolosità collettiva del farmaco o della droga tossicovolutuaria. Il risultato finale sarà, all' interno di ogni singolo Ordinamento nazionale, la limitazione o la proibizione della fabbricazione, del commercio e della distribuzione della sostanza, che, comunque, potrebbe eccezionalmente essere utilizzata come psicofarmaco, purché prescritto con regolare ricetta medica. Infatti, l' Art. 3 della Convenzione stabilisce un regime più elastico e libertario per i << *preparati psicotropi che non creano né un problema per la sanità pubblica né un problema sociale ... detto preparato potrà essere esonerato da alcune delle misure di controllo di cui alla presente Convenzione* >>

L' Art. 4 della Convenzione dispone la possibilità di esportare od importare psicofarmaci legali ad uso strettamente terapeutico. Egualmente, i medicinali legali rimarranno fabbricabili ed esportabili dalle industrie farmaceutiche, purché gli usi siano puramente medici e scientifici (Art. 5 Convenzione). Di norma, è vietata la pubblicità televisiva o cartacea di psicofarmaci vendibili con ricetta medica (Art. 10 Convenzione).

L' Organo internazionale di controllo degli stupefacenti predispone ogni anno Rapporti ufficiali, nei quali figurano un' analisi delle informazioni statistiche di cui l' Organo dispone e, se necessaria, un' illustrazione delle spiegazioni fornite dai singoli Governi nazionali, nonché qualunque osservazione o raccomandazione che esso desideri formulare, affinché siano inserite nel foglietto illustrativo della confezione del farmaco. L' Organo può altresì predisporre qualunque Rapporto supplementare ritenuto necessario (Art. 18 Convenzione). In ogni caso, le Parti ratificanti adotteranno tutte le misure atte ad impedire le farmacodipendenze ed a riabilitare i soggetti caduti nella dipendenza da psicofarmaci.

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

BAIGUERA ALTIERI, *L' interesse legittimo all' automedicazione in Svizzera: perché no ?*
www.diritto.it/docs/31522 21 Aprile 2011

BEHR & JUHNKE, *Drogenpolitik in der Bundesrepublik*, Rohwohlt-aktuell, 7/1985

FISCHER, in **BEHR & JUHNKE**, *Drogenpolitik in der Bundesrepublik*, Rohwohlt-aktuell, 7/1985

HARDING, *Kontrollierter Heroingenuß – ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellen Denken, ref. Rausch und Realität, Materialband zur Ausstellung*, Köln, 1981

MAY & PRACK & ROSENSTOCK, *Akute und chronische somatische Erkrankungen bei jugendlichen Drogenabhängigen. Ref. Folgen der Sucht*, Hrsg. KEUP , Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1980

PATRICK & AMENDT, *XCT, Ecstasy & Co., Alles über Partydrogen*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1997
SCHEERER, *Methadon und Heroinprogramm in der Strategie der Entkriminalisierung. Drogenpolitik in der Bundesrepublik*, Rowohlt aktuell, 7 / 1985
QUENSEL, *Drogenelend*, Campus Verlag, Frankfurt, 1982

Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur. svizzero
and.baiguera@libero.it
baiguera.a@hotmail.com