

ISSN 1127-8579

Pubblicato dal 20/02/2014

All'indirizzo <http://www.diritto.it/docs/35976-le-droghe-in-canton-ticino-norme-giuridiche-e-metanorme-sociali>

Autore: Baiguera Altieri Andrea

Le droghe in Canton Ticino: norme giuridiche e metanorme sociali

LE DROGHE IN CANTON TICINO :
NORME GIURIDICHE E METANORME SOCIALI

del Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur. svizzero

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

1. Il Regolamento di applicazione della BetmG (novellato in data 03/09/2002)

In Canton Ticino, la ripartizione delle competenze dall' Art. 1 all' Art. 5 del Regolamento in esame vede, a titolo di soggetti cantonali protagonisti, il Dipartimento cantonale della Sanità e della Socialità, la Divisione della salute Pubblica, l' Ufficio cantonale di sanità, il Medico cantonale ed il Farmacista cantonale del Ticino. Al Dipartimento della Sanità sono concessi troppo vaghi e generici compiti << *sull' esecuzione e l' applicazione della Legge d' applicazione della Legge federale sugli stupefacenti* >> (Art. 1 comma 1 Regolamento). Si tratta delle consuete ipertrofie burocratiche debitamente e provvidenzialmente riempite di significato a livello cantonale periferico. Anche in questo caso, la Prassi copre e completa le declamazioni retoriche dei Testi di Normazione. Anche l' Art. 2 del Regolamento parla, assai latamente, di promozione << *dell' informazione, della prevenzione e della ricerca nel campo delle tossicomanie* >>. Molto più pragmaticamente, l' Art. 3 del Regolamento affida alla Divisione cantonale della salute pubblica l' erogazione di sussidi dai 10.000 ai 30.000 Franchi, allorquando, per gli emolumenti più modesti, interviene invece il Medico cantonale (lett. c Art. 4 Regolamento). L' Art. 3a del Regolamento, novellato negli Anni Duemila, conferisce all' Ufficio di sanità tre impegni di discreta importanza, ovverosia la concessione e la revoca delle autorizzazioni di cui alla BetmG federale, la formazione del Personale medico e la vigilanza sui servizi ambulatoriali e sui centri residenziali. Anche il Farmacista cantonale (Art. 5 Regolamento) << *procede ai controlli* >> previsti dagli Artt. 16, 17 e 18 BetmG. Tuttavia, la figura focale dei primi cinque Articoli del Regolamento rimane senza dubbio il Medico cantonale del Ticino (Art. 4 Regolamento). Tale Istituzione monocratica

1. riceve le segnalazioni ed i nominativi dei tossicodipendenti abituali e/ o socialmente pericolosi
2. segnala i casi in cui si rende necessaria la revoca della Patente di Guida
3. concede sussidi finì a 10.000 Franchi

L' Art. 4 del Regolamento risulta, dunque, pienamente e prioritariamente percettivo, senza concessioni alla retorica vuota e demagogica.

Dopo molti anni di silenzio e confusione *de jure condito*, l' Art. 6 comma 1 Regolamento offre finalmente la definizione autentica di << *servizio ambulatoriale* >>, che è << *l' ente strutturato che accoglie una cerchia indeterminata di persone con problemi di tossicomania senza prevedere il loro pernottamento presso il servizio* >>. A loro volta, (comma 2 Art. 6 Regolamento) i servizi ambulatoriali si distinguono in << *antenne* >>, preposte ad un accompagnamento riabilitativo completo , e << *centri a bassa soglia* >>, che erogano siringhe sterili e consulenze diurne molto generiche. Il servizio ambulatoriale deve essere adeguato dal punto di vista edile (Art. 7 Regolamento), ma il requisito più importante è la presenza (Art. 8 Regolamento) di un dirigente in possesso di un idoneo titolo accademico nel campo socio-psico-pedagogico. Ogni ambulatorio è tenuto a presentare al Dipartimento cantonale di sanità il curriculum studiorum dei componenti dell' équipe , l' elenco del Personale, l' estratto del casellario giudiziale di ogni operatore, lo stato patrimoniale, il conto economico e l' atto di costituzione dell' ente (Art. 9 Regolamento).

La seconda forma di Istituto per la disintossicazione in Canton Ticino è il << *Centro Residenziale* >>, autenticamente definito ex Art. 10 Regolamento come << *una struttura che accoglie una cerchia indeterminata di persone con problemi di tossicomania e ne prevede il loro*

pernottamento presso il Centro >>. Gli orientamenti terapeutici e culturali non hanno vincoli restrittivi (comma 3 Art. 10 Regolamento) e le denominazioni tecniche dei Centri Residenziali sono le più numerose e varie (appartamenti protetti, strutture di alloggio, Centri di disintossicazione fisica, Centri rieducativo-riabilitativi, Centri terapeutico-riabilitativi, Centri di riabilitazione professionale) (comma 2 Art. 10 Regolamento). I requisiti per l' apertura di un centro residenziale sono in gran parte simili a quelli richiesti per il Servizio Ambulatoriale senza pernottamento. Infatti necessita un' idoneità edile ed igienica (Art. 11 Regolamento). Inoltre, è richiesto al Dirigente un titolo accademico idoneo e un numero di Operatori assunti sufficiente in proporzione ai pazienti da ricevere in carico (Artt. 11 e 12 Regolamento). L' istanza di autorizzazione dev' essere corredata dalla descrizione del concetto terapeutico e/ o educativo del Centro (Art. 13 Regolamento). Gli altri documenti indispensabili, come nel caso del Servizio Ambulatoriale, sono l' indicazione della capacità ricettiva, il curriculum studiorum degli addetti, l' elenco del personale, l' estratto del casellario giudiziale per ogni componente, lo stato patrimoniale, il conto economico e l' attestato di costituzione dell' ente.

Sia i Servizi Ambulatoriali sia i Centri Residenziali autorizzati debbono inoltrare al Dipartimento cantonale ticinese della Sanità, entro il 31 Marzo di ogni anno, un rapporto dell' attività, il Bilancio ed i dati statistici relativi all' attività svolta (Art. 14 Regolamento)

In Canton Ticino, i sussidi pubblici, tanto nel caso delle << antenne >> quanto nel caso dei Centri di pernottamento debbono essere richieste al Medico Cantonale, unitamente ad un preventivo contenente l' indicazione dettagliata degli obiettivi, dei metodi e dei mezzi (Art. 16 Regolamento). Il comma 2 Art. 17 del Regolamento statuisce un regime agevolato 'e meno burocraticizzato qualora l' emolumento richiesto sia inferiore a 20.000 Franchi. Purtroppo, l' Art. 18 del Regolamento contempla lemmi ben poco afferenti alla Criminologia. In tal sede, la Normativa si concentra sulle spese per gli stipendi degli Operatori, per le migliorie edili, per il canone di locazione della sede e per gli ammortamenti di Bilancio. I Servizi ed i Centri sono tenuti a presentare ogni Ottobre stato patrimoniale e conto economico. Ogni sussidio, comunque, va richiesto entro il 31 Marzo dell' anno contabile (Art. 19 Regolamento).

Gli oneri amministrativi per istituire un' antenna od un Centro residenziale in Canton Ticino sono assai severi, in tanto in quanto l' Istituzione terapeutica necessita di una descrizione preventiva del Personale, del regolamento interno e soprattutto di un contratto di prestazione accettato dalla Pubblica Amministrazione cantonale ticinese (Art. 21 Regolamento). Inoltre, l' Art. 22 del Regolamento prevede la massimizzazione della cultura medica e paramedica del Personale preposto ad occuparsi dei pazienti tossicomani. In via eccezionale (Art. 23 del Regolamento) possono essere accettati Servizi Ambulatoriali e Centri con pernottamento in altri Cantoni, purché sia rispettato il principio di equipollenza normativa. Infine, gli Artt. dal 24 al 30 del Regolamento ripetono, con ossessiva ridondanza *de jure condito*, lunghe liste di documenti, bilanci e resoconti senza dei quali il Dipartimento cantonale della Sanità in Ticino può revocare o non concedere ogni riconoscimento giuridico e contabile. L' Art. 31 del Regolamento fissa nello 01/05/2000 la data di cogenza irreversibile del Regolamento qui in esame.

2. Il Regolamento sulla coltivazione della canapa e sulla vendita al dettaglio dei suoi prodotti (Rcan – 17/02/2004)

Dopo la drammatica esperienza sociale e giudiziaria dell' Operazione Indoor, il Canton Ticino, nell' Art. 1 Rcan, ha affidato, a livello empirico, alla Polizia Cantonale ogni competenza relativa alla coltivazione ed alla vendita della cannabis. Ormai, il problema sociale della canapa aveva assunto, in Canton Ticino, dimensioni allarmanti e necessitava più severità ed un netto sfavore normativo.

L' Art. 2 Rcan, nei commi 1 e 2, affida alla Polizia Cantonale ticinese la non semplice distinzione tra la legittima coltivazione della cannabis per fini alimentari o tessili e, viceversa, la coltivazione per fini di produzione di stupefacenti da fumare

Entro 30 giorni dalla semina, i coltivatori sono tenuti ad annunciarsi alla Polizia Cantonale

(Art. 3 comma 1 Rcan). Detti agricoltori debbono notificare per iscritto la varietà e la provenienza della semente, le procedure di coltivazione, i produttori responsabili, le modalità del deposito del raccolto, gli acquirenti, i canali di smercio, ma, anzitutto, << l' utilizzazione prevista di tutte le componenti del raccolto >> (Art. 3 Rcan)

La data prevista per il raccolto dev' essere comunicata per iscritto alla Polizia Cantonale almeno 30 giorni prima (comma 1 Art. 4 Rcan)

A livello di *ratio*, l' Art. 5 Rcan opera una distinzione basilare. Se il THC contenuto nelle foglie è idoneo a produrre effetti psicotropi, la vendita è impedita. All' opposto, se il THC è basso e non si presentano pericoli per la salute pubblica, la Polizia Cantonale, unitamente alla sezione Agricoltura , non procede al sequestro. In realtà, si è di fronte ad una zona grigia ove lecito ed illecito risultano ben poco differenziabili e perennemente ambigui. In effetti, qualora il THC superi lo 0,3 % o vi siano indizi di uso psicoattivo, la Polizia Cantonale segnala il caso al Ministero Pubblico del Ticino (Art. 6 Rcan).

Lo sfavore normativo di cui si parlava pocanzi è talmente manifesto che la Casa Municipale competente per territorio deve anch' essa segnalare eventuali coltivazioni abusive di cannabis (Art. 8 Rcan). Anzi, la tematica era ed è così delicata che l' Art. 9 Rcan non prevede alcun termine di *vacatio legis* per l' Rcan del 17/02/2004. Come intuibile, il Canton Ticino ha voluto evitare il liberismo lassista del passato. Troppi nuclei familiari hanno patito, in Ticino, la piaga del THC a vendita libera nei famosi sacchetti odorosi o nelle altrettanto ridicole monete commemorative.

3. Le Politiche criminali svizzere in tema di droghe

Nel 1918, la Confederazione, pur con sei anni di ritardo, ha ratificato la Convenzione dell' Aja , ai sensi della quale le sostanze stupefacenti, psicotrope e psicoattive erano e sono tutt' oggi ammesse soltanto per fini medicali. Nel 1924 e, soprattutto, nel 1951 nacquero le prime BetmG in senso proprio. Nel 1972, la piaga delle overdoses da eroina era ormai diffusa, tanto da cagionare una novellazione totale della BetmG nel 1975. Negli Anni Ottanta, il problema dell' AIDS costrinse la Pubblica Amministrazione elvetica, tanto a livello federale quanto a livello cantonale, a non cercare l' eliminazione, bensì la riduzione del danno. In buona sostanza, verso la fine del Novecento, venne iniziata la << politica dei quattro pilastri >>, ovvero: prevenzione, terapia, repressione e riduzione dei rischi.

L' eterno dilemma della prevenzione si rivolge tutt' oggi, come prevedibile, alla popolazione giovanile in età scolare. Molti sono stati gli insuccessi, sintomo della ribellione verso un sistema scolastico contraddittorio ed eccessivamente severo anziché serio. In secondo luogo, il pilastro della terapia era ed è inevitabile e, anzi, in Svizzera, presenta risultati discreti. Esistono terapie in Comunità fondate sull' astinenza totale, anche dal tabacco e dalle bevande alcoliche. Oppure ancora, verso la fine degli Anni Settanta del Novecento, è stato impiegato il metadone, oggi sostituito dalla buprenorfina, dalla diacetilmorfina e da altri psicofarmaci, oppure dalla somministrazione controllata “ *a scalare* “ dell' eroina, entro apposite strutture ambulatoriali diurne. Per quanto afferisce alla repressione, essa non è rivolta alla micro-criminalità di quartiere, bensì al narcotraffico transnazionale. Ormai, la cocaina e le altre droghe illecite sono gestite dalle mafie internazionali e non da devianti improvvisati di calibro bagatellare.

Molto difficile è, piuttosto, credere con serietà alla << riduzione del rischio >>, allorquando, viceversa, la condizione di autentica salute dell' essere umano è costituita dall' astinenza totale rigida e rigorosa. A parere di chi redige, la riduzione del rischio, nozione pseudoscientifica di origine anglosassone, non ha un senso terapeutico vero e proprio, in tanto in quanto essa si fonda sull' accettazione di un consumo non anti-sociale e non pericoloso per l' ordine pubblico. E' necessario, secondo chi scrive, smascherare l' ipocrisia del *Summer of Love* di San Francisco del 1967, dello *Junkie Bond* di Londra e degli eroina-caffè di Amsterdam. La salute del tossicodipendente passa attraverso l' astinenza totale, senza l' intrusione subdola di sottoboschi criminali travestiti di luce angelica e buonista. Oltretutto, la scomparsa notevole dell' eroina iniettata per via endo-venosa ha tolto il senso etico (?) del pilastro della riduzione dei danni. Molto più

coscienziosamente, la Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 affermava che la salute << è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale >>. Anche l' altrettanto famosa Carta di Ottawa parla di << benessere completo dell' individuo >>, senza i compromessi di chi specula sulle tossicodipendenze vendendo preservativi, siringhe monouso e farmaci non sperimentati. Le tossicomanie giovanili vanno radicate sin dal loro primo sorgere, senza la fasulla distinzione tra sostanze leggere e sostanze pesanti. Anche la stessa Carta europea per la riduzione dei rischi del 1999 contraddice se stessa, nel momento in cui è costretta ad ammettere le finalità di << fermare il consumo >> e di << reinserire il consumatore >>. Sprecare energie, tempo e denaro nel ridurre i danni è antinomico rispetto al valore medico-sociale della salute e dell' indipendenza psico-fisica.

4. Profili criminologici e sociologici

Il Novecento è costellato di Convenzioni ed Intese multilaterali attinenti al problema delle droghe, ivi compreso l' abuso di psicofarmaci formalmente legali. La prima Convenzione, novellata ben sette volte, fu quella dell' Aja conclusa addì 23/01/1912. Notevoli sono pure la Convenzione unica di New York del 30/03/1961, l' emendamento di Ginevra (25/03/1972) nonché la Convenzione di Vienna del 21/02/1971.

BAKALAR & GRINSPOON (1984) sono tra i primi proibizionisti radicali dell' era contemporanea, poiché, a livello concreto, << l' assuefazione, la dipendenza, nonché gli effetti devastanti della tossicodipendenza sulla salute delle vittime ... e sulla loro vita familiare giustificano senz' altro una Norma che controlli strettamente l' uso di sostanze i cui effetti possono essere tanto nocivi sul piano sociale >>. Tutti i consociati assumono sostanze, come una pasticca per il mal di testa, un gradevole bicchiere di vino o una sigaretta, ma << l' assunzione di droghe lecite diventa un problema se eccede i limiti. E' evidente che questa distinzione dà per scontata l' esistenza di droghe buone, quelle legali, e droghe cattive, quelle illegali >> (GOSSOP 1987). Si tratta del tipico e diffuso caso in cui il paziente non si attiene alle prescrizioni mediche e decide di gestire autonomamente degli psicofarmaci prescritti per la sua igiene mentale. In realtà (BLACKWELL 1983 ; ZINBERG 1984), non tutte le sostanze sono equipollenti e non tutte escludono l' automedicazione: esistono le sostanze psicotrope, quelle psicoattive, quelle stupefacenti, quelle assunte occasionalmente e persino quelle perfettamente legali, come le sigarette e taluni tipi di benzodiazepine leggere. Anzi, sin dall' antichità (WEIL 1986) l' essere umano, specialmente il maschio in gruppo << usa sostanze psicoattive per modificare gli stati di coscienza e non è una novità del nostro tempo >>. Il problema autentico, a parere dell' autore pocanzi citato, è trovare un limite, una misura, << un criterio socialmente condiviso, ... per modificare lo stato di coscienza evitando, però, di infrangere le regole della convivenza sociale >>. Gli esempi di quanto testé asserito non vanno necessariamente ricercati soltanto nelle discoteche o nei locali notturni, ma anche, molto più semplicemente, nelle sagre di paese o nell' allegra festa di nozze di un caro parente.

SCHACHTER & SINGER (1962) iniettarono adrenalina a tre gruppi distinti di cavie umane ed il risultato fu che le alterazioni psicoattive si manifestavano a seconda dell' auto-percezione della sostanza. Pertanto, il contesto sociale ed il << gruppo >>, specialmente a livello giovanile, influenzano assai le dinamiche tossicovolutuarie, come dimostrato dall' altrettanto complicato concetto sociologico di << festa >>.

Tale << sociologizzazione >> delle droghe vale anche per le prime esperienze nel campo della cannabis (BECKER 1953), dell' eroina (GOSSOP, *ibidem*) e del tabacco (EISER & MORGAN & GAMMAGE & GRAY 1989). Non sono mancati nemmeno casi in cui il contesto sociale ed abitativo ha o, viceversa, non ha facilitato l' uso abituale di droghe. ROBINS (1973 e 1979) ha censito che soltanto uno scarso numero di reduci del Vietnam ha continuato ad assumere eroina, amfetamine e canapa, allorquando, durante l' evento bellico e prima delle spedizioni più pericolose, quasi tutti i soldati erano soliti disinibirsi con l' uso di sostanze. Anche CLAUSEN (1968) afferma che l' eroina, negli USA degli Anni Sessanta del Novecento, non si sarebbe capillarmente diffusa se non fosse esistita << una vera e propria subcultura deviante >>. Detto

criminologo giunge al punto di denominare il tossicomane con gli eloquenti lemmi << *attore sociale* >>, poiché molto dipende dal contesto socio-abitativo e lavorativo in cui vive e si forma il tossicodipendente. Tutte le predette osservazioni si realizzano specialmente durante i primi contatti degli infra-23enni con le droghe. Molto, forse tutto, dipende << *dall' interazione dell' adolescente con il gruppo dei coetanei o con la famiglia* >> (KANDEL 1980). Difatti, nel giovane assuntore, il << *processo di socializzazione* >> (BANDURA 1977) altro non è che un incontro-scontro tra il mondo degli adulti e quello dei coetanei, i quali chiedono pressanti prove di resistenza, dette << *rinforzo sociale* >> (SKINNER 1959). Le droghe giovanili sono soprattutto ed anzitutto la conseguenza degli attriti con le figure genitoriali e para-genitoriali (Mc DERMOTT 1984 ; KANDEL & ADLER 1982). Inoltre, a livello empirico, il giovane, sotto il profilo meta-geografico, riceve influenze di enorme entità dal << *fattore gruppo* >>, il quale spesso è criminogeno (AKERS 1985). Pare opportuno notare che, nel Novecento, alcuni eugenisti della Common Law anglosassone reputavano che esistessero predisposizioni neurologiche congenite al consumo di droghe. Tale asserzione lombrosiana si è rivelata completamente fuorviante, in tanto in quanto sono le sostanze e le attitudini comportamentali a ledere il cervello e non viceversa.

Negli Anni Sessanta del Novecento, la tossicodipendenza abituale era un fenomeno limitato agli USA, nei quali, nel 1970, si censirono ben 500.000 consumatori abituali di eroina. Tale sostanza veniva coltivata in Turchia e, successivamente, trafficata dalla Corsica e dalla Mafia siculo-americana.

La seconda fase è costituita dagli Anni Settanta del Novecento, quando l' oppio compare anche in Europa, Svizzera compresa. In Olanda , le overdoses furono incontrollabili, in Francia il primo decesso risale al 1969; in Italia al 1973.

Infine, tra il 1983 ed il 1988, l' eroina, dalla Francia, giunse anche nei Paesi del Blocco Sovietico ed in quelli meno industrializzati (Messico, Brasile, Iran, Egitto, India, Thailandia, Malesia, Nigeria e molti altri Stai africani). Quando l' eroina, unitamente alla cannabis, giunse anche in Australia, Canada e Giappone, il “ fatturato “ delle narco-mafie ammonatava ad almeno 86 Miliardi di Dollari statunitensi dell' epoca. Viceversa, la cocaina, prima degli Anni Duemila, era meno diffusa perché costosa.

E' interessante sottolineare che l' eroina, anche fumata, e la cocaina erano divenuti, verso gli Anni Novanta del Novecento, una moda collettiva che unificava il mercato e le usanze mondiali delle tossicodipendenze. Senz' altro, è falsa l' immagine del tossicomane residente solo in quartieri degradati e culturalmente sottosviluppati. Le droghe illecite colpivano e colpiscono trasversalmente ogni ceto sociale ed ogni condizione residenziale, recando alla rovina tanto i residenti in baracche periferiche quanto le famiglie di buona fama. Del resto, infastidisce l' asserzione anti-criminologica ed anti-scientifica che connette devianza e povertà pecuniaria. Anzi, tra il 1988 ed il 1990, la Svizzera venne colpita dall' eroinomania anche a livello di nuclei familiari benestanti con dimore discretamente lussuose. Analoghe osservazioni valgono pure per la vicina Lombardia.

Verso gli Anni Novanta del Novecento, la richiesta di cocaina superò quella di eroina, sino a provocare una cifra di consumatori abituali, in Europa, di ben 11.616.000 soggetti (che erano 5.750.000 nel 1985, 2.923.000 nel 1988 e 1.600.000 nel periodo di poco precedente). D' altronde, l' AIDS cagionò una maggiore prudenza nell' iniettarsi sostanze tossicovoluttuarie per via endovenosa.

Il mercato dell' eroina, della cocaina e della canapa non ha nulla di misterioso, salvo la comprensibile necessità di rimanere occulto e di non cercare vie di pubblicità radio-televisiva. In buona sostanza, il commercio degli oppiacei deve sempre fare i conti con il rischio di essere intercettato, specialmente a livello di spaccio, dalla Pubblica Autorità

Un Censimento statunitense degli Anni Novanta del Novecento afferma che la catena di distribuzione dell' eroina segue almeno sei anelli commerciali:

1. l' importazione dall' estero di quantitativi superiori a 10 Kg.
2. l' intervento dei commercianti all' ingrosso richiedenti dai 3 ai 10 Kg.
3. gli acquirenti di meno di 1 Kg. di sostanza
4. gli spacciatori non consumatori

5. gli spacciatori e consumatori

6. il singolo tossicodipendente

Trattasi di un modello statistico risultato attendibile e fondato su Censimenti e Studi relativi anche a New York, Londra, Parigi, Zurigo e Napoli

BIBLIOGRAFIA

AKERS, *Deviant behavior : a social learning approach*, Wadsworth, 1985

BAKALAR & GRINSPOON, *Drug control in a free society*, Cambridge, 1984

BANDURA, *Social learning theory*, Englewood Cliffs, New York, 1977

BECKER, *Becoming a marijuana user*, in American Journal of Sociology, LIX / 1953

BLACKWELL, *Drifting, controlling and overcoming: opiate users who avoid becoming chronically dependent*, in Journal of Drugs Issues, XIII / 1983

CLAUSEN, *Drug Addiction: social aspects*, in International Encyclopedia of the social Sciences (Hrsg. SILLS), Vol. IV, New York, 1968

EISER & MORGAN & GAMMAGE & GRAY, *Adolescent smoking: attitudes, norms and parental influence*, in British Journal of Social and Clinical Psychology, XXVIII / 1989

GOSSOP, *Living with drugs*, Aldershot, 1987

KANDEL, *Drug and drinking behavior among youth*, in Annual Review of Sociology, VI / 1980

KANDEL & ADLER, *Socialization into marijuana use among French adolescents : a cross cultural comparison with the United States*, in Journal of Health and Social Behavior, XXIII / 1982

McDERMOTT, *The relationship of parental drug use and parents' attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use*, in Adolescence, XIX / 1984

ROBINS, *A follow-up of Vietnam drug-users*, Washington, 1973

idem *Vietnam veterans three years after Vietnam*, in Yearbook of substance abuse (Hrsg. BRILL & WINNICK), Vol. II, New York, 1979

SCHACHTER & SINGER, *Cognitive social and physiological determinants of emotional state*, in Psychological Review, LXIX / 1962

SKINNER, *Cumulative record*, New York, 1959 (traduzione italiana : *Studi e Ricerche*, Firenze, 1976)

WEIL, *The natural mind : an investigation of drugs and the higher consciousness*, Boston, 1986

ZINBERG, *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*, New Haven, Conn., 1984

Dottor Andrea Baiguera Altieri lic. jur. svizzero

and.baiguera@libero.it

baiguera.a@hotmail.com