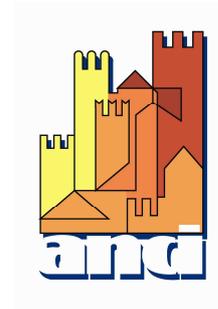




PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga



ACCORDO DI COLLABORAZIONE

TRA LA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

E LA

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)

PER

L'ADESIONE AL CONSORZIO ETICO PER LA PREVENZIONE DELL'USO DI DROGHE E
DELL'ABUSO ALCOLICO ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI UN NETWORK TRA I
COMUNI ITALIANI

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

TRA

Il Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri, con sede in Roma, Via Po 16/A, successivamente indicato come DPA, rappresentato dal Capo Dipartimento Dott. Giovanni Serpelloni

E

L'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), con sede in Roma, Via dei Prefetti 46, successivamente indicata come ANCI, rappresentata da Dott. Graziano Delrio

VISTA la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

VISTO il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, recante “Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, a norma dell’art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59” ed in particolare l’art. 7, comma 2, il quale dispone che il Presidente del Consiglio determina, con proprio decreto, le strutture, della cui attività di avvalgono i Ministri o Sottosegretari da lui delegati;

VISTO il D.P.C.M. 9 dicembre 2002 recante la disciplina dell'autonomia finanziaria e contabile della Presidenza del Consiglio dei Ministri e s.m.e i.;

VISTO il decreto legge 16 maggio 2008, n. 85, recante “Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo in applicazione dell’art. 1, commi 376 e 377 della legge 24 dicembre 2007, n. 244”, convertito, con modificazioni, nella legge 14 luglio 2008, n. 121;

VISTO il D.P.C.M. 29 ottobre 2009 recante l'istituzione del Dipartimento per le Politiche Antidroga registrato alla Corte dei conti in data 17 novembre 2009 - Reg. n. 10 – Fog. n.62;

VISTO il D.P.C.M. in data 15 gennaio 2010 di conferimento dell'incarico di Capo del Dipartimento per le Politiche Antidroga al Dott. Giovanni Serpelloni registrato alla Corte dei conti in data 04/02/2010 Reg. n. 1, Fog. n. 296;

VISTO il Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe del Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, approvato in Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 ottobre 2010

VISTO lo Statuto dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), approvato il 7 ottobre 2009 dalla XIV Assemblea Congressuale dell'ANCI svoltasi a Torino, in particolare l'articolo 1 comma 4, in base al quale “l'ANCI tutela e rappresenta gli interessi generali dei Comuni, delle Città metropolitane e degli enti di derivazione comunale costituendone il sistema di rappresentanza. Persegue i propri scopi ispirandosi a valori di

autonomia, indipendenza e rappresentatività. In essa trovano sede e rappresentanza i principi di pari dignità e pluralismo, espressione delle assemblee elettive locali”

VISTO altresì che, sempre in base all’articolo 1 comma 4 punto primo del citato Statuto dell’Associazione Nazionale Comuni Italiani, l’ANCI stessa “è titolare, in quanto associazione maggiormente rappresentativa, della rappresentanza istituzionale dei Comuni, delle Città metropolitane e degli enti di derivazione comunale nei rapporti con il Governo, il Parlamento e tutte le Istituzioni o gli enti centrali o di rilievo nazionale”

VISTO infine che, in base all’articolo 20 comma 1 del citato Statuto dell’Associazione Nazionale Comuni Italiani, “il Presidente ha la rappresentanza legale dell’Associazione”

PREMESSO CHE

Il Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 del Dipartimento Politiche Antidroga ha come priorità quella di proteggere le future generazioni dalla tragedia della tossicodipendenza e dell’alcolodipendenza derivante dall’uso di sostanze stupefacenti e dall’abuso alcolico, riconoscendo che questo è fondamentale per affrontare in modo coordinato ed efficace il problema della diffusione e dell’uso delle droghe e dell’abuso alcolico.

Il fenomeno dell’uso di sostanze è cambiato molto negli ultimi anni, assumendo caratteristiche molto diversificate rispetto a quelle riscontrate fino a cinque anni fa. Le variazioni sociali e culturali, quelle del mercato della droga e la comparsa di nuove sostanze, nonché le modalità di consumo e l’associazione di sostanze, hanno comportato una forte differenziazione dello scenario generale. Soprattutto per quanto riguarda la cannabis e i suoi derivati, sostanza di iniziazione all’uso di droghe per molti giovani, le condizioni sono variate e i consumatori si trovano di fronte a sostanze molto diverse rispetto a quelle presenti sul mercato qualche anno fa, con percentuali di principio attivo molto più alte rispetto al passato (fino al 38%).

Da qualche anno, è comparsa sul mercato e sulla rete Internet una notevole quantità di droghe sintetiche vendute come droghe legali con modalità che inducono una percezione di bassa pericolosità e lesività in chi le acquista e le consuma. Tale consumo è spesso associato ad un nuovo rituale di acquisto che avviene anche in negozi specializzati (smart shop). La rete Internet risulta in forte espansione e altamente utilizzata soprattutto dalle giovani generazioni che presentano un’alta propensione all’uso della tecnologia informatica.

Nonostante gli incoraggianti dati sul decremento dell’uso di sostanze nella popolazione generale e nella popolazione studentesca, riscontrato ormai da tre anni, è necessario mantenere alta l’attenzione rispetto alle iniziative di prevenzione dell’uso di droghe e dell’abuso alcolico.

Le azioni di prevenzione devono essere particolarmente sostenute e mantenute nel tempo al fine di assicurare alla comunità, in particolare ai giovani e ai gruppi sociali particolarmente vulnerabili ed alle loro famiglie, ambienti sani e sicuri e quanto più possibile liberi dalle droghe. Al fine di orientare correttamente le azioni di prevenzione, quindi, è necessario considerare la diffusione dell’uso delle sostanze stupefacenti anche come un problema di sanità pubblica, di sicurezza sociale e potenzialmente in grado di minare le basi della società civile, della sua stabilità e del suo sviluppo futuro.

Va ricordato inoltre che il fenomeno droga e l'abuso alcolico sono origine di un rilevante e crescente numero di incidenti stradali e sul lavoro, rappresentano inoltre la prima causa di mortalità prematura oltre ad essere tra le prime cause di disabilità e sofferenza nelle giovani generazioni.

L'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcol inoltre possono comportare la compromissione e/o la perdita di capacità, quoziente intellettivo e funzioni cerebrali (quali quelle preposte alle funzioni cognitive e del giudizio) particolarmente importanti per la vita di relazione e professionale, pregiudicando lo sviluppo armonico e il benessere della persona. Il problema non può dunque essere sottovalutato o trattato con superficialità, anche in relazione alle gravi sofferenze che può comportare lo sviluppo di uno stato di dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol.

Recenti studi sull'importanza delle norme sociali nell'influenza del consumo di marijuana nei giovani hanno evidenziato che un ruolo significativo nella previsione del rischio di consumare marijuana è rappresentato proprio dal livello di disapprovazione espresso dalla comunità in cui i giovani vivono. Cambiare la percezione del rischio e riscontrare disapprovazione sociale verso un determinato comportamento sono quindi valide ragioni per indurre il cambiamento nell'uso di sostanze.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha istituito un Consorzio Etico per la prevenzione dell'uso di sostanze e dell'abuso alcolico droga correlato. Il Consorzio è costituito da un insieme di autorità e opinion leader positivi, noti sul territorio e provenienti dal mondo delle amministrazioni locali, dell'industria, del commercio, del volontariato, dell'università, ecc. Essi si uniscono volontariamente sottoscrivendo l'adesione ad una "community contro le droghe", finalizzata a testimoniare, con una semplice condivisione di intenti e principi, il valore di stili di vita sani e gratificanti, senza uso di droghe o alcol.

L'Associazione Nazionale Comuni Italiani è titolare, in quanto associazione maggiormente rappresentativa, della rappresentanza istituzionale dei Comuni, delle Città metropolitane e degli enti di derivazione comunale nei rapporti con il Governo, il Parlamento e tutte le istituzioni o gli Enti centrali o di rilievo nazionale. Pertanto, l'ANCI rappresenta un organismo importante di partecipazione al Consorzio Etico per promuovere nei Comuni italiani la partecipazione di persone autorevoli e di opinion leader positivi a tale Consorzio e ai suoi principi contro l'uso di tutte le droghe e l'abuso alcolico.

L'ANCI dunque tutela e rappresenta gli interessi generali dei Comuni, delle Città metropolitane e degli enti di derivazione comunale costituendone il sistema di rappresentanza. Persegue i propri scopi ispirandosi a valori di autonomia, indipendenza e rappresentatività. In essa trovano sede e rappresentanza i principi di pari dignità e pluralismo espressione delle assemblee elettive locali.

Quanto sinora stabilito costituisce parte integrante e sostanziale del presente accordo di collaborazione tra il Dipartimento e l'ANCI.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 Oggetto

L'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) aderisce al Consorzio Etico contro l'uso di droghe e l'abuso alcolico al fine di comunicare ai giovani, attraverso un messaggio chiaro ed esplicito da parte di autorità e opinion leader, la necessità e l'opportunità di non utilizzare alcun tipo di droghe né di abusare di alcol e quindi di mantenere comportamenti e stili di vita sani, responsabili e liberi da tutte le droghe. L'ANCI promuoverà l'adesione a tale Consorzio presso tutti i Comuni italiani che potranno scegliere di aderire in assoluta autonomia e libertà.

Ciascun Comune aderente al Consorzio Etico, con il supporto del Dipartimento Politiche Antidroga, potrà:

- Comunicare e presentare la propria adesione al Consorzio e ai principi antidroga con i mezzi di comunicazione ritenuti più efficaci rispetto alla realtà locale;
- Celebrare con iniziative mediatiche, supportate dal DPA, la Giornata mondiale sulla lotta alla droga, indetta dalle Nazioni Unite e celebrata il 26 giugno di ogni anno;
- Riprendere i comunicati stampa nazionali periodici sul tema della prevenzione dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol al fine di mantenere elevata l'attenzione sul problema e la disapprovazione sociale sull'uso di droghe;
- Utilizzare i siti web istituzionali del Dipartimento Politiche Antidroga per trarne gratuitamente informazioni e materiali di prevenzione;
- Utilizzare e personalizzare depliant, locandine e manifesti di prevenzione dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol già realizzati dal DPA e messi a disposizione dei Comuni aderenti in formato elettronico;
- Indicare al DPA gli elenchi e i contatti delle scuole secondarie di primo e secondo grado a cui inviare le newsletter contro la droga per insegnanti e studenti.

Le autorità e le persone autorevoli potranno essere coinvolte mediante la semplice sottoscrizione e pubblicazione della loro adesione ai principi antidroga, al fine di far comprendere e percepire alla popolazione che le persone significative della comunità sono esplicitamente contro l'uso di qualsiasi droga e l'abuso alcolico. Le persone coinvolgibili possono essere tra gli altri, Sindaco, Prefetto, Assessori, Direttore dell'Azienda Sanitaria Locale, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze, giornalisti, esponenti sindacali, imprenditori, sportivi e presidenti di associazioni sportive, personaggi dello spettacolo, persone religiose di diverse confessioni, ecc.

L'insieme dei Comuni aderenti costituirà il Network Nazionale del Consorzio Etico che verrà pubblicato dal DPA sui portali istituzionali.

Art. 2

I principi etici del Consorzio Etico contro l'uso di droghe e l'abuso alcolico

Il Consorzio Etico contro l'uso di droghe e l'abuso alcolico si basa sui seguenti principi etici che vengono condivisi dalle parti mediante la sottoscrizione del presente atto:

1. Mantenere e mostrare il proprio impegno morale e professionale nella lotta alla droga e all'abuso alcolico, in ogni sua forma, per una società libera da tutte le droghe.

2. Promuovere e rinforzare il ruolo e il valore educativo e preventivo della famiglia e della comunità quali perni sociali anche nell'ambito della salute.
3. Contribuire alla promozione di un'offerta sociale destinata ai giovani, multidimensionale, stimolante, creativa, competitiva con le "offerte" del mercato della droga che sappia stimolare i giovani con esperienze sane, divertenti, gratificanti e nel contempo aumentare la loro consapevolezza e responsabilizzazione contro l'uso di tutte le droghe e l'abuso di alcol.
4. Considerare la dipendenza una malattia del cervello che si può prevenire, curare e guarire, attraverso un adeguato trattamento e non rinunciare mai al pieno recupero di queste persone.
5. Sostenere il diritto di bambini e adolescenti ad essere protetti dall'offerta di droghe e di alcol e a crescere in un ambiente sano e libero dalle droghe.
6. Promuovere la pratica della scoperta e diagnosi precoce dell'uso di sostanze in giovane età e le condizioni comportamentali di vulnerabilità.
7. Promuovere, in particolare fra i giovani, una consapevolezza sul valore e sul "piacere" della salute, fisica e mentale, della sua protezione e promozione.
8. Promuovere la ricerca scientifica orientata alla comprensione delle modalità di funzionamento del cervello umano ai fini della definizione di sempre più efficaci interventi di prevenzione e di trattamento della dipendenza.
9. Promuovere e supportare la prevenzione e il contrasto della produzione, del traffico e dello spaccio di droghe da parte delle Forze dell'Ordine. Tutto ciò scoraggiando anche l'acquisto di droghe da parte dei giovanissimi, rendendoli consapevoli che chi "acquista droga finanzia le mafie, le loro violenze e il terrorismo".
10. Contribuire alla diffusione e all'applicazione dei principi sopra enunciati.

Art. 3 **Le basi della collaborazione**

Al fine di partecipare al Consorzio Etico contro l'uso di droghe e l'abuso alcolico, è imprescindibile la condivisione di tutti i principi etici di cui all'art. 2.

I Comuni aderenti al Consorzio potranno usufruire gratuitamente di materiali informativi di prevenzione (brochure, depliant, manifesti), anche provenienti dalle campagne nazionali di prevenzione, in formato elettronico, predisposti per la stampa. I materiali in formato elettronico saranno messi gratuitamente a disposizione dal Dipartimento Politiche Antidroga e le Amministrazioni locali potranno produrli e distribuirli ai propri cittadini.

Ogni Comune aderente potrà personalizzare il materiale del Consorzio Etico e del DPA, senza alterarne i contenuti di principio e tecnico-scientifici. La personalizzazione quindi potrà avvenire tramite l'inserimento del logo del Comune, di una foto della persona autorevole aderente al Consorzio, del suo nome, della sua affiliazione e di una sua dichiarazione, purché coerente con i principi del Consorzio Etico.

Per ogni Comune aderente verrà creata dal DPA una specifica area dedicata sul sito ufficiale istituzionale del Consorzio Etico, www.consorzioeticodroga.it, in cui verranno messe in evidenza le autorità e gli opinion leader che hanno aderito al Consorzio, a livello locale.

I Comuni aderenti all'iniziativa potranno ricevere gratuitamente, in formato elettronico, la rivista Italian Journal on Addiction, a periodicità bimestrale, contenente articoli selezionati dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale in ambito di

tossicodipendenza e patologie correlate e la newsletter Drog@news, pubblicazione tematica a carattere scientifico con periodicità mensile.

Inoltre, sarà possibile ricevere gratuitamente le pubblicazioni e le linee di indirizzo (in formato elettronico) realizzate dal Dipartimento Politiche Antidroga, e partecipare ad eventi formativi ed informativi in materia di tossicodipendenze organizzati dal Dipartimento stesso. Sarà anche possibile per i rappresentanti dei Comuni aderenti accedere alle selezioni per l'ammissione ai percorsi di formazione annuale presso la National School on Addiction, presso la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione. La National School è la scuola istituzionalmente accreditata ECM che svolge incontri frontali e a distanza per la divulgazione di conoscenze di base multidisciplinari, aspetti tecnici sulle dipendenze e sulle politiche e le strategie istituzionali nazionali, europee ed internazionali.

Art. 4

Adesione al Consorzio Etico contro l'uso di droghe e l'abuso alcolico

La partecipazione al Network Nazionale del Consorzio Etico è da intendersi gratuita e su base volontaria e nel pieno rispetto dell'autonomia di ciascun Comune.

Per partecipare al Consorzio Etico, i Comuni interessati dovranno:

- Comunicare al DPA e all'ANCI l'adesione e la condivisione di intenti del Consorzio Etico;
- Comunicare al DPA e all'ANCI i nominativi delle persone e/o dei rappresentanti del Comune che via via aderiranno al Consorzio;
- Aderire alla giornata mondiale sulla Lotta alla Droga, indetta dalle Nazioni unite e celebrata il 26 giugno di ogni anno, agevolando la proiezione di slogan, la diffusione di comunicati stampa o di altre iniziative, a bassa onerosità, promosse dal DPA (nei limiti e nelle possibilità di spesa di ogni singolo Comune);
- Comunicare gli indirizzi email a cui si desidera vengano trasmesse dal DPA Newsletter periodiche focalizzate sia sugli aspetti educativi/preventivi che di divulgazione scientifica sul tema delle dipendenze.

Altre azioni svolte dall'ANCI nell'ambito del Consorzio Etico in accordo con il Dipartimento, potranno essere supportate dal Dipartimento stesso attraverso l'attivazione di specifici progetti finanziati ad uopo e affidati all'Associazione. Gli eventuali finanziamenti saranno a carico del Dipartimento Politiche Antidroga, previa approvazione del progetto da parte del DPA. Ogni organizzazione provvederà alle eventuali spese di missione.

Art. 5

Durata

Il presente accordo di collaborazione ha durata triennale, a decorrere dalla data di stipula e potrà essere rinnovato mediante accordo consensuale tra le parti.

Art. 6
Utilizzo dei risultati

I risultati delle attività svolte, per quanto di competenza, all'interno del Consorzio Etico del Dipartimento Politiche Antidroga, potranno essere liberamente utilizzati da ambo le parti nell'ambito delle rispettive finalità istituzionali.

Le parti si impegnano reciprocamente a dare atto, in occasione di presentazioni pubbliche o di pubblicazioni scientifiche dei risultati raggiunti, che quanto realizzato consegue anche alla collaborazione instaurata con il presente atto.

Art. 7
Regole di comunicazione

La pubblicizzazione su media nazionali e locali, potrà avvenire mediante comunicati stampa e dichiarazioni, o altri strumenti di comunicazione ritenuti idonei in funzione della realtà locale, che riportino fedelmente quanto contenuto e gli obiettivi delle azioni preventive che si intende realizzare con il presente accordo di collaborazione. Eventuali conferenze stampa dovranno prevedere la presenza di un rappresentante del DPA e dell'ANCI (se disponibili) e dovranno essere preconcordate con l'Ufficio Comunicazione di entrambi.

La comunicazione esterna mediante attività convegnistiche dovrà essere programmata e coordinata con il DPA e l'ANCI. Nelle pubblicazioni dovrà essere riportato esplicitamente la collaborazione e il supporto da parte del Dipartimento e dell'ANCI.

La pubblicazioni nei portali web potrà avvenire rispettando le stesse regole e avendo cura di proporre in anticipo la pubblicazione sui portali istituzionali del DPA e dell'ANCI.

Art. 8
Foro competente

Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra le Parti in relazione all'interpretazione, all'esecuzione e/o alla validità del presente Accordo di collaborazione, il Foro competente è quello di Roma.

Il presente Accordo di collaborazione è formato da n. 8 articoli e n. 7 pagine. Sono parte integrante del presente Accordo di collaborazione anche i due allegati che seguono l'accordo.

Roma, il

Per il Dipartimento Politiche Antidroga

Per l'Associazione Nazionale Comuni Italiani

Il Capo Dipartimento
Dott. Giovanni Serpelloni

Il Presidente
Graziano Delrio

ALLEGATO 1

Principi di prevenzione

ALLEGATO 2

Presentazione.ppt - Consorzio Etico per la prevenzione dell'uso di droghe e dell'abuso alcolico.
Proposta per l'attivazione di un network tra i Comuni Italiani.

ALLEGATO 1

Introduzione e premesse

Questo memorandum vuole definire e condividere alcuni concetti chiave e principi di base per poter realizzare strategie ed interventi di prevenzione finalizzati ad evitare l'inizio dell'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso alcolico o poterne ritardare l'inizio nella popolazione giovanile. Le strategie e azioni di prevenzione possono essere variamente orientate ed indirizzate a prevenire i diversi livelli dei rischi connessi con l'uso delle sostanze stupefacenti. Tuttavia, quello su cui vorremmo accentrare maggiormente l'attenzione per la prevenzione precoce è la fase preadolescenziale.

Alcune persone che usano droghe lo fanno per l'esistenza di motivi complessi che possono riguardare la loro genetica e quindi i loro sistemi neurobiologici e cognitivi, la loro personalità, la loro storia personale e di sviluppo affettivo, le condizioni sociali negative vissute quali ad esempio la disegualianza e l'esclusione, nonché l'alta disponibilità di sostanze sul territorio¹⁻⁴.

La prevenzione è un arma efficace e sostenibile e per poter aumentare l'efficacia e l'impatto delle azioni preventive si ritiene opportuno e necessario adottare quanto più globalmente possibile strategie e metodi condivisi e scientificamente orientati. La prevenzione risulta cost effective⁵⁻¹⁰ e prevenire l'uso di droga aiuta a prevenire anche altri comportamenti a rischio¹¹. La prevenzione dovrebbe quindi essere vista nell'ottica dell'aiutare i giovani a crescere sani e sicuri e dell'aiutare gli adulti a rimanere tali.

Al fine di condividere strategie comuni è necessario considerare che l'uso di sostanze, in assenza di dipendenza, è un comportamento ad alto rischio per la salute e le condizioni sociali della persona, da evitare o sospendere anche per i rischi che questo comporta per terze persone in conseguenza all'aumentato rischio di incidentalità correlato all'uso di sostanze^{12,13}.

La tossicodipendenza e l'alcolodipendenza sono malattie del cervello prevenibili, curabili e guaribili, causate dall'uso prolungato e continuativo di sostanze di stupefacenti o alcoliche e dalla presenza combinata di fattori genetici, psichici e socio-ambientali¹⁴⁻¹⁶.

Il problema dell'uso di sostanze stupefacenti, dell'abuso alcolico e delle dipendenze che ne possono derivare deve essere considerato, oltre che un problema sociale, soprattutto un problema di sanità pubblica a cui va dedicata particolare attenzione ed investimenti concreti per supportare programmi ed interventi preventivi permanenti ed efficaci.

Le life skills preventive nei confronti dell'uso di sostanze stupefacenti, dell'abuso alcolico e dell'uso di farmaci non prescritti¹⁷ dovrebbero far parte del corredo comportamentale di ogni adolescente oltre che degli adulti. Inoltre, i genitori, gli insegnanti, gli educatori e i policy maker devono concorrere, ognuno per quanto di propria competenza, a supportare ed incentivare lo sviluppo precoce e il mantenimento di queste importanti life skills nelle giovani generazioni.

Per questo fine è necessario sviluppare una comune consapevolezza: è prioritario attivare interventi precoci orientandoli ad individuare quanto prima possibile in particolare due principali condizioni e cioè l'esistenza di fattori di vulnerabilità (prima dell'inizio dell'uso di sostanze) e l'uso iniziale occasionale di sostanze, soprattutto nella fase in cui non si è ancora sviluppata la dipendenza.

Le finalità delle azioni di “early detection” sono quelle di non perdere o ritardare l’opportunità di prevenire la comparsa di comportamenti o condizioni socio-relazionali in grado di incrementare il rischio di uso di sostanze. In particolare ci proponiamo i seguenti macro obiettivi:

1. Attivare interventi di supporto precoce alla famiglia con problemi di vulnerabilità,
2. Attivare interventi educativi precoci e specifici prioritariamente sulle persone vulnerabili, in particolare bambini e adolescenti.
3. Ridurre le probabilità di inizio d’uso di sostanze in giovane età evitando anche l’uso sperimentale e quindi la sensibilizzazione cerebrale alle sostanze e la successiva attivazione di percorsi evolutivi verso l’uso di cocaina, eroina e anfetamine.
4. Evitare le alterazioni della fisiologica maturazione cerebrale in seguito all’uso di sostanze durante la fase adolescenziale.
5. Attivare più precocemente gli interventi terapeutici se presente un uso periodico o una dipendenza anche per ridurre il rischio di overdose o patologie infettive correlate.
6. Ridurre i rischi di incidentalità droga correlata (incidenti stradali, lavorativi, domestici, violenze e abusi)
7. Ridurre i costi sanitari, sociali ed individuali derivanti dallo sviluppo di una dipendenza.

Alcune informazioni di base provenienti dalle neuroscienze per chi si occupa di prevenzione

La maturazione cerebrale

I professionisti che si occupano di prevenzione dell’uso di sostanze devono tenere in considerazione ed essere consapevoli che il cervello completa la sua maturazione attorno ai 21-22 anni con il consolidamento in particolare della corteccia prefrontale, sede del controllo volontario dei comportamenti e degli impulsi, e delle funzioni cognitive importanti per i processi decisionali, di *coping* e la motivazione¹⁸⁻²².

Questa fase di maturazione comporta una modulazione continua delle strutture e delle reti neurali (neuroplasticità)²³ con una rimodellazione anche dei sistemi neurobiologici della gratificazione e del controllo degli impulsi e un contemporaneo adattamento dei processi cognitivi e di apprendimento, che saranno fondamentali nel futuro per l’interpretazione della realtà, per poter affrontare i percorsi di vita e sviluppare la propria autonomia²⁴⁻²⁶.

Il processo di maturazione cerebrale è un processo complesso e sensibile agli eventi esterni (traumi ed altri eventi negativi), all’influenza delle sostanze stupefacenti e psicotrope. I sistemi dopaminergici, serotoninergici, noradrenergici, del GABA ma anche il sistema endorfinico e soprattutto quello degli endocannabinoidi sono molto sensibili

alla presenza di sostanze stupefacenti esogene. Le droghe infatti sono in grado di far reagire fortemente questi sistemi e la continua iper-stimolazione può causare una trasformazione profonda sia della struttura che del loro fisiologico e regolare funzionamento. Di conseguenza, anche il funzionamento cognitivo dell'individuo, il suo grado di consapevolezza, la capacità di analizzare, riconoscere ed affrontare i problemi, i livelli di fisiologica gratificazione per i normali obiettivi del quotidiano, la motivazione ad affrontare i problemi della vita, la memorizzazione e quindi l'apprendimento oltre che il quoziente intellettivo²⁷, subiranno delle alterazioni^{28,29}.

Tutto questo risulta ancora più importante se si considera che l'uso di sostanze avviene in una fase della vita dove si formano e si consolidano tutti i modelli cognitivi e comportamentali, le aree del giudizio e il quadro valoriale delle persone, che influenzeranno tutta la loro vita. Se questi processi verranno vissuti in uno stato di alterata percezione e di conseguenza interpretazione della realtà, dovuto all'uso di sostanze, non potranno avere un corretto e fisiologico sviluppo comportando quindi una deviazione rispetto al percorso che avrebbero avuto in assenza di uso³⁰.

La sensibilizzazione cerebrale da uso di sostanze

Un altro fondamentale concetto da non dimenticare per chi si occupa di prevenzione è che l'uso di sostanze in giovanissima età (come per esempio la cannabis) sperimentandone precocemente gli effetti psicoattivi e le sensazioni di benessere derivanti, è in grado di creare, oltre ad una serie di danni neuro – cognitivi³¹⁻⁴⁰, una sensibilizzazione cerebrale che condiziona una maggior probabilità di essere attratti ed utilizzare successivamente altre sostanze quali la cocaina e l'eroina e quindi di restarne dipendenti. Pertanto, evitare la cosiddetta "sperimentazione" per le persone vulnerabili, risulta estremamente indicato^{41,42}.

La vulnerabilità alle sostanze

Nel definire le strategie di prevenzione è necessario tenere in considerazione anche che non tutti gli i bambini e gli adolescenti sono egualmente a rischio rispetto all'uso di sostanze e allo sviluppo di dipendenza. Esistono fattori e condizioni in grado di differenziare tale rischio. Questo comporta un differente grado di vulnerabilità in alcuni soggetti⁴³⁻⁴⁶. Non va dimenticato, inoltre, che condizioni di vulnerabilità all'uso di sostanze possono comparire anche negli adulti ed anziani in relazione ad eventi di vita stressanti, negativi o problematici, in grado cioè di attivare condizioni psichiche che possono portare la persona ad avere un rischio aumentato di uso di droghe o di abuso alcolico⁴⁷. I fattori possono essere di vario tipo: individuali, quali il genotipo e il conseguente sviluppo di sistemi diversificati della gratificazione e del controllo degli impulsi con espressioni comportamentali e quindi sociali più spesso problematiche. Altri fattori importanti sono quelli famigliari e socio ambientali soprattutto relativi alla assenza di adeguate cure, supporto e controllo parentale, alla presenza di violenze, abusi e condizioni di deprivazione affettiva, ma anche eventi e condizioni di vita stressanti. Queste persone possono avere un rischio aumentato sia di ricercare e sperimentare sostanze, sia una volta provate, di intraprendere percorsi evolutivi verso la dipendenza. Va tuttavia ricordato e sottolineato che le condizioni di vulnerabilità non rappresentano una traiettoria e un destino obbligato ed imm modificabile verso la tossicodipendenza. Queste persone possono essere messe in condizione di protezione ed evitare l'uso di droghe e lo sviluppo delle dipendenza mediante una buona e sinergica azione della famiglia, della scuola e della comunità. La vulnerabilità quindi non è "predestinazione" ma solo uno stato modificabile e prevenibile di rischio aumentato di ricorrere all'uso di sostanze e di sviluppare tossicodipendenza.

Principi per una prevenzione scientificamente orientata

La tabella successiva riporta i principi che è opportuno seguire per definire strategie e interventi di prevenzione scientificamente orientati.

N	Principio	Indicazioni e Specifiche
1	Identificazione e intervento precoce	<p>Promuovere l'identificazione precoce dei fattori di vulnerabilità e dei comportamenti a rischio al fine di attuare interventi altrettanto precoci in ambito educativo in modo sinergico ed integrato in famiglia, nella scuola e nei luoghi di lavoro, e, se necessario per la presenza di uso frequente o dipendenza, in ambito terapeutico⁴⁸⁻⁵⁰.</p> <p>Gli interventi educativi sono di competenza della famiglia e della scuola che devono trovare, quindi, una perfetta sinergia e comunione di intenti finalizzati alla promozione ed al mantenimento di life skills e di comportamenti di salute⁵¹⁻⁵³.</p> <p>Gli interventi di prevenzione precoce dovrebbero iniziare già nella fase prenatale, scoraggiando l'uso di sostanze da parte delle future mamme in quanto è stato dimostrato che l'assunzione di droghe durante la gravidanza può indurre nel nascituro un rischio aumentato di usare droghe in età adolescenziale e restarne dipendente⁵⁴⁻⁶¹. Inoltre, per essere veramente efficaci, le azioni informative e di parenting skills sui genitori, e le azioni educative sui bambini andrebbero iniziate precocemente e, per i bambini, in giovanissima età, tra i 4 e i 6 anni, e quindi durante l'infanzia^{62,63}, concentrando l'intervento sull'identificazione e la corretta gestione dei disturbi comportamentali e dell'attenzione e successivamente sugli stili di vita e le abitudini di salute assicurando soprattutto un alto grado di cure parentali.</p>
2	Prevenzione globale verso i comportamenti a rischio	<p>Gli interventi di prevenzione dovranno essere orientati ad affrontare contemporaneamente e globalmente il problema dell'uso delle varie sostanze stupefacenti e psicotrope e dell'abuso alcolico (alcol, tabacco, droghe, farmaci non prescritti, inalanti, ecc.)^{64,65}. Gli interventi educativi/preventivi dovrebbero affrontare quindi prevalentemente i comportamenti a rischio e non le singole sostanze, in un contesto generale di educazione alla salute per l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita sani⁶⁶⁻⁶⁹.</p> <p>La prevenzione universale community based è e resta importante^{70,71} e non deve essere abbandonata ma integrata con forme più specifiche ed incisive di prevenzione.</p>
3	Prevenzione selettiva e indicata	<p>Oltre a quella universale, altri tipi di prevenzione che devono essere considerate prioritari sono la prevenzione selettiva e la prevenzione indicata, dirette in particolare ai giovani con alto rischio di uso di sostanze e di dipendenza per la presenza di fattori di vulnerabilità⁷²⁻⁷⁵. Le azioni di prevenzione devono inoltre essere differenziate tenendo conto del genere, del temperamento, dell'età (fase di sviluppo) e delle condizioni</p>

ambientali in cui avvengono⁷⁶⁻⁷⁹.

- | | | |
|---|--|---|
| 4 | Prevenzione permanente e periodica per la percezione del rischio | Gli interventi di prevenzione devono essere permanenti, periodici e strutturati in programmi specifici. L'informazione sui rischi e i danni delle droghe va costantemente fornita e adeguata alle capacità di comprensione. Le azioni di prevenzione devono inoltre essere finalizzate a far aumentare la percezione del rischio, la self-efficacy, l'autostima e le resistance skills, in quanto tali fattori si sono dimostrati essere fattori di protezione nella maggior parte dei giovani. La percezione del rischio infatti è in grado di creare una valida motivazione all'acquisizione ed al mantenimento di comportamenti di salute e di non utilizzo di sostanze ⁸⁰⁻⁸⁹ . Gli altri fattori, inoltre, contribuiscono a sviluppare e mantenere comportamenti di salute. Va ricordato che le persone possono avere reazioni diverse ai messaggi informativi di allerta, ma che la grande maggioranza di esse modifica positivamente il proprio comportamento ^{90,91} . L'informazione precoce di allerta (<i>warning information</i>) sui potenziali rischi e sui danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti, andrà fornita non solo per i rischi per la salute ma anche per le condizioni legali e sociali delle persone ⁹²⁻⁹⁵ . |
| 5 | Comunicazione e informazione antidroga coerente ed evidence based | Gli interventi educativi di prevenzione ed i vari messaggi informativi devono essere coerenti nei contenuti e nelle finalità tra tutti gli ambienti nei quali vengono portati avanti e tra tutti gli operatori coinvolti in tali attività ⁹⁶ . Per questo è importante avere riferimenti scientifici e culturali univoci ed accreditati ed evitare messaggi contraddittori relativamente all'opportunità di non usare mai alcuna sostanza stupefacente né abusare di alcol. L'informazione deve essere chiara ed esplicita senza lasciare dubbio sui possibili rischi correlati all'uso delle droghe e dell'abuso alcolico ^{97,98} . |
| 6 | Disapprovazione sociale | L'informazione deve essere finalizzata anche a promuovere e mantenere la disapprovazione sociale verso l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente e psicoattiva, in particolare la cannabis e l'abuso alcolico che presentano il grado di percezione del rischio più basso nella popolazione giovanile e invece sono molto spesso sostanze "gateway" in grado di incrementare il rischio di intraprendere un percorso evolutivo verso l'uso di eroina o cocaina. La presenza di un alto grado di disapprovazione sociale, si è dimostrato essere un fattore scientificamente efficace nel far ridurre i casi di inizio d'uso e di consumo di sostanze ⁹⁹⁻¹⁰⁸ . Pertanto, al fine di migliorarne l'efficacia e l'impatto, le azioni di prevenzione dovrebbero essere supportate da un'esplicita e chiara disapprovazione sociale verso l'uso di tutte le droghe e l'abuso alcolico che devono essere conseguentemente considerati e comunicati come "disvalori" ¹⁰⁹⁻¹¹¹ . |
-

7 **Focus su famiglia, scuola, luoghi di lavoro, comunità sociale e internet** Le attività di prevenzione dovrebbero essere principalmente focalizzate sulla famiglia¹¹² e sulla scuola¹¹³⁻¹¹⁸ ma dovrebbero assolutamente essere incluse le attività di prevenzione sui luoghi di lavoro^{119,120} e la comunità sociale^{121,122}, e sulla rete internet. La rete infatti è diventata, e lo diventerà sempre di più in futuro, un punto di informazione che origina una comunità sociale virtuale (soprattutto attraverso i social network, i blog, le chatroom, ecc.) e di relazione virtuale molto importante e fortemente frequentata dai giovani¹²³⁻¹²⁶. Molte persone inoltre utilizzano la rete internet sia per scoprire e ricercare nuove sostanze, sia per il loro acquisto e la vendita.

In particolare, la famiglia dovrebbe essere messa nelle condizioni di poter avere idonee informazioni, competenze e skill parentali, per porre in essere validi supporti educativi. Nello specifico la donna, fin dalle fasi della gravidanza, dovrebbe sapere che è necessario evitare qualsiasi uso di sostanze stupefacenti o abusi alcolici per non esporre il nascituro ad un aumentato rischio di vulnerabilità a causa delle modificazioni cerebrali che tali sostanze possono produrre sul feto, ed i genitori dovrebbero inoltre poter disporre di appropriato *counseling* e punti specializzati per lo sviluppo di idonee skill parentali e di diagnosi precoce (*early detection*).

E' fondamentale tenere in considerazione che è necessario differenziare le strategie e gli interventi in base alle diverse fasce di età e fasi evolutive dei bambini/adulti oltre che in base ai diversi ambienti e i diversi livelli di vulnerabilità e di caratteristiche neuro-cognitive e comportamentali¹²⁷⁻¹³³.

8 **Approccio educativo ed empowerment dei comportamenti responsabili** La prevenzione diretta ai giovani, ed in particolare ai giovanissimi, si è dimostrata efficace soprattutto se utilizza un precoce approccio, oltre a quello informativo di allerta sui rischi e sui danni, di tipo educativo, dove si privilegia la promozione delle relazioni e dei rapporti umani, l'amorevole cura dei propri figli accompagnata da un monitoraggio, da una supervisione costante e da regole chiare fatte rispettare con autorevolezza, comprensione e supporto nelle difficoltà e nelle incomprensioni¹³⁴⁻¹³⁷. Questo approccio educativo prevede anche il rispetto e l'accettazione dei ragazzi da parte dei genitori e soprattutto la gratificazione delle loro conquiste di autonomia¹³⁸. Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che anche per le persone vulnerabili queste modalità educative (portate avanti in maniera coerente sia in ambito familiare, sia in ambito scolastico) possono essere efficaci per ridurre il rischio di usare sostanze stupefacenti e il conseguente sviluppo di dipendenza, aumentando la possibilità di acquisire comportamenti e stili di vita sani e una buona resilienza verso l'uso anche sperimentale di droghe e l'abuso alcolico¹³⁹⁻¹⁴¹.

Andranno incentivati programmi per lo sviluppo dell'*empowerment* nei giovani e l'acquisizione di comportamenti

responsabili e cioè di saper prendere decisioni razionali sulla loro salute. Importante ed efficace è puntare sullo sviluppo dell'autoefficacia, del controllo degli impulsi e della *life skills*. Tutto questo al fine di valorizzare pienamente il potenziale dei giovani, di imparare ad essere rispettosi verso se stessi e le altre persone, di raggiungere il miglior livello sociale possibile, di poter contribuire con le proprie azioni ed il proprio lavoro al benessere della propria famiglia e della comunità nel pieno rispetto della legalità. Il comportamento responsabile nei giovani adolescenti va pertanto sostenuto, incentivato e valorizzato.

9 **Orientamento scientifico e valutazione costante dei risultati** Le attività di prevenzione devono utilizzare metodologie basate sulle evidenze scientifiche in grado di assicurare efficacia ma nel contempo anche la sicurezza degli interventi¹⁴²⁻¹⁴⁴. È utile ricordare che è necessario differenziare gli interventi proprio perché le persone particolarmente vulnerabili, sono diversamente sensibili agli stimoli preventivi rispetto alle persone che non presentano particolari fattori di vulnerabilità¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. L'orientamento scientifico prevede anche che gli interventi di prevenzione debbano essere costantemente valutati con sistemi in grado di quantificarne gli esiti (outcome) e l'impatto nonché i costi e i benefici realmente generati¹⁴⁸⁻¹⁵³.

10 **Approccio bilanciato** Gli interventi di prevenzione, per essere maggiormente efficaci, devono essere associati a interventi finalizzati alla riduzione della disponibilità di droghe sul territorio attraverso il mantenimento del rispetto della legalità ed in particolare mediante la repressione del traffico, dello spaccio, della coltivazione e della produzione non autorizzata. Oltre a queste azioni dirette alla riduzione dell'offerta, è opportuno anche mantenere fattori e condizioni deterrenti l'uso di droghe mediante regolamentazioni e normative nel rispetto dei diritti umani. Tutto questo all'interno di un approccio bilanciato che deve trovare sempre il giusto equilibrio tra le azioni di riduzione della domanda e le azioni di riduzione dell'offerta¹⁵⁴⁻¹⁵⁶.

Conclusioni

È auspicabile che molti Stati possano condividere questi principi e riescano nel prossimo futuro a creare sempre più efficaci strategie ed interventi di prevenzione in maniera coordinata e fattiva.

Il presente *memorandum of intent* rappresenta la proposta italiana per creare una base di sentire ed agire comune che vuole contribuire ad aumentare la sensibilizzazione, soprattutto nei *policy makers*, verso la necessità di incrementare gli interventi coordinati in tutto il mondo di prevenzione dell'uso di sostanze soprattutto nei giovani.

Il futuro di tutti i paesi dipende da ciò che riusciremo a costruire per i nostri giovani e da quanto riusciremo a promuovere e proteggere la loro salute fisica, mentale e l'integrità

sociale al fine di poter far esprimere al meglio il loro potenziale creativo, intellettuale, professionale e spirituale.

Riteniamo che poter disporre di opzioni e misure di prevenzione dall'offerta di droghe sia un diritto umano da assicurare alle giovani generazioni. In particolare, essere protetti dall'offerta di droghe è un diritto dei bambini^{157,158}. Non possiamo accettare una società dove l'uso di droghe sia considerato uno stile di vita. La libertà di utilizzare droghe non può essere considerato un diritto umano.

Le politiche per la prevenzione dell'uso di droghe devono essere considerate una priorità per le politiche sanitarie, sociali ed economiche dei paesi.

Si ritiene inoltre¹⁵⁹⁻¹⁶⁵ che tutte le soluzioni legislative che possano comportare un aumento della disponibilità e quindi dell'accesso per la popolazione soprattutto vulnerabile all'uso di sostanze stupefacenti attualmente illegali (per finalità anche di uso ricreativo o autoprescritto di sostanze stupefacenti, in primis la cannabis¹⁶⁶⁻¹⁶⁸), siano misure in grado di far aumentare nel tempo i consumi di droghe, di far diminuire la disapprovazione sociale¹⁶⁹ verso il loro uso, di far diminuire la percezione del rischio¹⁷⁰ aumentando il rischio di precoce sensibilizzazione cerebrale verso le droghe e quindi di evoluzione verso l'addiction, soprattutto per le persone giovani e vulnerabili¹⁷¹⁻¹⁷⁴. Pertanto, queste misure non sono da considerare scientificamente supportate, valide, accettabili e quindi da utilizzare nelle moderne strategie di prevenzione, che potrebbero essere fortemente compromesse dall'inserimento di politiche orientate in questo senso.

Noi crediamo che la società del domani debba essere una società libera dalle droghe, dall'abuso alcolico e dal tabacco, e che questo sia possibile e passi attraverso l'impegno e il lavoro costante di noi tutti.

Bibliografia

1. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D., Addiction circuitry in the human brain, *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2012 Feb 10;52:321-36. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625. Epub 2011 Sep 27.
2. Uhart M, Wand GS. Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research, *Addict Biol.* 2009 Jan;14(1):43-64. Epub 2008 Oct 9.
3. Gardner EL., Addiction and brain reward and antireward pathways, *Adv Psychosom Med.* 2011;30:22-60. Epub 2011 Apr 19.
4. Somaini L, Donnini C, Manfredini M, Raggi MA, Saracino MA, Gerra ML, Amore M, Leonardi C, Serpelloni G, Gerra G., Adverse childhood experiences (ACEs), genetic polymorphisms and neurochemical correlates in experimentation with psychotropic drugs among adolescents. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011 Aug;35(8):1771-8. Epub 2010 Dec 8.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral Healthcare, 2011.
6. Gentilello LM. Confronting the obstacles to screening and interventions for alcohol problems in trauma centers. *J Trauma.* 2005 Sep;59(3 Suppl):S137-43; discussion S146-66.
7. Miller T. and Hendrie, D. Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis, DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008.
8. Spoth RL, Guyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. Iowa State University, Institute for Social and Behavioral Research, Ames 50010-8296, USA. *J Stud Alcohol.* 2002 Mar;63(2):219-28.
9. Goler NC, Armstrong MA, Osejo VM, Hung YY, Haimowitz M, Caughey AB. Early start: a cost-beneficial perinatal substance abuse program. Department of Obstetrics, The Permanente Medical Group, Vallejo, California, USA. *Obstet Gynecol.* 2012 Jan;119(1):102-10.
10. Gentilello LM, Ebel BE, Wickizer TM, Salkever DS, Rivara FP. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. Department of Surgery, Division of Burns, Trauma and Critical Care, Parkland Memorial Hospital, University of Texas Southwestern Medical School, 5323 Harry Hines Boulevard, MC 9158, Dallas, Texas, USA. *Ann Surg.* 2005 Apr;241(4):541-50.
11. Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity, *Pediatr Clin North Am.* 2002 Apr;49(2):463-77.
12. Goullé JP, Verstraete A, Boulu R, Costentin J, Foucher JP, Raes E, Tillement JP., Illicit drugs, medications and traffic accidents, *Ann Pharm Fr.* 2008 Aug;66(4):196-205. Epub 2008 Aug 23.
13. Vitale S, van de Mheen D., Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies, *Drug Alcohol Depend.* 2006 Mar 15;82(1):1-9. Epub 2005 Sep 23.
14. Volkow ND, Fowler JS, Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex, *Cereb. Cortex* (2000) 10 (3): 318-325.

15. Leshner AI, Addiction Is a Brain Disease, and It Matters, *Science* 3 October 1997: Vol. 278 no. 5335 pp. 45-47.
16. Dackis C, O'Brein C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications., *Nat Neurosci.* 2005 Nov; 8(11): 1431-6. Review.
17. Gilbert J Botvin, Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors, Volume 25, Issue 6, November–December 2000, Pages 887–897.
18. Paus T, Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol 9(2), Feb 2005, 60-68.
19. Beatriz Lunaa, Keith R. Thulborn, Douglas P. Munoz, Elisha P. Merriam, Krista E. Garver, Nancy J. Minshew, Matcheri S. Keshavan, Christopher R. Genovese, William F. Eddy, John A. Sweeney, Maturation of Widely Distributed Brain Function Subserves Cognitive Development, Volume 13, Issue 5, May 2001, Pages 786–793.
20. Giedd JN, et al. (1999) Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* 2:861–863.
21. Paus T, *op. cit.*
22. Jager G, Ramsey NF (2008) Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: An overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev* 1:114–123
23. Rubino T, et al. (2009) Changes in hippocampal morphology and neuroplasticity induced by adolescent THC treatment are associated with cognitive impairment in adulthood. *Hippocampus* 19:763–772.
24. Paus T, *op. cit.*
25. Serpelloni G, Bricolo F, Mozzoni M, *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze*, Verona, 2008.
26. Alberta, Longitudinal development of Human Brain Wiring Continues form Childhood into Adulthood, Edmonton, Alberta T6G 2V2, Canada, th *Journal of Neuroscience*, July 27, 2011.
27. Meier MH, Caspia A, Amblere A, Harrington HL, Houts R, Keefe RSE, McDonald K, Ward A, Poulton R, and Moffitt TE, Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Edited by Michael I. Posner, University of Oregon, Eugene, OR, and approved July 30, 2012 (received for review April 23, 2012).
28. Kalivas PW, Volkow ND, The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice” *Am J Psychiatry* 2005; VOL. 162: 1403-1413. No 8, 2005.
29. Goldstein RZ, Volkow ND, Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex, *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1642-1652
30. Goldstein RZ, Volkow ND, *op. cit.*
31. Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE (2011) Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav*, 10.1037/a0026269.
32. Harvey MA, Sellman JD, Porter RJ, Frampton CM (2007) The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug Alcohol Rev* 26:309–319.

33. Medina KL, et al. (2007) Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: Subtle deficits detectable after a month of abstinence. *J Int Neuropsychol Soc* 13:807–820.
34. Solowij N, et al. (2011) Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology (Berl)* 216:131–144.
35. Ehrenreich H, et al. (1999) Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)* 142:295–301.
36. Fontes MA, et al. (2011) Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *Br J Psychiatry* 198:442–447.
37. Solowij N, Pesa N (2010) [Cognitive abnormalities and cannabis use]. *Rev Bras Psiquiatr* 32(Suppl 1):S31–S40.
38. Wilson W, et al. (2000) Brain morphological changes and early marijuana use: A magnetic resonance and positron emission tomography study. *J Addict Dis* 19:1–22.
39. Hanson KL, et al. (2010) Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addict Behav* 35:970–976.
40. Jager G, Block RI, Luijten M, Ramsey NF (2010) Cannabis use and memory brain function in adolescent boys: A cross-sectional multicenter functional magnetic resonance imaging study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49:561–572, 572, e1–e3.
41. Hyman SE, Malenka RC, Addiction and the brain: the Neurobiology of compulsion and its persistence, *Nature reviews*, Volume 2, October 2001.
42. Ashtari M, et al. (2011) Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *J Psychiatr Res* 45:1055–1066.
43. Goldstein RZ, Volkow ND, *op. cit.*
44. Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2008 Oct 12;363(1507):3125-35.
45. Vanderschuren LJ, Everitt BJ, Behavioral and neural mechanisms of compulsive drug seeking. *Eur J Pharmacol.* 2005 Dec 5;526(1-3):77-88. Epub 2005 Nov 28.
46. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L (2008) Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev* 32:777–810.
47. Low NC, Dugas E, O'Loughlin E, Rodriguez D, Contreras G, Chaiton M, O'Loughlin J. Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry.* 2012 Aug 17;12:116. doi: 10.1186/1471-244X-12-116.
48. Kalivas PW, Ph.D., Volkow ND, M.D., The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice, *The American Journal of Psychiatry*, VOL. 162, No. 8, 2005.
49. Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR, Epigenetics of drug abuse: predisposition or response, *Pharmacogenomics.* 2012 Jul;13(10):1149-60.

50. Robison AJ, Nestler EJ., Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction, *Nat Rev Neurosci.* 2011 Oct 12;12(11):623-37. doi: 10.1038/nrn3111.
51. Spoth RL, Redmond C, Trudeau L, Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs., *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 16(2), Jun 2002, 129-134.
52. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman, MEP, Prevention that works for children and youth: An introduction., *American Psychologist*, Vol 58(6-7), Jun-Jul 2003, 425-432.
53. Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, Lawrence FR and Henry KL, Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents, *Health Education Research Theory & Practice* Vol.21 no.1 2006 Pages 157–167.
54. Chia-Shan Wu, Jew CP & Hui-Chen Lu. Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. *Future Neurol.* (2011) 6(4), 459–480.
55. Jutras-Aswad D, Di Nieri JA, Harkany T, Hurd YL. Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* Volume 259, Number 7 / October, 2009.
56. Hurt H, Giannetta JM, Korczykowski M, Hoang A, Tang KZ, Betancourt L, Brodsky NL, Shera DM, Farah MJ, Detre JA: Functional magnetic resonance imaging and working memory in adolescents with gestational cocaine exposure. *J Pediatr* 2008; 152: 371–377.
57. Richardson CA, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of prenatal cocaine exposure on growth: a longitudinal analysis. *Pediatrics* 2007;120:1017–1027.
58. Volpe JJ: Effect of cocaine use on the fetus. *New Engl J Med* 1992; 327: 399–407.
59. Zabaneh R, Smith LM, LaGasse LL, et al. The effects of prenatal methamphetamine exposure on childhood growth patterns from birth to three years of age [published ahead of print on August 4, 2011]. *Am J Perinatol.*
60. Eriksson M., Billing L., Steneroth G., Health and development of 8-year-old children whose mothers abused amphetamine during pregnancy. *Acta Paediatr Scand* (1989) 78 : pp 944-949.
61. Mattson SN, Riley EP. A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:279-94.
62. Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP. The relationship between services delivered and substance use outcomes in New Mexico's Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) Initiative. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Nov 1;118(2-3):152-7. Epub 2011 Apr 9.
63. Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., Evaluation of the Washington state screening, brief intervention, and referral to treatment project: cost outcomes for Medicaid patients screened in hospital emergency departments. *Med Care.* 2010 Jan;48(1):18-24.
64. Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, *op. cit.*

65. Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., *op. cit.*
66. Botvin, Gilbert J.; Baker, Eli; Dusenbury, Linda; Tortu, Stephanie; Botvin, Elizabeth M., Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 58(4), Aug 1990, 437-446.
67. Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, and Kaufman N. Preventing early adolescent substance use., *Prevention Science* 3(3):191–202, 2002.
68. Gerstein DR and Green LW, eds. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press, 1993.
69. Hansen WB, Giles SM and Fearnow-Kenney, M.D. *Improving Prevention Effectiveness*. Greensboro, NC: Tanglewood Research, 2000.
70. Skara S, Sussman S., A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations, *Prev Med*. 2003 Nov;37(5):451-74.
71. Chou CP, Montgomery S, Pentz MA, Rohrbach LA, Johnson CA, Flay BR, and MacKinnon DP, Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents, *Am J Public Health*. 1998 June; 88(6): 944–948.
72. Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, *op. cit.*
73. Swendsen J, Le Moal M., Individual vulnerability to addiction., *Ann N Y Acad Sci*. 2011 Jan;1216:73-85.
74. National Institute on Drug Abuse., *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*, 2007.
75. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol 112(1), Jul 1992, 64-105.
76. Schwinn TM, corresponding author Schinke SP, and Di Noia J. Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention, *Prev Sci*. 2010 March; 11(1): 24.
77. Sabet KA, *Gender-based Approaches to Drug Prevention, Treatment, and Rehabilitation: From Research to Practice*, presentation at the Dadnet 2012 meeting, Rome, 2012.
78. Moon D, Hecht M, Jackson K and Spellers R. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse*, 34(8):1059–1083, 1999.
79. Demarsh J, PhDa, & Kumpfer KL, PhD, *Family-Oriented Interventions for the Prevention of Chemical Dependency in Children and Adolescents*, *Journal of Children in Contemporary Society*, Volume 18, Issue 1-2, 1986
80. Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., *op. cit.*
81. Sussman S, Dent CW and Stacy AW. Project Toward No Drug Abuse: A review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior* 26(5):354–365, 2002.

82. Spoth RL, Redmond D, Trudeau L and Shin, C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors* Vol 16(2):129–134, June 2002.
83. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007., *Addiction*. 2011 May 6.
84. Andreasen A, Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment. San Francisco: Jossey-Bass., 1995.
85. Lorch E, Palmgreen P, Donohew L, Helm D, Baer SA, & Dsilva MU. (1994) Program context, sensation seeking and attention to televised anti-drug public service announcements. *Human Communication Research*, 20, 390-412.
86. Maibach, Parrott, Designing health messages approaches from Communication theory and public health practice. Thousand Oaks, CA: Sage., 1995.
87. University of Toronto, Overview of health communication campaigns. Toronto, Canada: Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 1999.
- 88.¹ Xiao Z. Sensation seeking and impulsivity: The direct and indirect effects of adolescent marijuana use. *Journal of Substance Use* 13, 415-433, 2008.
89. Zollo P. Wise up to teens. Insights into marketing and advertising to teenagers. Ithaca, NY: New strategist Publication., 1995.
90. Xiao Z., *op. cit.*
91. Zollo P., *op. cit.*
92. Palmgreen P, Lorch EP, Stephenson MT, Hoyle RH, Donohew L. Effects of the Office of National Drug Control Policy's Marijuana Initiative Campaign on High-Sensation-Seeking Adolescents. *American Journal of Public Health* 2007;97(9):1644-9.
93. Agostinelli G, and Grube JW. (2002), 'Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research', *Alcohol research and health* 26 (1), pp. 15-21.
94. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL., Thompson RS, Rajab W, & Task Force on Community Preventive Services. (2004).
95. National Cancer Institute (2008), 'The role of the media in promoting and reducing tobacco use', Tobacco Control Monograph No 19, NIH Pub No 07-6242. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
96. Hawkins JD, Catalano RF and Arthur M. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1–26, 2002.
97. Slater MD, Kelly KJ, Edwards RW, Thurman PJ, Plested BA, Keefe TJ, Lawrence FR and Henry KL, *op. cit.*
98. Wakefield MA, Loken B and Hornik RC (2010), 'Use of mass media campaigns to change health behaviour', *Lancet*; 376: 1261–71.
99. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., *op. cit.*
100. Andreasen A, *op. cit.*

101. Kumar R, O'Malley PM, Johnston LD, Schulenberg JE, Bachman JG., Effects of school-level norms on student substance use., *Prev Sci.* 2002 Jun;3(2):105-24.
102. Stoddard SA, Bauermeister JA, Gordon-Messer D, Johns M, Zimmerman MA., Permissive norms and young adults' alcohol and marijuana use: the role of online communities., *J Stud Alcohol Drugs.* 2012 Nov;73(6):968-75.
103. Biglan A, Duncan, TE, Ary, DV & Smolkowski, K., Peer and parental influences on adolescent tobacco use, *J Behav Med*, 18, 315-30., 1995.
104. Wang J, Simons-Morton BG, Farhat T & Luk JW. Socio-Demographic Variability in Adolescent Substance Use: Mediation by Parents and Peers, *Prev Sci.*, 2009.
105. Bachman JG, Johnston LD, O'Malley PM & Humphrey RH. (1988), Explaining the recent decline in marijuana use: differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors, *J Health Soc Behav*, 29, 92-112.
106. Fishbein M & Ajzen I. *Beliefs, attitude, intention, and behavior* (Reading, MA, Addison Wesley), 1975.
107. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 13-21., 2007.
108. Brown TN, Schulenberg JE, Bachman JG, O'Malley PM & Johnston LD. (2001) Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from twenty-two consecutive cohorts of high school seniors, *Prev Sci*, 2, 29-43.
109. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here?, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 55, 13-21., 2007.
110. Brown TN, Schulenberg JE, Bachman JG, O'Malley PM & Johnston LD. (2001) Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from twenty-two consecutive cohorts of high school seniors, *Prev Sci*, 2, 29-43.
111. Musick K, Seltzer JA & Schwartz CR. Neighborhood Norms and Substance Use among Teens, *Soc Sci Res*, 37, 138-155., 2008.
112. Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P and Bellamy N. Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Prevention Science* 3(3):241-246, 2002.
113. UNODC, *Guide to implementing family skills programmes for drug abuse prevention*, 2009.
114. Ashery RS, Robertson EB, and Kumpfer KL, eds. *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1998.
115. August GJ, Realmuto GM, Hektner JM and Bloomquist ML. An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(4):614-626, 2001.
116. Battistich V, Solomon D, Watson M and Schaps E. Caring school communities. *Educational Psychologist* 32(3):137-151, 1997.

117. Dishion T and Kavanagh KA. Multilevel approach to family-centered prevention in schools: Process and outcome. *Addictive Behaviors* 25:899-911, 2000.
118. MacKinnon DP, Johnson CA, Pentz MA, Dwyer JH, Hansen WB, Flay BR, Wang EY-I. Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: First-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology* 1991;10(3):164-72.
119. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Making Your Workplace Drug-Free*, 2007.
120. Aguirre-Molina M, and Gorman DM. Community-Based Approaches for the Prevention of Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use, *Annual Review of Public Health*, Vol. 17: 337-358, 1996.
121. Caplan YH, Huestis MA, Drugs in the workplace, in Karch S.B., *Workplace drug testing*, 2007.
122. Hawkins JD and Catalano RF. *Communities That Care: Action for Drug Abuse Prevention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.
123. Hawkins JD and Catalano RF., *op. cit.*
124. Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M., A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet, *Drug Alcohol Rev.* 2012 Oct 8.
125. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G., Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):749-59. Epub 2010 Feb 9.
126. EU Kids Online: Final Report September 2011.
127. Mann T, Sherman D, and Updegraff J, Dispositional Motivations and Message Framing: A Test of the Congruency Hypothesis in College Students. *Health Psychol.* Author manuscript; available in PMC 2008 October 30. Published in final edited form as: *Health Psychol.* 2004 May; 23(3): 330-334. doi: 10.1037/0278-6133.23.3.330.
128. Sherman DK, Mann T, Updegraff JA. Approach/Avoidance Motivation, Message Framing, and Health Behavior: Understanding the Congruency Effect. Department of Psychology, University of California, Santa Barbara, California. *Motiv Emot.* 2006 Jun;30(2):165-169.
129. Sherman DK, Updegraff JA, Mann T. Improving oral health behavior: a social psychological approach. Department of Psychology, University of California, Santa Barbara, Santa Barbara, Calif. 93106, USA. *J Am Dent Assoc.* 2008 Oct;139(10):1382-7.
130. Gerend MA, Shepherd JE, Monday KA. Behavioral frequency moderates the effects of message framing on HPV vaccine acceptability. Department of Medical Humanities and Social Sciences, Florida State University College of Medicine, 1115 West Call Street, Tallahassee, FL 32306-4300, USA. *Ann Behav Med.* 2008 Apr;35(2):221-9. Epub 2008 Mar 12.
131. Gray JB, Harrington NG. Narrative and framing: a test of an integrated message strategy in the exercise context. Department of Communication,

- Appalachian State University, Boone, North Carolina 28608, USA. *J Health Commun.* 2011 Mar;16(3):264-81.
132. Rothman AJ, Salovey P. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota 55455, USA. *Psychol Bull.* 1997 Jan;121(1):3-19.
 133. Fukunaga R, Bogg T, Finn PR, Brown JW. Decisions During Negatively-Framed Messages Yield Smaller Risk-Aversion-Related Brain Activation in Substance-Dependent Individuals. *Psychol Addict Behav.* 2012 Nov 12. [Epub ahead of print]. Advance online publication. doi: 10.1037/a0030633.
 134. Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., *op. cit.*
 135. Kumpfer KL., Molgaard V, Spoth RP, Ray DeV. (Ed); McMahon, RJ(Ed). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency., Banff international behavioral science series, Vol. 3., pp. 241-267, 1996.
 136. Kumpfer KL, Johnson JL. Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents, *Adicciones.* 2007;19(1):13-25.
 137. Deborah A. Cohen A1 and Kathryn L. P. Linton A, Parent Participation in An Adolescent Drug Abuse Prevention Program, *Journal of Drug Education*, Volume 25, Number 2, pp. 159 – 169, 1995.
 138. Kumpfer KL, Johnson JL., *op. cit.*
 139. Schuck S. A unique school intervention model for children “at risk”, II° Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
 140. Angela JY. Liang MA. Parent training and Multiple Family Groups, II° Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
 141. Polzonetti CM. Organization and dissemination of evidence based research in neurodevelopmental disorders, II° Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
 142. Linney JA, Wandersman A. Prevention Plus III: Assessing Alcohol and Other Drug Prevention Programs at the School and Community Level. A Four-Step Guide to Useful Program Assessment., 1991.
 143. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, A participatory handbook for youth drug abuse prevention programmes. A guide for development and improvement, United Nations, New York, 2002.
 144. National Institute on Drug Abuse, Preventing Drug Use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, 2003.
 145. Kalivas PW, Ph.D., Volkow ND, M.D., *op. cit.*
 146. Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR., *op. cit.*
 147. Robison AJ, Nestler EJ., *op. cit.*
 148. BotvinGJ, Baker E, Dusenbury L, TortuS, Botvin EM., *op. cit.*
 149. Linney JA, Wandersman A., *op. cit.*

150. <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/drug-abuse-prevention>
151. <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/prevention-principles>
152. <http://www.whitehouse.gov/ondcp/prevention-intro>
153. French MT, Roebuck MC, McLellan AT, Sindelar JL. Can the Treatment Services Review be used to estimate the costs of addiction and ancillary services?, *J Subst Abuse*, 2000; 12(4): 341-61.
154. White House Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, 2010 e 2012.
155. <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/consult-paper-toc~consult-paper-pol~consult-paper-pol-pri~consult-paper-pol-pri-bal>
156. French MT, Roebuck MC, McLellan AT, Sindelar JL., *op. cit.*
157. Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, art. 33.
158. United Nation Office on Drugs and Crime, Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem, High-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11-12 Marzo 2009.
159. Dipartimento Politiche Antidroga, Main principles of the Italian position against drug use - The reasons for saying NO to the legalisation of drugs, Rome, 1 November 2011.
160. Caulkins JP, Kilmer B, MacCoun RJ, Pacula RL, Reuter P. Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition, *Addiction*. 2012 May;107(5):865-71. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03561.x. Epub 2011 Oct 10.
161. Cerdá M, Wall M, Keyes KM, Galea S, Hasin D, Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Jan 1;120(1-3):22-7. Epub 2011 Nov 17.
162. Svrakic DM, Lustman PJ, Mallya A, Lynn TA, Finney R, Svrakic NM. Legalization, decriminalization & medicinal use of cannabis: a scientific and public health perspective. Washington University School of Medicine, St Louis, USA.
163. Amirav I, Luder A, Viner Y, Finkel M. Decriminalization of cannabis--potential risks for children? *Acta Paediatr*. 2011 Apr;100(4):618-9. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02081.x. Epub 2010 Dec 1.
164. Joffe A, Yancy WS. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Legalization of marijuana: potential impact on youth. *Pediatrics*. 2004 Jun;113(6):e632-8.
165. DEA - Drug Enforcement Administration, SPEAKING OUT Against Drug Legalization, 2010.

166. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use, *Lancet*, 2009; 374: 1383-91.
167. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis, *BMJ* 2012;344:e536 doi: 10.1136/bmj. e536 (Published 9 February 2012).
168. LaBrie JW, Hummer JF, Lac A., Comparing injunctive marijuana use norms of salient reference groups among college student marijuana users and nonusers., *Addict Behav.* 2011 Jul;36(7):717-20. Epub 2011 Feb 12
169. Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., *op. cit.*
170. Joffe A, Yancy WS, *op. cit.*
171. Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP., *op. cit.*
172. Swendsen J, Le Moal M., *op. cit.*
173. National Institute on Drug Abuse., *op. cit.*
174. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY., *op. cit.*