



**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime

# International Cooperation Project

In collaborazione con:



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

# Prevention Strategy and Policy Makers

## “A solidarity consortium”

Roma 9–10 ottobre 2012

Sala “A. De Gasperi” – Scuola Superiore di Polizia  
Via Pier della Francesca, 3 – Roma



In collaborazione e con il supporto di:



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze



**unieri**  
United Nations  
Interregional Crime and Justice  
Research Institute

# Delegazioni partecipanti

Roma, 9 –10 ottobre 2012



Mohamed Zouggar, Graca Ana Da Conceicao, Claudia Rafling, Paulina Duarte, Angelo Fernandes Gioia, Gen. Neak Yuthea, Aaron Coe, Carlos Vallejo, Rodrigo Velez Valarezo, Rafael Parreno Navas, Amr A. Osman, Ali Hassan Amer, Andres A. Ramirez Medrano, Daniel J. Menninger, Laura D'Arrigo, Minerva Melpomeni Malliori, Luky Veronica Lopez Angulo, Yair Geller, Akihiro Nakamura, Firas S. A. Al Khateeb, William Okedi, Alymbai Sultanov, Janis Bekmanis, Mounir Abdel Kalek, Adel Machmouchi, Auob Alashegam, Marilyn Clark, Brekke Torbjorn K., Safa Arafat, Ramon Bartoli, Rommel Garcia, Viveca Catalig, Jose Aurelio, Manuel Cardoso, Ana Sofia Santos, Mikhail Kiyko, Vladimir Vysotskiy, Platon Ratskevich, Alexander Zezulyn, Mauro Fiorini, Maria Sofia Aragon, Francisco de Asis Babin Vich, Ruth Jacoby, Emil Wannheden, Isabelle Widmer, Alisher K. Tashripov, Mammedurdy Sopyyev, Volodymyr Tymoshenko, Abdul Rahman Alowais, "Maj. Gen. Abdul Jaleel Mahdi", Mohammad Al Asmawi", Paul Chandwani, Bora Dushku, Richard Baum, Iladar R. Shigabudinov, Duc Nguyen Cuu, Viet Trung Tran, Kien Nguyen, Patrick Penninckx, Danilo Ballotta, Andrés Finguerut, Alessandra Liquori O'Neil, Daniela Salvati, Arthur T. Dean, Susan R. Thau, Giovanni Tamburino, Kjell Erik Oie, Viktor Ivanov, Jeffrey Lee, Zili Sloboda, Giovanna Campello, Yea - Rin Cha, Giovanni Tamburino, West Huddleston, Robert G. Rancourt, Douglas B. Marlowe, Lindsay Wood, Kevin Sabet, Raymond Yans, Jonathan Lucas, Yury Fedotov, Gilberto Gerra, Roberto Arbitrio

## Bureau



**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime



**Yury Fedotov**

Direttore esecutivo dell'Ufficio ONU  
contro le droghe ed il crimine (UNODC)



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



**Giovanni Serpelloni**

Capo Dipartimento Politiche Antidroga  
Presidenza del Consiglio dei Ministri



**unicri**

United Nations  
Interregional Crime and Justice  
Research Institute



**Jonathan Lucas**

Direttore Ufficio Interregionale per la  
Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI)

## Presentazione



**Andrea Riccardi**

*Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione*

La cooperazione internazionale, i partenariati e i gemellaggi ancora una volta si dimostrano vincenti e fonte di buone prassi condivise per un fine comune. Con il patrimonio di esperienze e conoscenze reso disponibile in questo congresso si potrà creare un vero e proprio "Consorzio di solidarietà", una serie di percorsi che metteranno in contatto i policy makers dei diversi Paesi e consentiranno loro di implementare i sistemi di prevenzione nazionale. Un Paese accompagnerà così un altro Paese, in un'ottica solidale, nella consapevolezza che la sfida che ci è posta innanzi è comune. Perché l'approccio vincente è quello che fa uscire da una visione delle cose ripiegata su se stessa e ristretta, è quello che privilegia le sinergie operative. Da sempre i Paesi che cooperano, i Paesi che si uniscono in rete, sono quelli in grado di sostenere i problemi e le prove più difficili. Uniti si vince, da soli si perde.



## Introduzione

Voglio ricordare che l'uso di qualsiasi droga porta con sé una vasta serie di rischi e danni che vanno dal rischio di morte al rischio di invalidità temporanee o permanenti con un compromissione profonda, in certe persone vulnerabili più che in altre, delle potenzialità e della fisiologica maturazione cerebrale e cognitiva. Danni che toccano in particolare la parte più importante della società: i giovani, i bambini, la nostra forza e il potenziale più importante e prezioso per il futuro.

Non possiamo accettare una società in cui l'uso di droghe sia considerato uno stile di vita. La prevenzione e le politiche contro l'uso di droghe devono essere considerate una priorità sia in ambito sanitario, che sociale ed economico. Dobbiamo proteggere dall'offerta di droga i nostri bambini e i ragazzi e questa necessità di avere a disposizione varie opzioni di prevenzione, di comune sentire e di mutuo scambio deve essere considerato un diritto umano sul quale concentrare le politiche e le strategie per il futuro. Per fare questo stiamo creando un Consorzio Internazionale di Solidarietà che vuole essere prima di tutto un consorzio di intenti. Sappiamo che ci sono tante differenze politiche, culturali, di strategia, di visione tra i diversi paesi che hanno partecipato all'incontro, ma credo che sugli intenti generali possiamo essere tutti d'accordo. L'obiettivo è dunque trovare il minimo comune denominatore, valorizzare quello che ci unisce e non ciò che ci divide e la prevenzione può essere il nostro valore comune.

**Giovanni Serpelloni**  
Capo del Dipartimento Politiche Antidroga

## Il progetto



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

### La prevenzione rappresenta un investimento non una spesa

Spesso i policy makers si trovano ad affrontare problemi che toccano il benessere della società, trattando temi che coinvolgono il campo della salute pubblica. Tuttavia, la questione della domanda di droga pone sfide costantemente nuove e sempre più complesse ai fini di una risposta completa, in termini di salute pubblica, che miri alla prevenzione dell'uso di sostanze. Nell'affrontare queste sfide, i policy makers dovrebbero essere supportati da reti internazionali per lo scambio di idee e buone prassi che guidano lo sviluppo di una legislazione sensibile, informata e applicabile.

I policy makers a livello governativo che trattano tematiche relative alla droga provengono spesso da un ambiente non tecnico-scientifico. Di conseguenza il loro approccio culturale al problema può risentire di una mancanza di informazioni specifiche in questione, nonché, in alcuni casi, di una parziale interpretazione della natura e della risposta al problema. Questo background può portare a volte i policy makers a sottovalutare le risposte in termini preventivi, poiché attività forse troppo poco valorizzate e conosciute.



**Gilberto Gerra**  
*Capo del Settore Prevenzione  
Droga e Salute dell'UNODC*

### Problemi che affronterà il progetto

Questo progetto vuole migliorare la comprensione, da parte dei policy makers, della reale natura ed eziologia dell'uso di droghe e della dipendenza, nonché arricchire e rafforzare la loro conoscenza riguardo ad interventi efficaci e basati sull'evidenza per la prevenzione dell'uso di droghe. Il progetto in questione prevede che i policy makers vengano preparati su specifici strumenti e che entrino in contatto con i risultati tangibili raggiunti attraverso programmi basati sull'evidenza e sul risparmio, grazie ad una corretta attuazione degli stessi.

I policy makers oggetto di tale intervento fungeranno, per i loro colleghi, da promotori per una maggiore conoscenza dell'argomento.

Inoltre, questo progetto supporterà gli Stati Membri nella pianificazione, progettazione, sviluppo e realizzazione di sistemi nazionali di prevenzione basati sull'evidenza scientifica dei benefici e sul rapporto tra costi ed efficacia.

Infine questo progetto aiuta gli esperti coinvolti nelle campagne di prevenzione e comunicazione sull'uso di sostanze a garantire che le stesse campagne vengano progettate, sviluppate e realizzate nel modo più efficace possibile.



**Giovanna Campello**  
*Programme Officer, Sezione  
Prevenzione, Trattamento e  
Riabilitazione dell'UNODC*

### Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi

Comprensione da parte dei policy makers nazionali e regionali dell'eziologia dell'uso di droghe e della dipendenza da esse, rapporto in termini di costi-efficacia delle misure di prevenzione, bisogno di sviluppare sistemi di prevenzione basati sull'evidenza e sull'efficacia.

## Prevention Strategy and Policy Makers – A “Solidarity Consortium”

“Prevention Strategy and Policy Makers” è un’iniziativa congiunta dell’Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC) e del Dipartimento per le Politiche antidroga il cui scopo è quello di diffondere gli standard internazionali dell’UNODC in materia di prevenzione dell’uso di sostanze stupefacenti e di supportare i policy makers nella creazione di un sistema di prevenzione nazionale incentrato sulla salute e basato sull’evidenza scientifica.

L’iniziativa prevede la creazione di centri di prevenzione regionali e la formazione di policy maker al fine di fornire a questi ultimi strumenti concreti per il miglioramento del loro sistema nazionale di prevenzione, fornendo tra l’altro un’insieme di programmi e materiali efficaci in materia di prevenzione. L’iniziativa riguarderà in un primo momento l’America centrale, il Nord Africa , l’Asia Centrale e Orientale.

Il lancio di questo programma si è svolto il giorno 9 ottobre 2012, a Roma, con la partecipazione dei capi delle Agenzie nazionali di controllo della droga interessati ad aderire a questo partenariato il cui obiettivo è di supportare i bambini e i giovani nella realizzazione delle loro piene potenzialità e di ribadire il loro impegno nella creazione di una società in cui le droghe non sono accettate come uno stile di vita.

Il 10 ottobre, i partecipanti sono stati invitati a prendere parte a due eventi satelliti, uno organizzato dalla National Association of Drug Court Professionals (NADCP), avente in oggetto la promozione di modelli giudiziari alternativi per i reati correlati alla droga e l’altro organizzato dall’Istituto Interregionale delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI), incentrato sul miglioramento dei loro sistemi di monitoraggio delle sostanze stupefacenti al fine di rafforzare le capacità delle amministrazioni nazionali di controllo.



*“Il concetto di cooperazione rappresenta il principio per cui l’impegno dei vari stati deve servire ad essere inteso come valore aggiunto delle iniziative esistenti. Lo scambio di buone pratiche, dovrebbe essere alla base di qualsiasi azione, di ogni realtà istituzionale e configurazione culturale, qualunque siano le diversità che intercorrono tra istituzione e culture.”*

**Elisabetta Simeoni**

Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Direttore Generale Area Tecnico Scientifica, Responsabile dei Rapporti Internazionali  
Coordinatore per il DPA del Progetto Policy Makers

# Memorandum of intent per la PREVENZIONE dell'uso di droghe



Roma, 9 ottobre 2012

## 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 disuguaglianza e l'esclusione, nonché l'alta disponibilità di sostanze sul territorio<sup>1-4</sup>.

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 effective<sup>5-10</sup> e prevenire l'uso di droga aiuta a prevenire anche altri comportamenti a rischio<sup>11</sup>. 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 dell'aumentato rischio di incidentalità correlato all'uso di sostanze<sup>12,13</sup>.

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-ambientali<sup>14-16</sup>.

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 prescritti<sup>17</sup> 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:

- Attivare interventi di supporto precoce alla famiglia con problemi di vulnerabilità,
- Attivare interventi educativi precoci e specifici prioritariamente sulle persone vulnerabili, in particolare bambini e adolescenti.
- 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.
- Evitare le alterazioni della fisiologica maturazione cerebrale in seguito all'uso di sostanze durante la fase adolescenziale.
- 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.
- Ridurre i rischi di incidentalità droga correlata (incidenti stradali, lavorativi, domestici, violenze e abusi)
- 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 motivazione<sup>18-22</sup>.

Questa fase di maturazione comporta una modulazione continua delle strutture e delle reti neurali (neuroplasticità)<sup>23</sup> 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 autonomia<sup>24-26</sup>.

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 intellettivo<sup>27</sup>, subiranno delle alterazioni<sup>28,29</sup>.

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 uso<sup>30</sup>.

### 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 – cognitivi<sup>31-40</sup>, 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<sup>41,42</sup>.

### La vulnerabilità alle sostanze

Nel definire le strategie di prevenzione è necessario tenere in considerazione anche che non tutti 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 soggetti<sup>43-46</sup>. 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 alcolico<sup>47</sup>. 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 immodificabile 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.

<b>1</b>	<b>Identificazione e intervento precoce</b>	<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 terapeutico<sup>1-3</sup>.</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 salute<sup>79,80,83</sup>.</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 dipendente<sup>4-11</sup>. 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<sup>12,13</sup>, 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>
<b>2</b>	<b>Prevenzione globale verso i comportamenti a rischio</b>	<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.)<sup>64,65</sup>. 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 sani<sup>66-69</sup>.</p> <p>La prevenzione universale community based è e resta importante<sup>70,71</sup> e non deve essere abbandonata ma integrata con forme più specifiche ed incisive di prevenzione.</p>
<b>3</b>	<b>Prevenzione selettiva e indicata</b>	<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 vulnerabilità<sup>72-75</sup>. Le azioni di prevenzione devono inoltre essere differenziate tenendo conto del genere, del temperamento, dell'età (fase di sviluppo) e delle condizioni ambientali in cui avvengono<sup>76-79</sup>.</p>
<b>4</b>	<b>Prevenzione permanente e periodica per la percezione del rischio</b>	<p>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 "resilience" 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<sup>80-89</sup>. 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<sup>90,91</sup>. 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<sup>92-95</sup>.</p>
<b>5</b>	<b>Comunicazione e informazione antidroga coerente ed evidence based</b>	<p>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<sup>96</sup>. 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<sup>97,98</sup>.</p>

6	<b>Disapprovazione sociale</b>	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 <sup>99-108</sup> . 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" <sup>109-111</sup> .
7	<b>Focus su famiglia, scuola, luoghi di lavoro, comunità sociale e Internet</b>	Le attività di prevenzione dovrebbero essere principalmente focalizzate sulla famiglia <sup>112</sup> e sulla scuola <sup>113-118</sup> ma dovrebbero assolutamente essere incluse le attività di prevenzione sui luoghi di lavoro <sup>119,120</sup> e la comunità sociale <sup>121,122</sup> , 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 giovani <sup>123-126</sup> . 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 <i>counseling</i> e punti specializzati per lo sviluppo di idonee skill parentali e di diagnosi precoce ( <i>early detection</i> ). È 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 comportamentali <sup>127-133</sup> .
8	<b>Approccio educativo ed empowerment dei comportamenti responsabili</b>	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 incomprensioni <sup>134-137</sup> . Questo approccio educativo prevede anche il rispetto e l'accettazione dei ragazzi da parte dei genitori e soprattutto la gratificazione delle loro conquiste di autonomia <sup>138</sup> . 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 alcolico <sup>139-141</sup> . 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 delle 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	<b>Orientamento scientifico e valutazione costante dei risultati</b>	Le attività di prevenzione devono utilizzare metodologie basate sulle evidenze scientifiche in grado di assicurare efficacia ma nel contempo anche la sicurezza degli interventi <sup>142-144</sup> . 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 vulnerabilità <sup>145-147</sup> . L'orientamento scientifico prevede anche che gli interventi di prevenzione debbano essere costantemente valutati con sistemi in grado di quantificare gli esiti (outcome) e l'impatto nonché i costi e i benefici realmente generati <sup>148-153</sup> .

## 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'offerta<sup>154-156</sup>.

## 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<sup>157,158</sup>.

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 inoltre<sup>159-165</sup> che tutte le condizioni 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 cannabis<sup>166-168</sup>), siano misure in grado di far aumentare nel tempo i consumi di droghe, di far diminuire la disapprovazione sociale<sup>169</sup> verso il loro uso, di far diminuire la percezione del rischio<sup>170</sup> aumentando il rischio di precoce sensibilizzazione cerebrale verso le droghe e quindi di evoluzione verso l'addiction, soprattutto per le persone giovani e vulnerabili<sup>171-174</sup>.

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

- 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.
- 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.
- Gardner EL. Addiction and brain reward and antiward pathways, *Adv Psychosom Med.* 2011;30:22-60. Epub 2011 Apr 19.
- Somaii 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.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral Healthcare, 2011.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity, *Pediatr Clin North Am.* 2002 Apr;49(2):463-77.
- 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.
- 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.
- Volkow ND., Fowler JS, Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex, *Cereb. Cortex.* 2000 10 (3): 318-325.
- Leshner AI, Addiction Is a Brain Disease, and It Matters, *Science* 3 October 1997: Vol. 278 no. 5335 pp. 45-47.
- Dackis C, O'Brein C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications., *Nat Neurosci.* 2005 Nov; 8(11): 1431-6. Review.
- 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.
- Paus T, Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence, *Trends in Cognitive Sciences.* Vol 9(2), Feb 2005, 60-68.
- 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 Suberves Cognitive Development, Volume 13, Issue 5, May 2001, Pages 786–793.
- Giedd JN, et al. (1999) Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* 2:861–863.
- Paus T, op. cit.
- 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
- 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.
- Paus T, op. cit.
- Serpelloni G, Bricolo F, Mozzoni M, Elementi di Neuroscienze e Dipendenza, Verona, 2008.
- Alberta, Longitudinal development of Human Brain Wiring Continues from Childhood into Adulthood, Edmonton, Alberta T6G 2V2, Canada, th Journal of Neuroscience, July 27, 2011.
- Meier MH, Caspia A, Ambler 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).
- 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.
- 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
- Goldstein RZ, Volkow ND, op. cit.
- 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.
- 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.
- 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.
- Solowij N, et al. (2011) Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology (Berl)* 216:131–144.
- Ehrenreich H, et al. (1999) Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)* 142:295–301.
- Fontes MA, et al. (2011) Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *Br J Psychiatry* 198:442–447.
- Solowij N, Pesa N (2010) [Cognitive abnormalities and cannabis use]. *Rev Bras Psiquiatr* 32(Suppl 1):S31–S40.
- 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.
- Hanson KL, et al. (2010) Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addict Behav* 35:970–976.
- 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.
- Hyman SE, Malenka RC, Addiction and the brain: the Neurobiology of compulsion and its persistence, *Nature reviews*, Volume 2, October 2001.
- Ashtari M, et al. (2011) Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *J Psychiatr Res* 45:1055–1066.
- Goldstein RZ, Volkow ND, op. cit.
- 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.
- 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.
- Verdejo-Garcia 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.
- 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.
- 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.
- Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR. Epigenetics of drug abuse: predisposition or response, *Pharmacogenomics.* 2012 Jul;13(10):1149-60.
- Robison AJ, Nestler EJ., Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction, *Nat Rev Neurosci.* 2011 Oct 12;12(11):623-37. doi: 10.1038/nrn3111.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hurt H, Giannetta JM, Korczykowski M, Hoang A, Tang KZ, Belancourt 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.
- Richardson CA, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of prenatal cocaine exposure on growth: a longitudinal analysis. *Pediatrics* 2007;120:1017–1027.
- Volpe JJ: Effect of cocaine use on the fetus. *New Engl J Med* 1992; 327: 399–407.
- 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.*
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, op. cit.
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
- 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.
- Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, and Kaufman N. Preventing early adolescent substance use., *Prevention Science* 3(3):191–202, 2002.
- Gerstein DR and Green LW, eds. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- Hansen WB, Giles SM and Fearnow-Kenney, M.D. *Improving Prevention Effectiveness.* Greensboro, NC: Tangierwood Research, 2000.
- 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.
- 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.
- Gryczynski J, Mitchell SG, Peterson TR, Gonzales A, Moseley A, Schwartz RP, op. cit.
- Swendsen J, Le Moal M., Individual vulnerability to addiction., *Ann N Y Acad Sci.* 2011 Jan;1216:73-85.
- National Institute on Drug Abuse., *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction.* 2007.
- 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.
- 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.
- Sabet KA, *Gender-based Approaches to Drug Prevention, Treatment, and Rehabilitation: From Research to Practice*, presentation at the DAdnet 2012 meeting, Rome, 2012.
- 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.
- 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
- Estee S, Wickizer T, He L, Shah MF, Mancuso D., op. cit.
- 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.
- 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*

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. 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, *Addictions*. 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<sup>o</sup> Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
140. Angela JY, Liang MA. Parent training and Multiple Family Groups, II<sup>o</sup> Congresso Nazionale - Neuroscience of addiction, Verona 2010.
141. Polzonetti CM. Organization and dissemination of evidence based research in neurodevelopmental disorders, II<sup>o</sup> 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. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, 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 Nations 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.

# Memorandum of intent per l'attivazione delle misure alternative al carcere per le persone tossicodipendenti che commettono reati



Roma, 9 ottobre 2012

## Introduzione e premesse

Molto spesso le persone tossicodipendenti commettono reati in relazione al loro stato di malattia e di bisogno di procurarsi la droga. Per questo motivo, le carceri di molti paesi presentano al loro interno una notevole percentuale di persone tossicodipendenti. Questa considerevole presenza genera problemi di sovraffollamento oltre alle difficoltà legate alla presenza di programmi con scarsa efficacia riabilitativa e vero recupero della persona tossicodipendente. Già nella Single Convention on Narcotics Drugs del 1961, modificata nel 1972, all'art. 36, comma 1 lettera b, si precisa che è possibile prevedere misure di trattamento, formazione, cura, riabilitazione e reintegrazione sociale della persona<sup>1</sup>.

È necessario però pensare ad un nuovo approccio verso le persone tossicodipendenti che commettono reati, cogliendo l'opportunità che la restrizione della loro libertà fornisce e trasformandola in percorsi di vero recupero al di fuori del carcere anche mediante un maggior inserimento delle persone carcerate in lavori socialmente utili.

Risulta opportuno, pertanto, considerare la necessità di riorientare il sistema di giustizia penale investendo maggiormente sul recupero e la riabilitazione delle persone tossicodipendenti al di fuori del carcere, anche prevedendo una maggiore partecipazione e coinvolgimento delle organizzazioni della società civile.

Questo documento vuole sensibilizzare l'opinione pubblica e i policy maker verso l'opportunità di incrementare misure alternative al carcere offrendo percorsi terapeutico-riabilitativi alternativi alla carcerazione che si sono mostrati molto più efficaci rispetto alla detenzione nel ridurre o far cessare l'uso di droghe e i comportamenti criminali droga correlati.

Non va inoltre sottovalutata la valenza economica di queste misure che sono in grado di creare vantaggi e risparmi di denaro per l'intera comunità rendendo inoltre queste persone autonome, produttive e in grado di sostenere la propria famiglia ed essere maggiormente integrati nella società.

Questo documento non vuole entrare nella discussione della depenalizzazione dell'uso di sostanze stupefacenti, lasciando chiaramente tale scelta all'autonomia insindacabile di ogni singolo Stato, ma solo focalizzare l'attenzione, qualunque sia la legislazione in atto nei vari paesi, sul fatto che possano esistere opportunità e soluzioni diverse e forse più opportune al carcere per le persone tossicodipendenti che hanno commesso reati in relazione al loro stato. Questo approccio quindi non deve essere confuso con una sorta di richiesta di "amnistia incondizionata" verso tutti coloro che usano droghe e che hanno commesso reati, ma solo una possibile alternativa alla carcerazione che permetta di utilizzare trattamenti terapeutici e riabilitativi, appropriati ed efficaci, per quelle persone che ne abbiano realmente diritto in virtù del proprio stato di malattia legato alla tossicodipendenza.

Lo spaccio, la produzione non autorizzata, la coltivazione, il traffico di sostanze stupefacenti sono azioni e condotte perseguibili in quanto in grado di minare la salute e la stabilità dell'intera comunità. Essere tossicodipendente non giustifica questi comportamenti che rimangono socialmente lesivi e repressibili in ogni caso.

## Principi per l'attivazione delle misure alternative al carcere

La tabella successiva riporta i principi che è opportuno condividere per definire strategie e interventi per agevolare l'accesso delle misure alternative al carcere delle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati.

### 1 La dipendenza da sostanze è una malattia

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 socioambientali<sup>2-8</sup>.

2	<b>L'uso di droghe (in assenza di dipendenza)</b>	<p>Usare droghe occasionalmente o periodicamente (in assenza di dipendenza) è un comportamento ad alto rischio per la salute che può essere volontariamente evitato e dovrebbe essere considerato un illecito amministrativo da sanzionare in via civile<sup>9,10</sup> al fine di creare un forte deterrente e proteggere anche la popolazione da eventuali danni che queste persone potrebbero provocare a terzi (incidenti stradali, lavorativi, ecc.) in seguito al deficit di performance dell'attenzione e psicomotorie che l'uso di droghe comporta<sup>11-14</sup>.</p>
3	<b>La persona tossicodipendente non è un criminale per il solo fatto di usare sostanze</b>	<p>Nessuna persona, per il solo motivo di usare sostanze stupefacenti o alcol e di essere dipendente, può essere criminalizzata ma, anzi, va compresa nella sua malattia, supportata, motivata e aiutata ad intraprendere e mantenere (anche mediante l'applicazione della legge) un serio percorso di cura mediante cure efficaci, sicure ed orientate al recupero totale della persona e della sua autonomia<sup>15-18</sup>. La dipendenza da droghe quindi, essendo una condizione di malattia, non può essere criminalizzata, cioè essere considerata un reato e quindi punita con pene o detenzioni.</p> <p>Nessuna persona può essere discriminata perché tossicodipendente, allo stesso tempo è necessario tener presente che le persone in stato di detenzione, devono essere trattate nel rispetto dei diritti dell'uomo<sup>19-22</sup>.</p> <p>Le evidenze dimostrano che chi usa droghe o abusa di alcol ha una probabilità molto maggiore di essere coinvolto in azioni criminali (spaccio, traffico, furto, rapina, violenze, ecc.) e questo può dipendere dai bisogni e dalle necessità di procurarsi il denaro per l'acquisto della droga o dall'instaurare rapporti con persone spacciatori appartenenti al sistema criminale. Bisogna considerare anche che questo potrebbe dipendere da scelte di vita antisociali della persona che decide di non voler accettare le norme e le regole sociali di convivenza e di procurarsi un reddito restando nella legalità indipendentemente dall'uso di sostanze<sup>23-27</sup>. Il comportamento criminale inoltre può essere incentivato, non solo dalle condizioni sopra citate, ma anche dagli effetti delle stesse droghe, prime tra tutte la cocaina e l'amfetamina, utilizzate spesso anche dai delinquenti non tossicodipendenti per sostenersi</p>
4	<b>Tossicodipendenza e Crimini: non solo repressione ma anche un'opportunità di riabilitazione e recupero sociale</b>	<p>Alcune persone tossicodipendenti commettono crimini di vario tipo e a volte anche non in relazione alla loro malattia e ai bisogni che da essa derivano.</p> <p>In ogni caso questi comportamenti possono essere umanamente compresi ma non socialmente né legalmente giustificati e quindi vanno puniti secondo la legge, dando però la possibilità di trasformare le pene in percorsi alternativi di cura e riabilitazione e di poter risolvere, non solo lo stato di malattia neuro-psichica ma anche la devianza sociale conseguente<sup>31-34</sup>.</p> <p>La legge dovrebbe prevedere infatti che chi commette crimini (non violenti o contro la persona) per bisogni legati alla presenza di una tossicodipendenza, possa commutare le pene in percorsi alternativi di cura e riabilitazione e lavori socialmente utili. Questa condizione può rappresentare una opportunità di riabilitazione e recupero del soggetto<sup>35-38</sup>.</p>

<p><b>5</b></p>	<p><b>Il carcere non è un luogo adatto per la cura delle tossicodipendenze e la riabilitazione</b></p>	<p>Il carcere non è un luogo di cura per i tossicodipendenti. Una pena esclusivamente afflittiva può restituire alla collettività soggetti peggiorati nelle loro problematiche di carattere psico-comportamentali e sociali. Solo una carcerazione convertita in percorsi terapeutico-riabilitativi, capaci cioè di accompagnare e sostenere il detenuto per tutta la espiazione della pena, permette di realizzarne, con successo, il pieno recupero. È solo in questi casi che la pena diventa quindi occasione di guarigione per il soggetto e di guadagno per la società che recupera un proprio membro nel pieno delle proprie potenzialità<sup>39-42</sup>.</p> <p>Va ricordata inoltre una cosa molto importante e cioè che utilizzare il condizionamento positivo, che può derivare dall'applicazione delle pene alternative, ai percorsi di cura e riabilitazione, è razionale ed opportuno<sup>43-45</sup> proprio nell'interesse del paziente affetto da una malattia che oltre all'organismo mina e altera la capacità decisionale, la motivazione e quindi la volontà di uscire autonomamente dalla dipendenza se non supportato ed opportunamente aiutato, nel rispetto, comunque, dei suoi diritti umani<sup>46-49</sup>.</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Maggior promozione del ricorso alle misure alternative al carcere e percorsi terapeutico-riabilitativi per i tossicodipendenti</b></p>	<p>Vi è pertanto la necessità di promuovere nuove procedure anche per poter diminuire la presenza di persone tossicodipendenti in carcere e incentivare l'applicazione di percorsi alternativi di cura e riabilitazione<sup>50,51</sup>.</p> <p>È quindi necessario promuovere forme di pena alternative per evitare sia l'entrata in carcere dei tossicodipendenti che commettono reati (commutando immediatamente la pena detentiva in percorsi assistiti al di fuori del carcere) e, contemporaneamente incentivare l'uscita dei tossicodipendenti già presenti in carcere mediante l'attivazione di programmi riabilitativi<sup>52-54</sup>.</p> <p>Molto opportuno ed efficace è l'impiego dei tossicodipendenti in lavori socialmente utili a contatto con le organizzazioni del volontariato.</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Ingresso in carcere e diagnosi di tossicodipendenza: intervento tempestivo ed evidence based</b></p>	<p>Al fine di poter correttamente applicare le misure alternative al carcere alle persone con reali bisogni socio-sanitari, evitando da parte di alcune persone detenute un uso strumentale e manipolatorio di questa opportunità, è necessario che si esegua sempre all'ingresso in carcere una corretta diagnosi specialistica per verificare l'esistenza della tossicodipendenza, mediante l'utilizzo di criteri standard che facciano riferimento, ad esempio, al DSM IV e all'ICD 10<sup>55-59</sup>. Contestualmente è opportuno verificare l'esistenza di malattie infettive droga correlate di cui tener conto anche nella strutturazione di programmi riabilitativi personalizzati<sup>60,61</sup>.</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Maggior integrazione tra operatori della giustizia, della sanità e del sociale: una sinergia efficace e a vantaggio del singolo e della collettività</b></p>	<p>La giustizia può svolgere un importante compito riabilitativo e non solo repressivo. Gli staff deputati ad attivare ed agevolare l'utilizzo delle misure alternative devono essere maggiormente integrati, quindi composti da magistrati e da operatori sanitari, sociali e penitenziari, uniti nello stesso intento riabilitativo e di recupero della persona tossicodipendente<sup>62-64</sup>.</p> <p>Gli staff devono essere ben formati, motivati e sostenuti nelle loro azioni da parte delle autorità competenti. La formazione di base dovrebbe essere comune e multidisciplinare e riguardare sia gli aspetti neuro scientifici, terapeutici, riabilitativi, cognitivo comportamentali e legali<sup>65-68</sup>.</p>

9	<b>Percorsi alternativi efficaci, sostenibili e meno costosi</b>	<p>I percorsi terapeutici alternativi al carcere sono sostenibili e fanno risparmiare denaro alla comunità e sofferenze all'individuo e alla sua famiglia.</p> <p>Una persona tossicodipendente in carcere costa di più che una persona in trattamento riabilitativo alternativo<sup>69</sup>. La misura alternativa produce un doppio vantaggio: per il soggetto, che viene curato e recuperato e per la società che viene arricchita da un componente riabilitato, reinserito e produttivo. La misura alternativa è la principale forma di contrasto alle recidive di reato.</p>
10	<b>Necessità di introdurre sistemi permanenti di valutazione dei risultati, dei costi e dei benefici</b>	<p>Gli interventi terapeutico-riabilitativi necessitano di irrinunciabili azioni e sistemi di valutazione sia dei risultati, con indicatori concreti e rilevabili (es. percentuale dei soggetti non ricaduti in attività criminali, percentuale dei soggetti non ricaduti nell'uso di sostanze e nella dipendenza, tempo di ricaduta), sia dei costi (costi dei programmi attivati in relazione alla reale efficacia) e benefici diretti (risparmio dei costi della presenza delle persone tossicodipendenti in carcere, redditi produttivi riattivati con i programmi di riabilitazione)<sup>70-72</sup>.</p>
11	<b>Garantire percorsi alternativi al carcere con speciali attenzioni per le donne</b>	<p>È necessario porre un'adeguata e particolare attenzione al problema della detenzione per crimini legati all'utilizzo di sostanze stupefacenti e abuso di alcol delle donne e prevedere per esse misure specifiche<sup>73-75</sup>. L'esigenza di prevedere sin da subito percorsi di recupero alternativi al carcere per le donne è dettata anche e soprattutto dalla responsabilità familiare che esse spesso hanno nei confronti dei figli e dal fatto che molte volte sono l'unico il genitore affidatario dei bambini<sup>76-78</sup>. Infatti, oltre alle conseguenze per la donna derivanti dalla detenzione, si deve tener conto che la separazione di una madre dal proprio figlio può comportare traumi anche gravi nella crescita e nello sviluppo dei bambini stessi<sup>79</sup>. Pertanto, la misura alternativa per queste donne ed i loro figli dovrebbe essere ritenuta fondamentale.</p>

## Conclusioni

È auspicabile che molti Stati possano condividere questi principi e riescano nel prossimo futuro a creare sempre più efficaci strategie e percorsi alternativi al carcere in maniera coordinata e fattiva secondo questi principi generali.

Il presente memorandum of intent rappresenta una base comune di sentire ed agire per tutti coloro che lo vorranno condividere e sottoscrivere, e vuole contribuire ad aumentare la sensibilizzazione, soprattutto nei policy makers (sempre nel rispetto e nell'autonomia delle scelte legislative dei singoli paesi) verso la necessità di incrementare in maniera coordinata in tutto il mondo l'applicazione delle misure terapeutico-riabilitative alternative al carcere per le persone tossicodipendenti che hanno commesso reati non violenti.

Infine noi riteniamo che incentivare le misure alternative sia rispettoso dei diritti umani, valorizzi le convenzioni internazionali e porti un vantaggio a tutta la comunità.

## Bibliografia

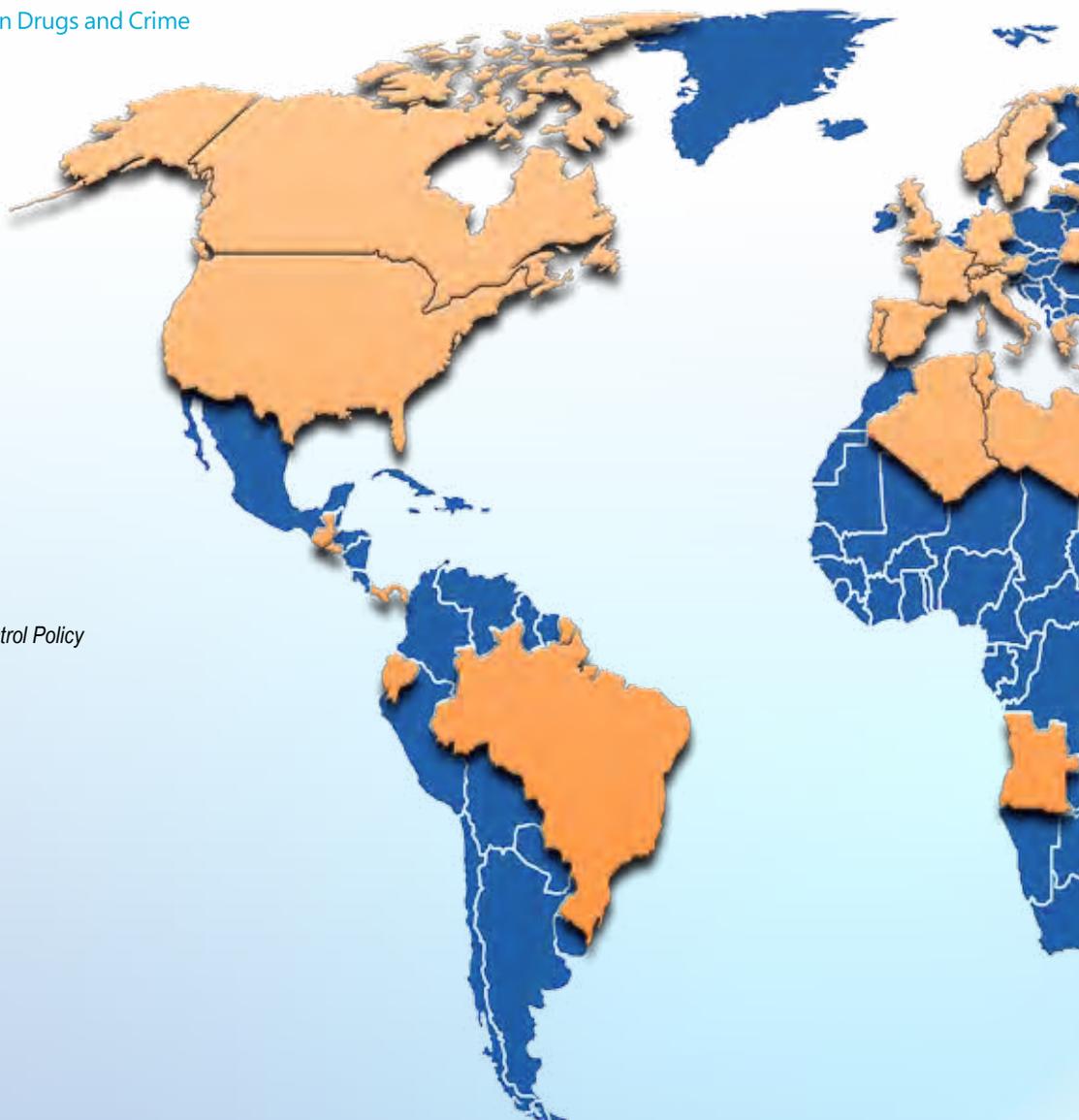
1. United Nations, Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotics Drugs, 1961, art. 36, 38.
2. National Institute of Drug Abuse, monograph "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", Bethesda, 2007.
3. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1642-52.
4. Vetulani J. Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Pol J Pharmacol*. 2001 Jul-Aug;53(4):303-17.
5. Feil J, Sheppard D, Fitzgerald PB, Yücel M, Lubman DI, Bradshaw JL. Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 Nov;35(2):248-75. Epub 2010 Mar 17.
6. American Society of Addiction Medicine, Public Policy Statement: definition of addiction, ASAM, August 2011.
7. Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007 May-Jun;17(6-7):377-93. Epub 2006 Dec 12.
8. Koob GF. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis, *Addiction*, Volume 101, Issue Supplement s1, pages 23-30, September 2006.
9. White House Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy, 2010 e 2012.
10. Harrell A, Roman J, Reducing Drug Use and Crime among Offenders: The Impact of Graduated Sanctions, *Journal of Drug Issues* January 2001 vol. 31 no. 1 207-231.
11. Blows S, Ivers RQ, Connor J, Ameratunga S, Woodward M, Norton, Marijuana use and car crash injury. *Addiction*. 2005 May;100(5):605-11.
12. Bolla KI, et al., 2003. Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage*19(3): 1085-1094.
13. Bosker WM, Kuypers KP, Conen S, Kauerer GF, Toennes SW, Skopp G, Ramaekers JG. MDMA (ecstasy) effects on actual driving performance before and after sleep deprivation, as function of dose and concentration in blood and oral fluid. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Sep 28.
14. Eldreth DA, Matochik JA, Cadet JL, Bolla KI. Abnormal brain activity in prefrontal brain regions in abstinent marijuana users, *NeuroImage* Volume 23, Issue 3, November 2004, Pages 914-920.
15. Koob GF., op. cit.
16. National Institute on Drug Abuse, Relapse and recovery in drug abuse, Research Monograph, 1986.
17. <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction/treatment-recovery>.
18. National Institute on Drugs Abuse. "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", op. cit.
19. United Nations, General Assembly, Basic Principles for Treatment of Prisoners, A/RES/45/111, 14 December 1990.
20. United Nations, Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXI) of 13 May 1977. [www.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf](http://www.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf), ultimo accesso dicembre 2012.
21. European Parliament, The rights of prisoners in the European Union, European Parliament recommendation to the Council on the rights of prisoners in the European Union (2003/2188(INI)), P5\_TA(2004)0142. [http://www.europa.europa.eu\\_sides\\_getDoc ENG](http://www.europa.europa.eu_sides_getDoc ENG), ultimo accesso dicembre 2012.
22. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies) <http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/EPR/Regole%20Penitenziarie%20Europee%20ITALIANO.pdf>
23. Turan R, Yargic I. The relationship between substance abuse treatment completion, sociodemographics, substance use characteristics, and criminal history. *Subst Abus*. 2012;33(2):92-8.
24. Albrecht H. Addiction, intoxication, criminal law and criminal justice: an introduction. *Eur Addict Res*. 1998 Sep;4(3):85-8.
25. Ferrario F. Le dimensioni dell'intervento sociale. Carocci, Roma, 2004.
26. Olivetti Manoukian F. "Progettare l'inserimento lavorativo", in AA.VV., L'integrazione socio-lavorativa. Dal progetto individuale alla organizzazione che cura, ed. Gruppo Abele, Torino, 2000.
27. World Health Organization, The Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
28. Harrison L, Groferrer J. The Intersection of Drug Use and Criminal Behavior: Results from the National Household Survey on Drug Abuse Crime & Delinquency October 1992 38: 422-443.
29. Miller NS, Gold MS, Mahler JC. Violent Behaviors Associated With Cocaine Use: Possible Pharmacological Mechanisms, *International Journal of the Addictions* Volume:26 Issue:10 Dated:(1991) Pages:1077-1088.
30. Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review, Review series, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:720-726.
31. Koob GF., op. cit.
32. Chandler RK, Fletcher BW, Volkow ND. Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety., *JAMA*. 2009 Jan 14;301(2):183-90.
33. Taxman FS, Perdoni ML, Harrison LD., Drug treatment services for adult offenders: the state of the state. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Apr;32(3):239-54. Epub 2007 Mar 9.
34. Pelissier B, Jones N, Cadigan T. Drug treatment aftercare in the criminal justice system: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Apr;32(3):311-20. Epub 2006 Dec 8.
35. Koob GF., op. cit.
36. Access to Recovery (ATR) Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Three Case Studies, Abt Associates Inc., August 2009.
37. White WL. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 33, Issue 3, October 2007, Pages 229-241.
38. Center for Substance Abuse Treatment. Screening for Infectious Diseases Among Substance Abusers. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 6, 1993.
39. Koob GF., op. cit.
40. National Institute on Drug Abuse, Relapse and recovery in drug abuse, op. cit.
41. Access to Recovery (ATR), op. cit.
42. White WL., op. cit.
43. United Nations Office on Drugs and Crime, Custodial and non-custodial measures. Alternatives to Incarceration, New York, 2006.
44. Single E, Wortley S. A comparison of alternative measures of alcohol consumption in the Canadian National Survey of alcohol and drug use. *Addiction*. 1994 Apr;89(4):395-9.
45. Belgian science policy, Effects of alternative measures for drug users, [http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\\_ostc/Drug/rDR16r\\_en.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR16r_en.pdf)
46. National Institute on Drugs Abuse, op. cit.
47. Ries RK. Principles of Addiction Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
48. Kuhn CM and Koob GF. Advances in the Neuroscience of Addiction, CRC Press, 2010.
49. Brown R, Lo R. The physical and psychosocial consequences of opioid addiction: an overview of changes in opioid treatment., *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 2000 Jun;9(2):65-74.
50. Access to Recovery (ATR), op. cit.
51. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
52. Mee-Lee D. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised, April, 2001.
53. Zaller N. Drug court as an alternative to incarceration. *Med Health R I*. 2007 May;90(5):154-6.
54. Hynes CJ. DTAP (Drug Treatment Alternative to Prison) offers model for helping offenders. *Behav Health Tomorrow*. 2000 Dec;9(6):SR23-5.
55. Access to Recovery (ATR), op. cit.
56. Ries RK., op. cit.
57. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000.
58. World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2001.
59. Mee-Lee D., op. cit.
60. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
61. Mee-Lee D., op. cit.
62. Access to Recovery (ATR), op. cit.
63. Zaller N., op. cit.
64. <http://www.nadcp.org/nadcp-home/>
65. Hynes CJ., op. cit.
66. Torgensen K, Buttars DC, Norman SW. How drug courts reduce substance abuse recidivism. *J Law Med Ethics*. 2004 Winter;32(4 Suppl):69-72.
67. <http://www.nadcp.org/nadcp-home/>, op. cit.
68. Naegle MA, Richardson H, Morton K. Rehab instead of prison: drug courts provide opportunities for nurse practitioners. *Am J Nurs*. 2004 Jun;104(6):58-61.
69. United Nations Office on Drugs and Crime, op. cit.
70. Mee-Lee D., op. cit.
71. McLellan T, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring, *Addiction*, Volume 100, Issue 4, pages 447-458, April 2005.
72. Cohen MA. Measuring the Costs and Benefits of Crime and Justice, Measurement and analysis of crime and justice, Volume 4, 2000
73. Resolution 2010/16. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules), [www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res2010-16.pdf](http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res2010-16.pdf), ultimo accesso dicembre 2012.
74. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers, op. cit.
75. Commission on Narcotic Drugs Fifty-fifth session Vienna, 12-16 March 2012 Agenda item 6 (a) Implementation of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem: demand reduction and related measures. Albania, Croatia, Denmark, El Salvador, Israel, Peru, Philippines, Thailand, Ukraine and United States of America: revised draft resolution Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies.
76. Van Den Bergh BJ, Moller LF, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health. Copenhagen, 2009. WHO Regional Office for Europe and Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2009.
77. Van Den Bergh BJ, Gatherer A, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison Action guidance and checklists to review current policies and practices. WHO Regional Office for Europe; Tomris Atabay and Fabienne Hariga United Nations Office on Drugs and Crime. 2011. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf), ultimo accesso dicembre 2012.
78. Van Den Bergh BJ, Gatherer A, Moller LF, Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equality and social justice, World Health Organization Regional Office for Europe, Bulletin of the World Health Organization 2009; 87: 406-406. doi: 10.2471/BLT.09.066928. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-06628/en>, ultimo accesso dicembre 2012.
79. Van Den Bergh BJ, Moller LF, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health, op. cit.

# Paesi ed organizzazioni partecipanti all'incontro

Roma, 9 –10 ottobre 2012



In collaborazione con:



- |              |              |            |            |
|--------------|--------------|------------|------------|
| Algeria      | Angola       | Austria    | Brasile    |
| Egitto       | El Salvador  | Filippine  | Francia    |
| Grecia       | Guatemala    | Israele    | Italia     |
| Libano       | Libia        | Malta      | Norvegia   |
| Fed.ne Russa | Regno Unito  | San Marino | Spagna     |
| Tagikistan   | Turkmenistan | Ucraina    | Uzbekistan |



## Consorzio internazionale di Solidarietà per la prevenzione precoce

Non esiste una soluzione “unica” per tutti i paesi, ma la soluzione “giusta” per ogni situazione, in base alle diverse condizioni ambientali e culture, alla sostenibilità, all’evoluzione del fenomeno, ai sistemi sanitari, alle strutture sociali ed alla presenza di organizzazioni criminali.

- La solidarietà è una necessità, non solo un obbligo morale;
- È un valore positivo per coloro che credono nel futuro;
- È il principio di base per una globalizzazione intelligente ed umana.

### Gli obiettivi del Consorzio

- Promuovere la cooperazione internazionale e il coordinamento di intenti nell’ambito della prevenzione;
- Attivare un reale partenariato per il futuro, con tutti i paesi interessati e disponibili a condividere l’entusiasmo e la passione per preservare le future generazioni;
- Condividere le strategie, i materiali, i metodi, le buone pratiche (Scientificamente orientate) nel campo della prevenzione.



 Cambogia

 Canada

 Ecuador

 Giappone

 Giordania

 Emirati Arabi

 Kenya

 Kirghizistan

 Lettonia

 A.N.Palestinese

 Panama

 Portogallo

 Stati Uniti

 Svizzera

 Svezia

 Vietnam

## 9 ottobre



**Andrea Riccardi**  
Ministro per la Cooperazione  
Internazionale e l'Integrazione



**Yury Fedotov**  
Direttore esecutivo dell'Ufficio  
ONU contro le droghe ed il  
crimine (UNODC)



**Sandro De Bernardin**  
Direttore Generale per gli  
Affari Politici e di Sicurezza  
Ministero dell'Interno



**Raymond Yans**  
Presidente dell'Organo  
Internazionale di Controllo  
sugli stupefacenti (INBC)



**Giovanni Serpelloni**  
Capo Dipartimento Politiche  
Antidroga Presidenza del  
Consiglio dei Ministri



**Gilberto Gerra**  
Capo del Settore Prevenzione  
Droga e Salute dell'UNODC



**Viktor Ivanov**  
Direttore del Servizio Federale  
per il controllo sulle droghe  
(Federazione Russa)



**Kjell Erik Øie**  
Segretario di Stato, Ministero  
della Salute e Servizi di Cura  
(Norvegia)



**R. Gil Kerlikowske**  
Direttore, Ufficio delle Politiche  
Nazionali per il controllo delle  
Droghe (ONDCP - USA)



**Yea-Rin Cha**  
UNODC, iniziativa giovani



**Zili Sloboda**  
Direttore, Ricerca e Sviluppo,  
JSB International Inc.  
Consulente USA e UNODC



**Jeffrey Lee**  
Direttore Esecutivo  
Fondazione Mentor  
(USA)



**Arthur T. Dean**  
Capo del Community  
Anti-Drug Coalitions of  
America (USA)



**Susan R. Thau**  
Consulente politiche pubbliche,  
Community Anti-Drug Coalitions  
of America (USA)



**Patrick Penninckx**  
Segretario Esecutivo del Gruppo  
Pompidou, UE



**Danilo Ballotta**  
Rappresentante Osservatorio  
Europeo Droghe (EMCDDA)  
presso Commissione Europea

## 10 ottobre



**Giovanni Tamburino**  
Capo Dipartimento  
dell'Amministrazione Penitenziaria  
Ministero della Giustizia



**West Huddleston**  
Capo Ufficio Esecutivo National  
Association of Drug Court  
Professionals (NADCP - USA)



**Douglas B. Marlowe**  
Chief of Science, Law and Policy,  
Director of Division of Law and  
Ethics Research (NADCP - USA)



**Robert G. Rancourt**  
Giudice, National Association  
of Drug Court Professionals  
(NADCP - USA)



**Lindsay Wood**  
Sceriffo e Vice Presidente Scotland  
Sheriffs' Association, Resident  
Sheriff in Glasgow, (Regno Unito)



**Jonathan Lucas**  
Direttore Ufficio Interregionale  
per la Ricerca sul Crimine e la  
Giustizia (UNICRI)



**Kevin A. Sabet**  
Direttore dell'Istituto per  
le Politiche sulla Droga,  
University of Florida (USA)

\* Presentati in ordine di intervento.

# Galleria fotografica dell'evento

**Intervento del Ministro Andrea Riccardi**



**Andrea Riccardi, Yury Fedotov e Giovanni Serpelloni**



**Apertura dei lavori della prima giornata**



**Conferenza stampa**



**Yury Fedotov**



Patrick Pennickx, Danilo Ballotta, Giovanni Serpelloni, Yury Fedotov, Raymond Yans, Jonathan Lucas e Gilberto Gerra.

**Andrea Riccardi e Gilberto Gerra**



**Veduta della sala con le delegazioni presenti**



**Intervento di Giovanni Serpelloni**



**Intervento di Raymond Yans**



**Alcuni relatori della prima giornata**



**Intervento di Elisabetta Simeoni**



**Statement delle delegazioni**



**Intervento di Giovanni Tamburino**



**Statement delle delegazioni**



**Alcuni relatori della seconda giornata**



**Jonathan Lucas, Kevin Sabet e Gilberto Gerra**



**Alcune delle delegazioni presenti all'evento**



**Discussione tra le delegazioni**



**Intervento di Jonathan Lucas**



**Gilberto Gerra, Giovanna Campello ed Elisabetta Simeoni**



**West Huddlestoni introduce le Drug Courts**



## West Huddleston, Douglas B.Marlowe e Robert G. Rancourt



Intervento di Kevin Sabet



Interventi in sala



## Staff organizzativo e collaboratori del DPA

Coordinatore Area Amministrativa: Mauro Papi

Gianluca Amico, Nadia Balestra, Paolo Berretta, Ilaria Bulla, Vittorio Cajola, Fiorella Calò, Patrizia Carnevale, Iulia Alexandra Carpignano, Arianna Cioffi, Giorgia Costa, Veronica D'Ambrosio, Riccardo de Conciliis, Massimo De Giorgi, Carlo De Luca, Angelina De Simone, Luciano Del Mastro, Raffaella Esposito, Carmela Danila Facchini, Carolina Faiella, Anna Maria Fanfarillo, Sara Fanfarillo, Alessandra Frascchini, Barbara Gagliassi, Bruno Genetti, Andrea Giovannelli, Cinzia Grassi, Sabrina Liberatori, Luigi Paolo Marafico, Francesca Marazzi, Nicoletta Marconi, Marilisa Marianella, Giulia Marino, Andrea Martena, Roberto Mollica, Daniela Morrone, Renata Pace, Sara Piilucci, Sonia Principe, Andrea Ricci, Silvia Romano, Placido Maria Signorino, Manuela Svampa, Roberta Tito, Lorenzo Tomasini, Andrea Toraldo, Maria Alessandra Tullio, Fedele Tullo, Eugenio Francesco Valenzi, Luisa Vecchiocattivi, Marisa Verdi, Giulia Vinciguerra, Silvia Zanone.



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

Via dei Laterani, 34 - 00184 - Roma  
Tel. 06/67796350 - Fax 06/67796843  
e-mail: [dipartimentoantidroga@governo.it](mailto:dipartimentoantidroga@governo.it)

**Siti istituzionali:**

<http://www.politicheantidroga.it>  
<http://www.alertadroga.it>  
<http://www.droganograzie.it>  
<http://cocaina.dronet.org>  
<http://drugsonstreet.it>  
<http://www.drogaedu.it>  
<http://italianjournalonaddiction.it>  
<http://cannabis.dronet.org>

<http://www.dronet.org>  
<http://www.droganews.it>  
<http://www.drugfreedu.org>  
<http://www.neuroscienzedipendenze.it>  
<http://alcol.dronet.org>  
<http://www.dreamonshow.it>  
<http://www.dpascientificcommunity.it>  
<http://www.drogaprevenzione.it>