



CROCE ROSSA ITALIANA

COMITATO CENTRALE

ORDINANZA PRESIDENZIALE
0557 N. 13 DEL 31 DIC. 2013

IL PRESIDENTE NAZIONALE

VISTO il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri n. 97 del 6 maggio 2005 concernente l'approvazione dello Statuto della Croce Rossa Italiana;

VISTO il Decreto Legislativo 28 settembre 2012 n. 178 di riorganizzazione dell'Associazione della Croce Rossa a norma dell'art. 2 della legge 4 novembre 2010 n. 183;

VISTO l'art. 3, comma 1 lettera c del D.Lg.vo 28 settembre 2012 n. 178 di riorganizzazione dell'Associazione Italiana della Croce Rossa;

VISTO il verbale dell'Ufficio Elettorale centrale dell'8/2/2013 di proclamazione del Presidente Nazionale della Croce Rossa Italiana e delle Vice Presidenti Nazionali della Croce Rossa Italiana;

VISTA l'O.C. n. 78 dell'8 febbraio 2013 relativa all'insediamento dei Presidente Nazionale della Croce Rossa Italiana e delle Vice Presidenti Nazionali della Croce Rossa Italiana;

VISTO L'O.C. 567 del 3 dicembre 2012 di approvazione del regolamento dei Volontari della Croce Rossa Italiana e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA l'O.P. n. 12 del 22 febbraio 2013 con la quale viene conferita alla Vice Presidente Anna Maria Colombani fra l'altro, la delega relativamente a quanto attiene gli adempimenti da "Abuso di sostanze";

PRESO ATTO che le strategie 2020 della Federazione Internazionale di CR pongono quale obiettivo al punto strategico 2 lo stile di vita sano e sicuro, come l'educazione alla salute, la lotta all'abuso di fumo di alcolici e altre sostanze;

VISTA la nota CRI/CC/0035396 del 24/06/2013, a firma della Vice Presidente Anna Maria Colombani, di costituzione del gruppo di lavoro sulle dipendenze, con l'obiettivo di sensibilizzare la comunità al grave problema sociale, e nel contempo di diffondere le linee guida, in grado di formare gli operatori del settore che si confrontano giornalmente con l'ampiezza del fenomeno e con il dilagare delle sostanze che danno dipendenza;

R

PRESO ATTO che con nota datata 12.12.2013 la Vice Presidente Nazionale CRI ha trasmesso il testo delle LINEE GUIDA - Corso propedeutico all'attività sulle dipendenze, licenziato dal succitato gruppo di lavoro, di cui al verbale datato 11.10.2013;

PRESO ATTO altresì del parere favorevole espresso dal Delegato Tecnico Nazionale AREA I di cui alla e-mail datata 27.12.2013;

VISTO il Promemoria del Servizio Rapporti con il Volontariato datato 27.12.2013;

DETERMINA

Per quanto espresso in premessa, su proposta del Vice Presidente Nazionale CRI, Anna Maria Colombani, di approvare e rendere immediatamente esecutivo, il regolamento nazionale della Croce Rossa italiana denominato: LINEE GUIDA E CORSO PROPEDEUTICO ALL'ATTIVITA' SULLE DIPENDENZE (costituito da n. pagg. 13), il cui scopo è quello di favorire la formazione tutti gli operatori che svolgono attività sulle dipendenze.

IL PRESIDENTE NAZIONALE
(AVV. FRANCESCO ROCCA)

SI PRENDE ATTO
IL DIRIGENTE
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
(dr.ssa Patrizia De Luca)

D

0557-13
31 DIC. 2013

PROT. N. CRI/CC/0046551
del 31/12/2013



CROCE ROSSA ITALIANA COMITATO CENTRALE

PROMEMORIA PER IL SIG. PRESIDENTE NAZIONALE

OGGETTO : LINEE GUIDA – CORSO PROPEDEUTICO ALL'ATTIVITA' SULLE DIPENDENZE

In virtù delle deleghe conferite dal Presidente Nazionale CRI, di cui all'O.P. N. 12 del 22 febbraio 2013, la Vice Presidente Nazionale CRI Anna Maria Colombani con nota CRI/CC/ 000035396 24.06.2013 ha rappresentato l'opportunità, di procedere alla nomina di un gruppo di lavoro deputato alla stesura di un regolamento, denominato LINEE GUIDA E CORSO PROPEDEUTICO ALL'ATTIVITA' SULLE DIPENDENZE rivolto a tutti gli operatori volontari che operano nel settore.

Il corso in questione consentirebbe una formazione permanente, con l'obiettivo di sensibilizzare la comunità al grave problema sociale, e nel contempo a diffondere le linee guida, in grado di formare gli operatori del settore che si confrontano giornalmente con l'ampiezza del fenomeno e con il dilagare delle sostanze che danno dipendenza.

L'uniformità e l'unicità delle procedure e della formazione si svilupperà nel rispetto dei principi della Peer Education, la cui gestione e percorso formativo rientra nelle competenze dell'obiettivo 6.

Il corso è sviluppato su tre livelli di conoscenze e precisamente:

Modulo base "conoscere le dipendenze"

- Concetto di dipendenza;
- Chi è il dipendente;
- Malattie correlate alle dipendenze;
- Come la famiglia può aiutare il dipendente;
- Riconoscere i propri pregiudizi.

Modulo "2"

- Classificazione delle sostanze e i loro effetti;
- Comportamenti patologici;
- Approccio umanitario come volontario CRI.

Modulo "3"

- Come si fanno;
- Quando si fanno
- Con chi si fanno
- Come si costruisce un progetto
- Analisi del territorio.

Le linee guida consentiranno di dare visibilità a tale attività in particolare nella sua divulgazione di informazione/formazione presso le unità di CR che si adoperano in parallelo a penetrare nei contesti familiari vulnerabili.

Per quanto sopra anche alla luce della richiesta pervenuta via-mail dalla Vice Presidente Nazionale CRI Anna Maria Colombani in data 20.12.2013, di trasmissione del testo, si sottopone pertanto, per le superiori valutazioni e decisioni, l'O.P. e l'elaborato schema di regolamento

P

0557-13

31 DIC. 2013

concernente le LINEE GUIDA – E CORSO PROPEDEUTICO ALL'ATTIVITA' SULLE DIPENDENZE (costituito da n. 13 pagine) come licenziato dal gruppo di lavoro di cui al verbale del 11.10.2013, che si allega.

IL DIRIGENTE
(DR.SSA CAROLINA ZANNINO)

IL CAPO DIPARTIMENTO
(DR. LONARDO CARMENATI)

SEDE, 27.12.2013

0557-13
31 DIC. 2013

LE DIPENDENZE

LINEE GUIDA

INTRODUZIONE: L'APPROCCIO UMANITARIO ALLE DIPENDENZE

Le presenti Linee Guida sono state realizzate con l'obiettivo di fornire ai Comitati territoriali della Croce Rossa Italiana uno strumento di riflessione per pianificare e implementare - oppure migliorare - le azioni di prevenzione, mitigazione e risposta alle dipendenze.

Le attività di intervento e di prevenzione delle dipendenze sono previste nell'ambito dell'Obiettivo Strategico 2 della Croce Rossa Italiana – *Favoriamo il supporto e l'inclusione sociale* – e sono uno strumento per il perseguimento dell'Obiettivo 1 – *Tuteliamo e proteggiamo la salute e la vita* – attraverso la promozione di stili di vita sani e progetti di prevenzione e riduzione della vulnerabilità individuale.

La lotta all'abuso di fumo, alcolici e di sostanze stupefacenti, insieme al più generale incoraggiamento dell'adozione di misure sociali, comportamentali ed ambientali che determinino un buono stato di salute, è promossa anche dalla Strategia 2020 della Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, al fine di *rompere il circolo vizioso di disinteresse e privazione, che si trasmette da una generazione all'altra e che impedisce a molte persone di beneficiare delle opportunità di migliorare le loro condizioni di salute e di raggiungere il loro pieno potenziale umano*¹.

La Croce Rossa Italiana, attraverso le presenti Linee Guida, prodotte da un gruppo di lavoro interdisciplinare composto da volontari CRI esperti, da una psicologa della Fondazione di Villa Maraini e con la collaborazione di medici esterni operanti nel settore, si propone di affrontare il tema di prevenzione, mitigazione e risposta alle dipendenze da un punto di vista unitario, non differenziando l'approccio in base alla sostanza o al comportamento oggetto della dipendenza. Questa scelta si basa sulla volontà della Croce Rossa Italiana di porre l'individuo, e le sue vulnerabilità, al centro della propria azione.

L'approccio umanitario alle dipendenze non è solo una scelta di un numero limitato di persone progressiste ma deve essere una responsabilità collettiva che interpella tutti noi specialmente come membri della Croce Rossa il cui compito specifico è di realizzare attività, programmi e strategie a favore delle persone più vulnerabili e più socialmente emarginate.

All'interno di questo approccio umanitario verranno approfonditi i temi delle dipendenze da sostanze, incluso l'alcool e il tabacco, e della dipendenza dal gioco d'azzardo, temi che comportano un grave impatto sulla qualità della vita dell'individuo e della comunità.

1. CONTESTO: le dipendenze

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il concetto di dipendenza patologica o di sindrome della dipendenza come "quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta evitare il malessere della sua privazione"².

¹ FICR, Strategia 2020, pp. 15,16.

² Pigatto, 2003

Anche il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali³ e il Manuale di Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali⁴ parlano di dipendenza patologica in relazione all'uso di sostanze psicoattive, sebbene già dagli anni 80 l'OMS abbia riconosciuto la dipendenza dal gioco d'azzardo come una psicopatologia specifica, inserendola nel DSM IV sotto la categoria dei disturbi del controllo degli impulsi.

È sempre più evidente, infatti, come le caratteristiche solitamente associate alla dipendenza si ritrovano anche in quei comportamenti che non sono conseguenti solo all'utilizzo di una sostanza – legale o illegale – ma anche ad altri aspetti patologici della vita quotidiana.

Queste dipendenze si riferiscono ad una vasta gamma di comportamenti, tra cui il gioco d'azzardo patologico (GAP), lo shopping compulsivo, la dipendenza da lavoro e da studio, la dipendenza dalla tecnologia (in particolare da internet e da telefono cellulare), le dipendenze relazionali e i disturbi alimentari.

Tutti questi comportamenti, seppur considerati normali abitudini della vita quotidiana, possono diventare, per alcuni individui, delle vere e proprie dipendenze, che sconvolgono ed invalidano l'esistenza del soggetto stesso ed il suo sistema di relazioni. Perciò, anche se non vi è assunzione di sostanze psicoattive, il quadro fenomenologico è molto simile a quello della tossicodipendenza e dell'alcolismo. Diversi studi evidenziano come sia le dipendenze comportamentali, che quelle determinate dall'uso di sostanze, siano ugualmente caratterizzate da craving (letteralmente *fame*). Il termine craving può essere definito come un desiderio irresistibile, intrusivo, di reiterare alcune azioni tese alla soddisfazione del piacere, con perdita del controllo e con la persistenza del comportamento patologico nonostante la sua associazione a conseguenze negative.

1.1 DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI

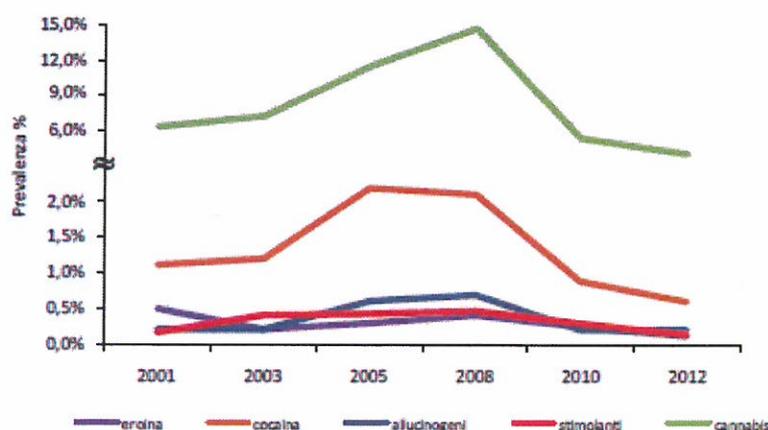
I dati sulle dipendenze non sono facili da reperire, sia per la difficoltà ad ottenere informazioni da persone non consapevoli delle proprie dipendenze, sia dalla difficoltà di accesso ai servizi da parte del singolo e della famiglia, che per la comparsa di sempre nuove sostanze o comportamenti oggetto di dipendenze.

Nella Relazione Annuale al Parlamento 2013, il Dipartimento Politiche Antidroga analizza il consumo di sostanze stupefacenti in Italia. Nel 2012, sulla base dell'indagine di popolazione generale condotta su un campione rappresentativo di circa 19.000 italiani è stato stimato il numero totale dei consumatori – sia occasionali che con dipendenza da sostanze con uso quotidiano – pari a 2.327.335 persone.

³ DSM-IV-TR, APA, 2000

⁴ ICD-X, OMS, 1994

Figura 1: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2001-2012.



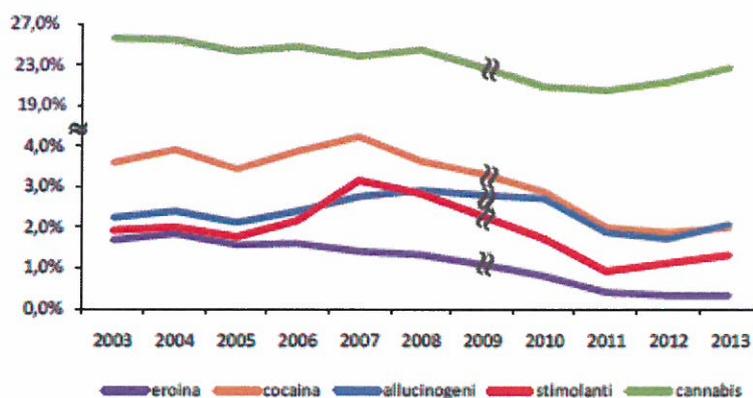
Fonte: Elaborazione su dati IPSAD Italia 2001 – 2008, dati GPS-DPA 2010-2012

Tabella 1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012.

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Cannabis	5,33	4,01	-1,32
Cocaina	0,89	0,60	-0,29
Eroina	0,24	0,12	-0,12
Stimolanti	0,29	0,13	-0,16
Allucinogeni	0,21	0,19	-0,02

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 2: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003- 2013



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 2: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza%) nella popolazione scolastica 15–19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2011-2013

Sostanza	Prevalenza 2011	Prevalenza 2012	Prevalenza 2013	Differenza 2012-2013
Cannabis	17,91	19,14	21,43	2,29
Cocaina	2,00	1,86	2,01	0,15
Eroina	0,41	0,32	0,33	0,01
Stimolanti	0,92	1,12	1,33	0,21
Allucinogeni	1,88	1,72	2,08	0,36

Fonte: Studi SPS-DPA 2011- 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Lo studio 2013 sulla popolazione studentesca (su un campione di 34.385 soggetti di età compresa tra i 15 e i 19 anni) evidenzia le seguenti percentuali di consumatori: cannabis 21,43% (19,14% nel 2012), cocaina 2,01% (1,86% nel 2012), eroina 0,33% (0,32% nel 2012), stimolanti (anfetamine e/o ecstasy) 1,33% (1,12% nel 2012) ed allucinogeni 2,08% (1,72% nel 2012).

Negli ultimi anni si è poi assistito all'entrata sul mercato di nuove droghe sintetiche: potenti molecole chimiche di sintesi vendute utilizzando prevalentemente internet e pubblicizzate come sali da bagno, incensi, fertilizzanti, prodotti naturali, ecc. Queste molecole sono ancora poco conosciute e riconoscibili, comportando complicazioni per i soccorsi. Ad oggi il Sistema di Allerta ha identificato, dal 2009, oltre 250 nuove molecole, segnalandole al Ministero della Salute.

Un'ulteriore sostanza che è stata monitorata è la ketamina, il cui consumo sta aumentando negli ultimi anni. L'insieme di ketamina, funghi e altri allucinogeni presenta una prevalenza percentuale di circa 1,7% nella popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni, con un incremento di circa 0,4% dal 2012 al 2013.

Nelle fasce giovanili prende sempre più piede il policonsumo, e quindi la polidipendenza: l'uso contemporaneo o alternato di diverse sostanze. La Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze del DPA rileva infatti che i consumatori di cannabis usano contemporaneamente anche la cocaina, ed eroina. I consumatori di cocaina usano anche cannabis ed eroina. Inoltre, con percentuali variabili tra l'80 e il 93% dei casi, questa fascia di popolazione giovanile – consumatori di sostanze stupefacenti – fa uso contemporaneo di tabacco e alcool e ha una prevalenza alta di gioco d'azzardo.

1.2 LA DIPENDENZA DA ALCOL

La dipendenza da alcol – così come il suo uso e abuso – è stato un fenomeno ampiamente sottovalutato in Italia, almeno fino alla fine degli anni Ottanta: l'accesso più frequente alla cura avveniva per gli interventi di urgenza, tramite il Pronto Soccorso.

Secondo il rapporto Istat "L'uso e l'abuso di alcol", relativo all'anno 2012, mentre diminuisce il numero di bevitori giornalieri, cresce il consumo di alcol occasionale e fuori dai pasti. I comportamenti a rischio nel consumo di alcol (consumo giornaliero non moderato, binge drinking, consumo di alcol da parte dei ragazzi di 11-15 anni) riguardano 7 milioni e 464 mila persone. In particolare tra gli over 65, nel confronto tra 2002 e 2012, aumenta dal 12,7% al 13,5% la quantità di persone che bevono fuori dai pasti. In questa fascia d'età la crescita è ancor più consistente se si considerano soltanto le donne: dal 4,3% al 5,7%. Ancora più marcato l'avanzamento della diffusione di alcol fuori pasto tra le donne di ogni età: nel 2002 erano il 35%, nel 2012 sono diventate il 38,5%.

A livello di abitudini, è cambiato il tipo di bevande consumate: è diminuita infatti la quota di chi consuma solo vino e birra e aumentata quella di chi beve anche aperitivi alcolici, amari e superalcolici. Nel 2012, il 64,6% della popolazione di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno.

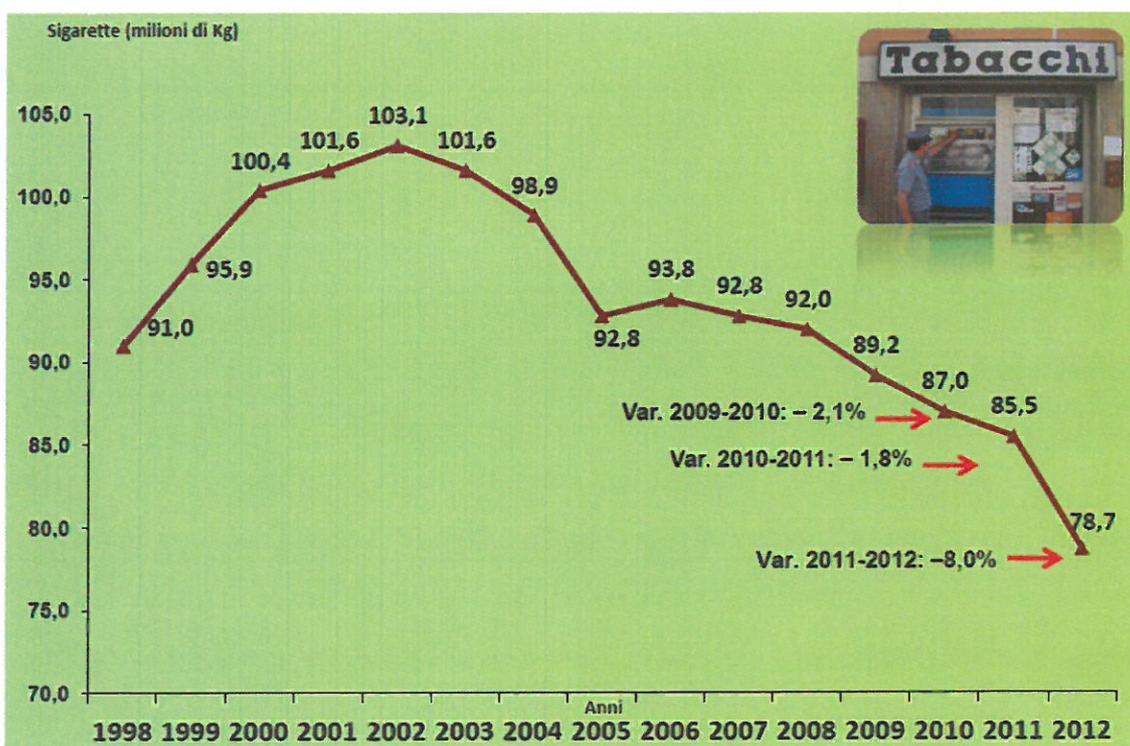
Il consumo più frequente di alcol fuori pasto (almeno una volta a settimana) riguarda 3 milioni 314 mila persone di 11 anni e più: questa consuetudine è diffusa in modo particolare tra i giovani di 18-34 anni di entrambi i sessi.

Il Rapporto Istat rileva inoltre che un peso importante sull'uso e l'abuso di alcol è poi esercitato dalle abitudini in famiglia e dai contesti sociali. Il consumo non moderato da parte dei genitori influenza il comportamento dei figli. Chi eccede nel consumo di alcol spesso è un fumatore o un ex fumatore. Tra i giovani di 18-24 anni che frequentano assiduamente le discoteche i comportamenti di consumo di alcol a rischio sono più diffusi (30,5%) rispetto ai coetanei che non vanno in discoteca (8,0%). Stesse differenze si riscontrano tra frequentatori e non di spettacoli sportivi e concerti.

1.3 LA DIPENDENZA DA FUMO DI TABACCO

Secondo il Rapporto annuale sul fumo 2012⁵, i fumatori in Italia sono 10,8 milioni, pari al 20,8% della popolazione con più di 15 anni, e sono in calo rispetto agli anni precedenti.

Figura 3: Vendite di sigarette in Italia, ultimi 15 anni



Fonte: Rapporto annuale sul fumo 2012

⁵ Indagine commissionata dall'Osservatorio Fumo Alcohol e Droga dell'Istituto Superiore della Sanità

Gli italiani fumano in media 13 sigarette al giorno e quotidianamente sono bruciate 140 milioni di sigarette in tutto il Paese.

Figura 4: Gli Italiani secondo l'abitudine al fumo (analisi secondo il sesso)



Molti italiani iniziano a fumare da giovani.

Nonostante la crisi economica, il 76% di coloro che continuano a fumare non ha cambiato le sue abitudini (non ha diminuito il numero di sigarette fumate né ha cambiato marca), si sente in buona salute e non pensa di smettere. Risulta però diminuita la vendita di sigarette, ma aumentata – di due volte e mezzo – la vendita di tabacco sfuso: l'8,5% degli italiani, soprattutto maschi e giovani, costruisce a mano la sigaretta riuscendo a risparmiare circa la metà dei costi.

La sigaretta si trova comunque al penultimo posto nella lista di cose a cui si tende a rinunciare per effetto della difficile situazione economica che l'Italia sta vivendo.

Dall'indagine risulta poi che l'abitudine al fumo sia contagiosa: il 77,3% di chi fuma ha oltre la metà degli amici che fumano e il miglior amico di chi fuma è a sua volta un fumatore per il 67,2% degli uomini e per il 51,6% delle donne.

Figura 9: Per quale motivo si inizia a fumare (analisi secondo il sesso)

	Totale	Maschi	Femmine
	%	%	%
Base: fumatori attuali ed ex-fumatori			
■ influenzato dagli amici\i miei amici fumavano\ alle feste\coi compagni di scuola ecc.	61,8	65,7	55,2
■ perché ho provato e mi piacevaldava soddisfazione	16,7	15,3	19,0
■ per "sentirmi più grande"\senso di emancipazione	9,1	9,2	8,9
■ influenzato dai familiari\in famiglia fumavano	6,2	4,9	8,4
■ influenzato dal partner	1,9	1,5	2,6
■ per curiosità\per provare	1,4	1,3	1,5
■ perché "mi dava sicurezza"	1,4	1,2	1,7
■ perché mi sentivo stressato\agitato	0,8	0,5	1,2
■ per ridurre l'appetito\mangiare di meno	0,4	-	1,2

L'indagine riporta infine il dato che chi fuma sarebbe anche più propenso a giocare d'azzardo o a scommettere: il 60% di chi gioca (poker e videopoker, bingo, lotto e superenalotto, scommesse sportive, casinò, totocalcio, ecc.) è anche un fumatore e, considerando ogni singolo gioco, i fumatori ne sono gli utenti più numerosi.

1.4 LA DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO

La gravità del gioco d'azzardo può essere classificata con l'utilizzo di tre categorie: non problematico, problematico e patologico.

Il gioco d'azzardo problematico identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma con una possibile progressione verso una forma di malattia. È un comportamento a rischio per la salute psico-fisica e sociale della persona in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è una dipendenza caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute fisica e psichica e la socialità della persona affetta da tale disturbo*.

Secondo una indagine svolta dalla Camera di Commercio di Milano⁶, il settore delle imprese impegnate nei giochi a denaro (dalle ricevitorie del lotto alle agenzie di scommesse sportive, passando per le videoslot) sono particolarmente fiorenti, in controtendenza rispetto al

⁶ L'indagine è stata svolta elaborando i dati del registro imprese al primo trimestre 2012 e 2013, relativi alle sedi di impresa e alle localizzazioni attive specializzate nel gioco (attività esclusiva o principale)

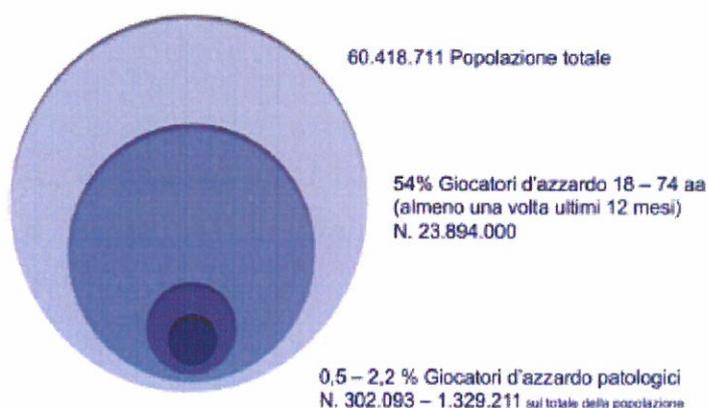
* La diagnosi di GAP si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione

Internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association.

panorama nazionale: sono quasi 9.300 le imprese italiane che nel 2013 si sono specializzate nel settore scommesse e gioco (aumentando del 32,1% in un anno), 1.348 gli apparecchi gestiti che consentono la vincita in denaro (+ 91,2% rispetto al 2012) e 4.344 i luoghi adibiti al gioco del lotto, superenalotto e totocalcio.

Secondo la Relazione Annuale al Parlamento 2013 del Dipartimento Politiche Antidroga, il 54% della popolazione italiana ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi. È necessario precisare che la dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto non esistono studi esaustivi e validamente rappresentativi.

Figura 10: Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni 2012.



Alcune indicazioni più precise sono riportate nell'indagine SPS-DPA del 2013, riguardante la popolazione 15-19 anni.

Nella popolazione studentesca la pratica del gioco d'azzardo è stata dichiarata dal 49,4% degli intervistati, che si dichiarano giocatori sociali (39%), giocatori problematici (7,2%), giocatori patologici (3,2%).

I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco superiore rispetto a quelli di genere femminile: il 59,2% contro il 37,1%.

Questa indagine sottolinea poi una importante associazione tra frequenza della pratica del gioco d'azzardo e consumo di sostanze, sia nella popolazione giovanile (15-19 anni) che nella popolazione in generale (15 - 64 anni).

Figura 11: prevalenza % consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione studentesca 15 - 19 anni. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 12: Prevalenza % di consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.



Fonte: GPS – DPA 2012

Il gioco può essere considerato come uno dei più importanti fattori d'impoverimento del Paese, non solo materiale ma anche culturale, morale e relazionale.

In questo contesto la CRI può contribuire a creare una controcultura che contrasti la dipendenza dal gioco. Per raggiungere questo obiettivo è necessario lavorare con le comunità locali, nel territorio, per la costruzione di modelli di gioco responsabile, che tutelino dal rischio della patologia.

OBIETTIVI

Le persone affette da dipendenze sono soggetti ad alto livello di vulnerabilità per questo la Croce Rossa Italiana ha approntato le linee guida con l'obiettivo di fornire uno strumento di supporto e per contribuire al miglioramento della qualità dell'azione dei volontari che nei diversi ambiti di attività entrano in contatto con queste realtà attraverso una formazione comune.

In questo senso gli obiettivi richiamano direttamente quelli della strategia CRI:

1. Sviluppare attività di supporto sociale volte a favorire l'accesso delle persone alle risorse della comunità (obiettivo strategico 2): ad esempio attraverso centri di ascolto fissi o mobili
2. Aumentare la capacità sostenibile della CRI a livello locale e nazionale di prevenire ed affrontare in modo efficace le vulnerabilità delle comunità (obiettivo strategico 6). Da questo nasce il bisogno di fornire i volontari di strumenti attraverso la formazione.
3. Migliorare lo stato di salute delle persone e della comunità (obiettivo strategico 1): ad esempio azioni di riduzione del danno.
4. Educazione alla salute e promozione di stili di vita sani (obiettivo strategico 5)

La Croce Rossa Italiana intende con il presente strumento realizzare interventi volti a prevenire, mitigare e rispondere ai differenti meccanismi che generano "LA DIPENDENZA" con particolare attenzione ai giovani, nonché rafforzare la cultura del servizio volontario e della partecipazione attiva.

E' una base di partenza per l'implementazione di comportamenti, modus operandi e strategie future da condividere tra gli operatori della CRI che sono impegnati o desiderano impegnarsi in questo ambito.

Dignità personale, spirito di solidarietà e di responsabilità sono valori fondamentali per ogni volontario. Farsi carico dei problemi altrui, e in particolare dei vulnerabili, impegnarsi per promuovere il benessere delle persone diventa impegnarsi per il bene comune, significa fare in forma attiva e diretta, significa vedere i problemi e collaborare per risolverli.

LA FORMAZIONE

Modelli di comportamento edonistici, senza assunzione di responsabilità individuali, senza valori e senza mete, sono spesso elementi fondanti di una società che ha dimenticato che "essere uomo è relazione e ricerca di significato" (Frankl 1990) e non il "tutto e subito" del piacere illusorio delle dipendenze.

Lavorare in questo settore, che tanta sofferenza e timore provocano a livello individuale e pubblico, è un obiettivo strategico fondamentale di ogni autorità politica se vuole salvaguardare la salute dei cittadini e ridurre le attività criminali sul territorio.

In questa azione d'intercettazione e gestione dei problemi correlati alle dipendenze è essenziale il ruolo della CRI per i seguenti motivi:

- è una società nazionale universalmente rispettata
- ha una capillarità di presenza su tutto il territorio nazionale
- costituisce un network di volontari fortemente motivati ed addestrati ad agire con prontezza e competenza anche nelle emergenze
- è considerata da tutte le persone vulnerabili come simbolo indiscusso di rifugio e protezione
- come ausiliaria del potere pubblico può agire alle frontiere della convivenza civile dove le istituzioni dello Stato hanno maggiori difficoltà d'accettazione e d'intervento

Per attuare una politica di sanità pubblica gli interventi terapeutici devono essere molteplici e integrati tra loro valorizzando tutti gli attori pubblici e privati capaci di dare risposte positive: dal semplice contatto al superamento delle patologie.

E' necessario costituire una rete d'interventi differenziati in cui la CRI può giocare un ruolo fondamentale per la sua capacità strategica di contattare le persone vulnerabili e di avviarle ad interventi terapeutici differenziati a secondo del livello di motivazione dei pazienti, delle risorse presenti sul territorio e delle capacità strutturali dei vari comitati.

Il tema delle dipendenze non è di facile comprensione e c'è un profondo gap tra le evidenze scientifiche anche in campo internazionale e i pregiudizi negativi dell'immaginario collettivo, è necessario quindi un'azione continua d'informazione e di formazione per aumentare il livello di una corretta consapevolezza a livello comunitario e per selezionare all'interno della CRI gruppi di volontari motivati ed attivi, capaci di svolgere un ruolo specifico nel settore.

Per favorire le competenze dei volontari nel campo delle dipendenze, e in particolare nella lotta alle sostanze psicoattive e all' HIV, la Federazione ha creato a Roma con la collaborazione della Fondazione Villa Maraini un training and research partnership, da utilizzare per percorsi formativi a vari livelli.

In particolare per i volontari verrà realizzato un percorso formativo a moduli incentrato sull'approccio umanitario.

Il corso di formazione sulle dipendenze è da considerarsi come un corso di secondo livello.

L'accesso al corso sarà possibile non solo per i Volontari che hanno superato l'Operatore Sociale Generico ma anche per i Volontari fortemente motivati ad agire nel campo delle dipendenze che abbiano frequentato un corso di primo livello: TSSA/PSTI, corso per infermiere volontarie, corso SEP, corso operatore MST, corso animatore I.D.E.A. , corso animatore Ed. sic stradale, corso animatore A.p.G, corso animatore Club 25.

Prevedere il modulo progettazione e pianificazione per i primi 2 anni della sperimentazione.

PROPOSTE DI MODULI FORMATIVI PER AREE TEMATICHE che potranno essere organizzate in corsi da tenersi in giornate consecutive (full immersion) o in momenti distinti.

MODULO I – SENSIBILIZZAZIONE ALLE DIPENDENZE

8 ore, massimo 30 persone, può essere svolto a livello territoriale

- Ruolo della Croce Rossa Italiana nelle dipendenze (Direzione del corso)
- Aspetti clinici generali delle tossicodipendenze e delle dipendenze comportamentali (medico, SERT)
- Caratteristiche di personalità del dipendente (psicologo)
- Riconoscimento dei pregiudizi e dei limiti degli operatori di Croce Rossa (psicologo CRI)
- La relazione d'aiuto (psicologo CRI)
- Stigma e discriminazione associate alle tossicodipendenze e/o all'HIV/AIDS (psicologo, operatore sociale meglio se ex tossicodipendente, facilitatore CRI)
- La riduzione del danno (psicologo, medico o operatore sociale)
- La Società Nazionale nel problema: ruoli possibili e prospettive future (workshop facilitato dal Direttore del Corso e staff CRI)

MODULO II – APPROCCIO ALLE DIPENDENZE

8 ore, massimo 30 persone, può essere svolto a livello territoriale

- Classificazione delle sostanze (sostanze stupefacenti, alcool e tabacco) e loro effetti (medico)
- Le dipendenze patologiche comportamentali: il gambling, cyber mania (medico psichiatra/psicologo)

- HIV/AIDS, epatiti e malattie correlate (formatore CRI MST- medico infettivologo)
- La relazione d'aiuto e la famiglia del vulnerabile (psicologo)
- Linee guida della terapia della dipendenze (medico, psicologo)
- Normativa legale (esperto legale)
- La riduzione del danno (psicologo, medico o operatore sociale)
- La Società Nazionale nel problema: ruoli possibili e prospettive future(workshop facilitato dal Direttore del Corso e staff CRI)

MODULO III – MODELLI OPERATIVI

(16 ore)

Questo modulo potrà svolgersi in sede regionale o in sede centrale.

È in fase di valutazione la possibilità di accreditarlo come corso ECM.

- L'approccio umanitario alle dipendenze: dipendenze e riduzione del danno, l'accoglienza del dipendente, l'operatore e il lavoro in team (psicologo)
- L'approccio interculturale alle dipendenze (antropologo/mediatore interculturale)
- Conoscere la rete dei servizi (Dirigente Servizi sociali)
- La costruzione di un progetto d'aiuto: analisi dei bisogni e delle risorse (operatore sociale/psicologo)
- Le attività di riduzione del danno come via d'accesso ai servizi di accettazione, trattamento e riabilitazione (Villa Maraini)
- L'esperienza della Fondazione Villa Maraini a Roma: la presa in carico multimodale dei dipendenti secondo i principi del Movimento di Croce Rossa (Villa Maraini)
- L'azione di Advocacy dei volontari di CRI (Villa Maraini)
- Il Volontario: burn out e tutela (psicologo CRI)
- La sfida della Società Nazionale: Interventi e strategie sul campo (role play e workshop facilitato dalla Direzione del Corso)

Possibili attività pratiche: Visita unità di strada, ambulatorio Villa Maraini, servizi Villa Maraini, osservazione o presentazione di progetti inerenti alle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo), role-play/working group finalizzato a capire le dinamiche di conduzione dei gruppi.

Valutazione: questionario scritto

Chi otterrà una valutazione positiva, avrà la qualifica di operatore sociale nelle dipendenze

I moduli formativi non devono essere intesi come un semplice metodo di conoscenza delle dipendenze (anche se una corretta informazione diminuisce lo stigma e l'esclusione sociale) ma devono contribuire alla costruzione di abilità per modificare la situazione locale a breve e a lungo termine, in tal senso devono essere evidenziati gli obiettivi di partecipazione ai differenti moduli (specialmente per i volontari del terzo modulo) per un successivo lavoro applicativo nel proprio comitato.

I training course facilitano l'apprendimento di nuove conoscenze e l'abilità di lavorare in team, ma lo scambio di riflessioni ed esperienze non possono prescindere dalla costante tensione in seno alla CRI di migliorare o costruire nuove capacità per rispondere efficacemente ai bisogni e

alle emergenze sociali pertanto i partecipanti devono essere selezionati in base alle loro motivazioni e alla loro capacità d'impegno nel settore delle dipendenze.

Attraverso la formazione i volontari di CRI implementano un'attiva politica umanitaria tendente a salvare delle vite, ad alleviare l'umana sofferenza e a migliorare lo stile di vita dei vulnerabili, una politica basata sulla ragione e la solidarietà che genera un'azione efficace sul territorio e non una semplice formulazione di astratti principi ideologici.

Il primo e secondo modulo sono finalizzati alla conoscenza delle dipendenze. Il terzo modulo è propedeutico alle attività sociali specifiche per le dipendenze (si rilascerà una qualifica). Potrebbero essere necessari tirocini nelle attività che lo richiedano.

NOTE PER IL PRESIDENTE

Per diffondere la cultura e la promozione delle attività su tutto il territorio nazionale, si propone di effettuare un *corso pilota*, aperto a 30-40 partecipanti (1 o 2 per regione), in cui verranno svolti tutti e tre i moduli (32 ore in modalità residenziale) e in aggiunta, in sessione serale, i partecipanti avranno la possibilità di capire quali saranno le competenze necessarie per organizzare i corsi e sensibilizzare i propri comitati territoriali. Lo staff nazionale sarà a disposizione dei comitati che vorranno attivare i moduli formativi per identificare i docenti esperti nel settore delle dipendenze.

Chi seguirà il *corso pilota* potrà essere Direttore dei primi due moduli che saranno organizzati a livello territoriale.

Il gruppo di lavoro sulle dipendenze si impegna a monitorare l'incidenza sul territorio delle iniziative proposte e, a livello nazionale, a individuare, promuovere e sostenere iniziative e progetti nell'ambito delle dipendenze, nonché giornate di approfondimento e studio.

Si auspica l'apertura di una pagina web (area 2) sul sito nazionale.