

GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA: PENSIERI ED ESPERIENZE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI LOMBARDI

REPORT 2: DAI DATI ALLE RIFLESSIONI

(a cura di Beatrice Longoni)



Ricerca promossa e realizzata dal Gruppo Anziani - sottogruppo Gioco d'azzardo e alcol

Componenti del sottogruppo:

Sara Alberici, Beatrice Longoni, Francesco Lotano, Raffaella Marino, Valeria Chiara Martinetti,
Sara Pozzoni, Chiara Vercalli

Referenti del Gruppo Anziani:

Sara Alberici - Consigliere referente
Sara Pozzoni - referente esterno al Consiglio

MILANO, dicembre 2021

INDICE

Manuela Zaltieri - assistente sociale specialista, Presidente dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia
"Presentazione"

Mirella Silvani - assistente sociale specialista, già Presidente dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia,
Consigliere e Segretario CNOAS Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
"Il senso dei gruppi tematici e delle attività di studio e ricerca nell'Ordine professionale"

Maria Cacioppo e Maria Pia May - metodologhe di ricerca, Università degli Studi di Milano-Bicocca
"Uno sguardo a una comunità professionale che si interroga su temi poco indagati"

Sara Alberici, Francesco Lotano, Raffaella Marino, Valeria C. Martinetti, Sara Pozzoni e Chiara Vercalli -
assistenti sociali e assistenti sociali specialisti, componenti del sottogruppo "Gioco d'azzardo e alcol" nel
Gruppo Anziani dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia
"Il percorso di ricerca e il senso del gruppo"

INTRODUZIONE	14
NOTE D'INIZIO	16
1. GLI ANZIANI	17
1.1. La definizione di anziano	17
1.2. Una popolazione sempre più vecchia, longeva e diversificata	18
1.2.1. Conseguenze e opportunità dell'invecchiamento demografico	18
1.2.2. Molti anziani, ma molto diversi	21
1.3. La carta di identità degli anziani italiani	22
1.3.1. Ai primi posti nel mondo	22
1.3.2. Più femmine che maschi	23
1.3.3. Autonomia e salute, disabilità e fragilità	23
1.3.4. Spesa sanitaria e consumo di farmaci	26
1.3.5. Prevenzione primaria, salutogenesi e psicologia positiva	27
1.3.6. La vecchiaia fra agio e disagio	31
NOTE AL CAPITOLO	32
2. L'ALCOL	37
2.1. Alcuni elementi storici e di contesto	37
2.2. La definizione di alcolici e di consumatori di alcol	40
2.2.1. Bevande alcoliche e superalcoliche	40
2.2.2. Limiti e criteri indicati dagli organismi sanitari nazionali e internazionali	40
2.2.3. Astemi, bevitori e astinenti	42
2.2.4. <i>Late-onset drinkers</i> ed <i>early-onset drinkers</i>	43
2.3. Cause e conseguenze del consumo di alcol	44
2.3.1. Gli aspetti genetici, neurobiologici e cognitivi	44
2.3.2. Le conseguenze più generali sull'organismo	46
2.3.3. Gli aspetti psico-sociali e relazionali	47
2.3.4. Problemi socio-economici e di altra natura	49
NOTE AL CAPITOLO	50
3. IL GIOCO D'AZZARDO	53
3.1. Alcuni elementi storici e di contesto	53
3.1.1. Un po' di storia	53
3.1.2. L'industria dell'azzardo	55
3.1.3. Istituzioni pubbliche e cittadini vulnerabili	58
3.1.4. La percezione del problema nella popolazione	60

3.2. La definizione di gioco d'azzardo e di giocatori	61
3.2.1. Gioco e gioco d'azzardo	61
3.2.2. Tipologie di giocatori d'azzardo	62
3.3. Cause e conseguenze del gioco d'azzardo problematico	64
3.3.1. Influenze e ricadute socio-ambientali e familiari	64
3.3.2. Le distorsioni cognitive e i meccanismi dell'inganno	66
3.3.3. I fattori neurobiologici e psicologici	69
3.3.4. Gli aspetti economici e giuridici	70
NOTE AL CAPITOLO	73
4. GIOCO D'AZZARDO E ALCOL NELLA POPOLAZIONE ANZIANA	75
4.1. Il gioco d'azzardo nella popolazione anziana italiana	75
4.2. Il consumo di alcol nella popolazione anziana italiana	79
4.3. Stime dalla ricerca su pensieri ed esperienze degli AS lombardi	86
NOTE AL CAPITOLO	89
5. DALLA RICERCA SU PENSIERI ED ESPERIENZE DEGLI AS LOMBARDI: PUNTI DI RIFLESSIONE E QUESTIONI APERTE	91
5.1. La prevenzione: c'è ancora molto da fare	93
5.2. La solitudine dell'anziano e l'isolamento sociale	97
5.3. La motivazione al cambiamento e la fiducia nelle possibilità di cambiamento	104
5.4. L'importanza dei familiari, dall'individuazione del problema al percorso di cura	112
5.5. Il ruolo di MMG e servizi sociali territoriali nell'intercettazione precoce	118
5.6. La formazione degli assistenti sociali, nei servizi territoriali e nei servizi specialistici	129
NOTE AL CAPITOLO	138
ALLEGATO: REPORT 1 - DAL QUESTIONARIO AI DATI (versione "in pillole")	140
ALLEGATO: SCHEDE PER PROVINCIA	146
totale Lombardia	147
Milano	151
Bergamo	156
Brescia	161
Como	166
Cremona	171
Lecco	176
Lodi	181
Mantova	186
Monza e Brianza	191
Pavia	196
Sondrio	201
Varese	206
SIGLE E ABBREVIAZIONI	211
SITOGRAFIA	214
BIBLIOGRAFIA	215
VIDEOGRAFIA	233

PRESENTAZIONE

di Manuela Zaltieri - assistente sociale specialista, Presidente dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia

Il gioco d'azzardo e l'alcol in età anziana sono temi molto particolari, ancora poco esplorati, specie in maniera così approfondita: si tratta di temi trasversali, che riguardano assistenti sociali di una molteplicità di servizi diversi. Proprio per questo la ricerca è stata rivolta all'intera comunità professionale, con un'apertura e un allargamento di orizzonti che rispondono a una strategia di ampio respiro.

Questo disegno di ricerca è stato fortemente voluto e sostenuto dall'Ordine degli Assistenti Sociali Lombardia - in particolare da parte di Mirella Silvani che ne è stata Presidente nel mandato 2017/2021 in cui la ricerca è stata ipotizzata, progettata e realizzata, oggi Consigliere e Segretario del Consiglio Nazionale dell'Ordine - con la partecipazione attiva anche di una rappresentanza dei Consiglieri dell'Ordine lombardo.

La ricerca è stata indirizzata a tutta la comunità professionale lombarda (oltre 5.000 assistenti sociali iscritti all'Ordine), con un duplice obiettivo: da un lato raccogliere esperienze e percezioni su comportamenti problematici di consumo di alcol e gioco d'azzardo nella popolazione anziana, dall'altro incrementare informazione, sensibilizzazione, confronto riflessivo all'interno della comunità professionale sui temi indagati e sui principali esiti emersi.

Un aspetto che ha caratterizzato questa ricerca, e che rappresenta un valore aggiunto, è il coinvolgimento di un'ampia platea di assistenti sociali, appartenenti a differenti tipologie di servizi, specialistici e non: questo ha permesso di studiare il fenomeno a prescindere dalla specifica competenza del servizio di riferimento, di mettere a confronto e di porre in risalto, quindi, la visione di tutta la comunità professionale.

Questo elemento evidenzia anche le grandi potenzialità insite nel sapere professionale, nel contributo che tutti insieme si è in grado di offrire, a vantaggio dell'operatività e dell'approccio ai problemi nel momento in cui ci si accosta, da diversi punti di osservazione e di azione, ad alcune specifiche situazioni critiche.

Un ringraziamento particolare a Beatrice Longoni, che oltre a essere stata Consigliere e referente, per il Consiglio, del Gruppo tematico Anziani è anche la coordinatrice di questa ricerca, che ha saputo condurre in modo sapiente, con tenacia, passione e grande competenza, come viene testimoniato dagli esiti della ricerca, oggetto di due report.

Ringrazio anche gli altri componenti del sottogruppo, che con curiosità, metodo, impegno e organizzazione hanno sviluppato un'idea lungimirante, in un'ottica preventiva e anticipatoria dei fenomeni sociali che interessano la nostra professione, condividendo in itinere tutte le scelte e le azioni del percorso.

Ringrazio poi gli oltre 2.000 assistenti sociali che hanno messo a disposizione tempo, attenzione e pensiero riflessivo sulle proprie percezioni, impressioni ed esperienze per compilare il questionario, anche nelle parti qualitative: una grande partecipazione, che ha reso possibile raccogliere informazioni e dati non solo numerosi, ma anche ricchi e articolati.

Infine, i professionisti che a vario titolo hanno collaborato nelle diverse fasi del percorso: dagli assistenti sociali, psicologi e altre figure che hanno contribuito alla revisione e messa a punto del complesso questionario, con uno sguardo ai contenuti specifici e ai contesti dei fenomeni indagati, a coloro che hanno fornito un apporto fondamentale dal punto di vista metodologico e informatico. La ricerca si è avvalsa, per il supporto metodologico, del prezioso e appassionato contributo di Maria Cacioppo e Maria Pia May, docenti nel Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca; per il supporto informatico, della collaborazione del Laboratorio di Sociologia Applicata dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Infine, ringrazio anche tutti i relatori che sono intervenuti e che interverranno negli eventi di restituzione e pubblicizzazione degli esiti di ricerca (alla comunità professionale degli assistenti sociali e ad altri interlocutori), fornendo uno sguardo sugli esiti della ricerca a partire dalla loro esperienza, di diversa natura e grado di vicinanza ai temi indagati.

IL SENSO DEI GRUPPI TEMATICI E DELLE ATTIVITÀ DI STUDIO E RICERCA NELL'ORDINE PROFESSIONALE

di Mirella Silvani - assistente sociale specialista, già Presidente dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia, Consigliere e Segretario CNOAS

La ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana. Pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi" è il risultato dell'idea e dell'impegno del Gruppo Anziani del Consiglio Regionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Lombardia, che già a partire dai primi mesi della consiliatura 2017/2021 ha cominciato a delineare il progetto, con il pieno sostegno del Consiglio.

A conclusione del progetto di ricerca possiamo affermare che in questo percorso si è espressa la grande potenzialità dei gruppi consiliari tematici e territoriali del CROAS Lombardia, nati più di dieci anni fa con un forte elemento innovativo, perché avviati con il coinvolgimento degli iscritti per poi caratterizzarsi come gruppi di area professionale o gruppi per lo studio e l'approfondimento di tematiche di interesse professionale.

All'inizio questi gruppi hanno assunto un forte impulso e una specifica valenza nell'ambito della formazione continua, rappresentando già nel 2009, in fase sperimentale, laboratori per sviluppare il sistema di formazione continua della professione di assistente sociale in Lombardia. In seguito si sono affermati come un valore aggiunto rispetto alla "classica" formazione, creando opportunità di partecipazione attiva dei professionisti alla dimensione formativa, che per il servizio sociale vive di una dinamica continua tra pratica e teoria.

Proprio questa dinamicità ha portato nel tempo a rimodulare alcuni gruppi tematici; altri sono stati costituiti, in risposta alle nuove esigenze e al cambiamento del contesto sociale e dell'assetto organizzativo dei servizi; altri ancora hanno ampliato il proprio ambito d'azione, assumendo ulteriori finalità e funzioni.

A più di dieci anni dalla loro costituzione, può essere il momento per un primo bilancio e per chiedersi qual è il senso della loro presenza oggi nell'Ordine?

Il confronto con i tanti colleghi che vi hanno preso parte, con i consiglieri, i referenti, gli esperti e i formatori che hanno collaborato alle diverse iniziative promosse, mette in luce questi elementi di senso dei gruppi tematici:

- certamente ampliano ed estendono i confini o, per meglio dire, gli orizzonti di azione dell'Ordine;
- evidenziano e sollecitano l'attenzione verso un mandato professionale contenuto nel nostro Codice Deontologico:

Titolo III - Doveri e responsabilità generali dei professionisti: art. 24 "L'assistente sociale è tenuto alla propria formazione continua al fine di garantire prestazioni qualificate, adeguate al progresso teorico, scientifico, culturale, metodologico e tecnologico. A tal fine, contribuisce alla ricerca, alla divulgazione della propria esperienza, anche fornendo elementi per la definizione di evidenze scientifiche. Il professionista si adopera, inoltre, affinché si sviluppi la cultura della supervisione professionale.";

- offrono l'opportunità di coinvolgimento e partecipazione attiva degli iscritti;
- creano luoghi e tempi per la riflessione e il confronto, non sempre possibili nella quotidianità del lavoro sul campo, con una tensione continua all'esplorazione della dimensione deontologica nell'azione professionale;
- ricercano e attivano collaborazioni e azioni di rete con gli interlocutori specifici per tematica e area d'intervento, interessati a percorsi di co-progettazione e co-costruzione, alla creazione di un linguaggio comune, alla predisposizione di documenti sulle politiche sociali, all'attivazione di iniziative formative e culturali.

Se si guarda ai tanti contributi che i gruppi hanno elaborato, proposto, condiviso e reso disponibili, è evidente la funzione centrale nello sviluppare sapere nella e della comunità professionale in Lombardia, ma non solo.

Dalla partecipazione spontanea, volontaria e competente degli e delle assistenti sociali presenti nei servizi dell'intero sistema regionale si sono sviluppate attività:

- di studio, intese come apprendimento volto alla conoscenza/approfondimento di una specifica area di interesse del servizio sociale;
- di ricerca, intesa come raccolta sistematica e organizzata dei dati e alla interpretazione dei fenomeni sociali;
- di documentazione, intesa come elaborazione e creazione di documenti significativi riferiti alle diverse articolazioni e contesti in cui si svolge l'attività dell'assistente sociale, a preciso contenuto tecnico professionale, che assumono significato e valore per formulare proposte ed esprimere valutazioni laddove si collocano le scelte programmatiche del sistema.

Molti sono i contributi prodotti dai gruppi tematici del CROAS Lombardia attraverso attività di studio, ricerca e documentazione, che sono stati diffusi e pubblicati attraverso i canali ordinistici; sono lavori che costituiscono una risorsa fondamentale per la comunità professionale, in quanto concorrono a:

- sostenere la costante crescita dei professionisti, con riflessioni teoriche e indicazioni operative;
- sviluppare processi circolari tra teoria e prassi, correlati alle aree d'intervento professionale e al contesto, attenti ai fenomeni emergenti;
- contribuire all'azione politica dell'Ordine dei professionisti e della comunità professionale.

In questo momento è importante ricordare i gruppi tematici attivi nella consiliatura appena conclusa (2017-2021), per la ricchezza di temi affrontati e l'attualità delle riflessioni svolte, per la tenuta nel periodo dell'emergenza determinata dalla pandemia e per l'analisi e l'attività che hanno continuato a proporre nell'ultimo periodo, nonostante sembrasse che le vite di tutti fossero sospese:

- Servizio sociale professionale negli enti locali
- Servizio sociale professionale in sanità
- Tutela minori e famiglia
- Servizio sociale nelle reti di intervento contro la violenza di genere
- Lavoro sociale con i cittadini migranti
- Anziani
- Giustizia e coesione sociale
- Protezione giuridica
- Coordinamento permanente cure palliative
- Rischio professionale e violenza nei servizi
- Formazione universitaria e accompagnamento alla professione
- Nuovi spazi professionali.

È importante anche ricordare i principali contributi realizzati nello stesso arco temporale, molti dei quali vedranno pieno compimento e daranno il via a nuovi approfondimenti nella consiliatura appena iniziata:

- *Quale Welfare in Lombardia? Un'analisi delle misure a sostegno dei cittadini lombardi (studio - documento);*
- *Gli assistenti sociali dei Comuni lombardi (ricerca);*
- *Il servizio sociale professionale nel sistema socio-sanitario lombardo (studio - documento);*
- *Riflessioni sulle modalità organizzative nei servizi sociali in occasione del Coronavirus (documento);*
- *Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi (ricerca);*
- *Linee di indirizzo per il servizio specialistico per la gestione della protezione giuridica delle persone fragili (studio - documento);*
- *La gestione delle amministrazioni di sostegno tra complessità e deontologia. Risposte ai quesiti degli assistenti sociali operativi nei servizi per la gestione della protezione giuridica (studio - documento);*

- *Continuità delle cure e processi integrati tra servizi a favore di persone con patologie e loro familiari (percorso formativo);*
- *Relazione studio 2017-2020 sul fenomeno delle aggressioni agli assistenti sociali in Lombardia (studio - documento).*

Formulare proposte con argomenti chiari e sostenuti da dati ed elementi di contesto prodotti dalla riflessione di assistenti sociali impegnati quotidianamente con le persone e nelle diverse organizzazioni che compongono il sistema di welfare è strategico, per promuovere la professione e per contribuire alla programmazione di servizi rispondenti a bisogni e richieste dei cittadini.

I documenti di programmazione e investimento nazionale, primo fra tutti il PNRR, avranno un impatto significativo anche a livello regionale: le ricerche e gli studi condotti dal CROAS con l'apporto dei gruppi tematici saranno indispensabili, perché l'Ordine possa svolgere quella parte del proprio ruolo istituzionale nei confronti dei decisori, partecipando con proposte efficaci, coerenti con la situazione delle comunità e della popolazione.

UNO SGUARDO A UNA COMUNITÀ PROFESSIONALE CHE SI INTERROGA SU TEMI POCO INDAGATI

di Maria Cacioppo e Maria Pia May - metodologhe di ricerca, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Una comunità professionale, la comunità professionale degli assistenti sociali, che qui compare in due articolazioni: il Gruppo Anziani, quale soggetto portante della ricerca, e l'insieme degli assistenti sociali che hanno partecipato alla ricerca tramite il questionario, come destinatari ma anche protagonisti nella risposta. Su questi due gruppi poniamo il nostro sguardo di sociologhe, docenti di metodologia della ricerca sociale e ricercatrici nel campo del lavoro sociale e delle professioni che lo esercitano.

È dal Gruppo Anziani che è nata l'idea e la voglia di non battere strade consuete (che peraltro sono non solo utili, ma necessarie) e di guardare oltre, ad aspetti che in prima battuta potevano sembrare secondari, forse solo perché spesso sottaciuti, nascosti nelle pieghe della quotidianità e del silenzio.

Per "interrogarsi" sui temi del consumo alcolico e del gioco d'azzardo problematico tra gli anziani, il gruppo ha scelto lo strumento della ricerca sociale e si è avviato su questa strada con curiosità e interesse, ma anche con decisione e con coraggio, perché agli inizi - come capita quando si indagano aspetti poco consueti - raggiungere risultati significativi non è per nulla scontato.

Fin da subito è stato anche scelto di non delegare ad altri, o a un ente specializzato, il lavoro di ricerca, ma di assumerlo in prima persona con l'aiuto di consulenti, sia sul piano dell'approfondimento dei contenuti che sul piano della metodologia della ricerca, uscendo dallo schema classico del "committente" che formula la domanda e del "gruppo di ricerca" che conduce l'indagine e alla fine consegna il prodotto finito. Un "modello", quello scelto, che si rifà a una precisa tradizione, tipica del mondo dei servizi, in cui teoria e pratica, esperienza e riflessione si intrecciano e si alimentano reciprocamente, e che però richiede come preconditione delle specifiche competenze nell'ambito dell'area di indagine e della metodologia della ricerca. Se le prime erano presenti nel gruppo in forma diffusa e diversificata, le seconde erano presenti con caratteristiche specifiche di esperienza e professionalità specie in chi ha guidato anche istituzionalmente il gruppo, Beatrice Longoni.

La consulenza metodologica, la nostra, si è così concretizzata in un fruttuoso dialogo in cui proposte e osservazioni sono state discusse e recepite in modo attivo, portando ad esempio all'allargamento del campo di ricerca (in un primo momento limitato a chi aveva a che fare con i problemi oggetto di studio e successivamente esteso a tutti gli assistenti sociali, promuovendone così l'aspetto di ricerca-azione); alla messa a punto del questionario in un'ottica che consentisse una comparazione tra i diversi sottogruppi degli intervistati (diversi per servizi di appartenenza e tipo di utenza); alla realizzazione delle strategie di analisi.

Il gruppo di lavoro ha proceduto condividendo scrupolosamente, con costanza e molta determinazione, ogni scelta (e il processo di ricerca è frutto di una serie di scelte anche operative che spesso sfuggono a chi utilizza il prodotto finale), ogni osservazione o cambiamento, discutendo le diverse alternative, le soluzioni proposte, i prodotti parziali, gli esiti emersi. Ne è derivato un grande e fruttuoso lavoro, in cui il gruppo ha mantenuto un ruolo consistente e dominante.

Di questo processo hanno particolarmente beneficiato sia l'impostazione del disegno di ricerca, sia la dimensione della concettualizzazione, che hanno potuto contare su un confronto diretto e costante con esperienze e riflessioni sul campo, integrate dall'apporto della consultazione di numerosi testimoni privilegiati, esperti nel campo dell'alcol e/o del gioco d'azzardo problematico e patologico. E non ultimo, il costante dialogo ha permesso di "tener dritta" la barra del timone, di aggiustare il tiro nei diversi snodi del percorso, in modo da puntare sempre sugli obiettivi e sugli interessi professionali all'origine della ricerca (un esempio: l'indirizzo dato alla strategia d'analisi per il primo report).

Ma i maggiori fruitori di questa impegnativa scelta metodologica sono, a nostro parere, i componenti stessi del gruppo. Partecipare al processo di ricerca permette di assimilare via via i risultati nel loro farsi, affrontare le questioni sottostanti le scelte, cogliere i punti di debolezza e di forza, le vie lasciate che avrebbero potuto essere promettenti, produrre e appropriarsi di conoscenze e riflessioni in itinere, prima

che confluiscono in un report. È partecipare all'esperienza del ricercatore in prima persona, che è molto più ricca e complessa della fruizione dei risultati finali, necessariamente selezionati e confezionati.

Guardiamo ora la ricerca e i suoi risultati dal punto di vista degli assistenti sociali che hanno risposto al questionario. Sottolineiamo alcuni aspetti:

- *la notevole partecipazione all'iniziativa, sia considerando il tasso di risposta (39% degli oltre 5.000 iscritti all'Albo), sia considerando che hanno risposto non solo assistenti sociali che lavorano in servizi rivolti agli anziani o con presenza di anziani, ma anche assistenti sociali occupati con altri tipi di utenza, impegnati in altri settori lavorativi o non occupati; l'organizzazione del questionario dava spazio alla professione in modo tale che ciascuno si sentisse autorizzato e invitato a fornire il proprio parere, qualsiasi fosse la sua collocazione anche rispetto ai temi indagati, perché tutti potevano pensarsi come soggetti coinvolti nel processo di ricerca e di costruzione del sapere professionale;*
- *certamente l'incentivo alla compilazione, rappresentato dai crediti formativi attribuiti a chi completava il questionario, non va ignorato, per quanto riguarda la motivazione a rispondere; tuttavia, tenendo conto di quanti fossero "estranei", almeno professionalmente, al campo di intervento specifico, possiamo ragionevolmente osservare che, oltre all'interesse, il questionario sia stato per molti una occasione di sensibilizzazione su queste problematiche, e abbia offerto spunti di riflessione non scontati;*
- *interesse e coinvolgimento in prima persona sulle tematiche proposte sono stati espressi inoltre attraverso un numero elevato di risposte alle domande aperte del questionario; le risposte a queste domande sono opzionali e libere; molti in ogni caso si sono sentiti di entrare nel merito della questione, con la propria esperienza, le proprie opinioni, i propri suggerimenti e le proprie proposte, e anche con numerosi suggerimenti/osservazioni e commenti sulla stessa ricerca. E molti si aspettano un seguito di iniziative concrete in termini di formazione, di studi, di sperimentazioni, di confronto tra operatori, di approfondimento e proseguimento della ricerca.*

Va riconosciuto in primo luogo il risultato più che soddisfacente dell'indagine rispetto alle definizioni di qualità che la stessa comunità scientifica formula e utilizza nelle proprie pratiche di ricerca (Baldissera, 2017), sia in termini di tasso di risposta (elevato se consideriamo i livelli raggiunti di norma nelle rilevazioni via web/con autocompilazione), sia in termini di rappresentatività (i principali tratti socio-anagrafici di chi ha risposto non si discostano da quelli della totalità degli iscritti all'Albo regionale, e questo consente di generalizzare i risultati all'intera comunità degli assistenti sociali lombardi).

Ma, soprattutto, ci appare interessante far notare come nell'insieme le caratteristiche sopra delineate rimandano - in forma non consueta, dato il disegno di ricerca quantitativo tipico di un'indagine campionaria, ma originale e promettente sotto altri aspetti - alle metodologie tipiche della ricerca sociale partecipativa e della ricerca-azione. Dove attraverso un'attività di ricerca sul campo si attua non solo un arricchimento delle conoscenze sui temi studiati, ma si incentiva il protagonismo di tutti i soggetti che vi partecipano, che facciano parte del gruppo di lavoro o che abbiano risposto al questionario. E dove la scientificità di una ricerca viene perseguita soprattutto con una riflessione continua sulle diverse tappe del lavoro da parte di tutti gli attori, quindi essenzialmente nel processo e nelle forme di partecipazione (Capecchi, 2013).

L'appartenenza a uno stesso gruppo professionale, a cui il tema dell'alcol e del gioco d'azzardo in età anziana viene proposto, e da cui si desidera avere un riscontro, a prescindere dallo specifico servizio di impiego o ruolo lavorativo, è uno stimolo a facilitare e creare luoghi di confronto e di progettazione su queste problematiche, che possono favorire un arricchimento anche nelle pratiche quotidiane, sul piano relazionale e operativo, a livello locale e comunitario.

IL PERCORSO DI RICERCA E IL SENSO DEL GRUPPO

di Sara Alberici, Francesco Lotano, Raffaella Marino, Valeria Chiara Martinetti, Sara Pozzoni e Chiara Vercalli (assistenti sociali e assistenti sociali specialisti, componenti del sottogruppo “Gioco d’azzardo e alcol” nel Gruppo Anziani dell’Ordine Assistenti Sociali Lombardia)

In ottobre 2021 abbiamo dedicato un incontro a ricostruire, insieme a Beatrice Longoni, l’origine e il percorso del nostro gruppo e del lavoro di ricerca compiuto. È stato un momento ricco, denso di emozioni e ricordi, utile a far emergere e condividere punti di vista e riflessioni in modo più strutturato, condensato e finalizzato non all’oggetto di lavoro (come nei precedenti, tantissimi incontri), ma al gruppo e alla sua storia.

Tutti ricordiamo l’inizio: per molti marzo 2017, per alcuni aprile o settembre dello stesso anno. Il Gruppo Anziani era ancora in fase costitutiva, affollato di colleghi sconosciuti, prefigurazioni e aspettative, argomenti da individuare e concordare; dovevamo decidere insieme su cosa concentrare il percorso di confronto, riflessione e produzione interno ai diversi sottogruppi, da condividere poi con l’intera comunità professionale, e anche come farlo, tenendo conto della volontarietà della partecipazione e della consueta organizzazione dei Gruppi dell’Ordine (solitamente 10 incontri all’anno, con cadenza mensile).

Aderire alla proposta del CROAS Lombardia di partecipare a un nuovo gruppo di lavoro è stato per qualcuno un approdo un po’ casuale, per altri l’occasione attesa da tempo di avvicinarsi concretamente all’Ordine professionale e di mettere a disposizione qualcosa di proprio (una lunga esperienza in area anziani, la curiosità, il senso di responsabilità, l’impegno); per tutti l’ambizione e il desiderio di poter fornire un contributo personale alla professione, costruendolo insieme ad altri.

Dal settembre 2017 (sono passati quattro anni!) il nostro sottogruppo, guidato da Beatrice Longoni che ne ha fatto parte sempre ma in una posizione un po’ speciale, si è mantenuto solido, compatto, appassionato al compito, impegnato anche nei momenti di disorientamento e di fatica. Un gruppo affiatato, coeso e stabile, che ha condiviso e attraversato ogni passaggio del lavoro di ricerca, in tutte le sue fasi; una coesione rara e preziosa, di cui all’inizio eravamo poco consapevoli e che abbiamo potuto apprezzare nel tempo.

Ma perché un gruppo di operatori ha scelto di fare una ricerca?

Tutti avevamo un interesse ai temi dell’alcol e del gioco d’azzardo, da punti di osservazione e di pratica professionale molto diversi; rapportati all’età anziana ci sembravano temi che si incontrano nei servizi ma che sono ancora poco conosciuti e studiati, quindi sommersi e sottostimati: temi sfidanti, presenti nel lavoro con le persone ma affrontati più con buon senso che con scientificità.

Quando il nostro gruppo si è formato, fra noi c’erano assistenti sociali in erba, alla prima esperienza di lavoro iniziata da poco o addirittura in attesa di discutere la tesi di laurea magistrale, accanto ad assistenti sociali con i capelli grigi o già bianchi; qualcuno ha alle spalle decenni di lavoro in servizi per persone anziane, qualcuno lavora nel servizio sociale ospedaliero, qualcuno nei servizi per le dipendenze. La diversità di età, anzianità professionale, saperi acquisiti in periodi storici e in contesti (formativi e di servizio) differenti è stata molto stimolante.

L’eterogeneità del gruppo ha rappresentato un punto di forza, perché accompagnata da altri elementi molto pregnanti: l’interesse ai temi indagati (dal punto di vista scientifico-culturale e delle possibili ricadute operative), l’apertura a mondi ed esperienze altrui, la curiosità e la voglia di conoscere ambiti di intervento e forme di espressione della professione diversi dai propri, un clima sempre sereno e collaborativo. Nel tempo abbiamo alternato momenti di lavoro individuale, in coppia, in trio, in gruppo esteso; abbiamo letto, pensato, scritto, discusso, in un contesto contrassegnato da confronto, riflessione, condivisione.

In fase iniziale, quando avevamo la sicurezza di un forte interesse al tema ma non riuscivamo ancora a individuare la strada, abbiamo scoperto, con sorpresa, che il punto di partenza era molto più sguarnito di

quanto ci immaginassimo (pochissimi testi e materiali sui temi oggetto del nostro lavoro): decidere di fare una ricerca, colmando un vuoto in cui potevamo esprimerci, sperimentare, esplorare e imparare, è stato non immediato ma “naturale”, quasi inevitabile.

Tranne Beatrice Longoni, nessuno fra noi aveva esperienza di ricerca: questo ha messo in campo da un lato l'entusiasmo di fare qualcosa di “non ordinario”, dall'altro l'inconsapevolezza sulle caratteristiche dell'avventura che stavamo intraprendendo insieme.

Abbiamo molto sottostimato l'enorme lavoro che ci attendeva e che è poi cresciuto sotto i nostri occhi: definire il disegno di ricerca, cercare e analizzare materiale bibliografico, costruire il questionario ha richiesto più di un anno; lo stesso tempo è stato necessario per passare dal questionario (o, meglio, dai questionari, visto la loro complessa articolazione), come un prodotto cartaceo pensato dal gruppo e condiviso al suo interno, a un prodotto condiviso con altri assistenti sociali e con altre figure professionali, poi informatizzato in collaborazione con i tecnici esperti e quindi finalmente pronto per essere veicolato on line alla comunità professionale.

Le ipotesi sul totale dei rispondenti al questionario erano state caute: il numero dei questionari raccolti ci ha sorpreso, ha riacceso l'entusiasmo e ha aperto scenari di grande ricchezza (ma di molto lavoro) sui dati, sulle informazioni, sulle risposte alle domande aperte complessivamente raccolti e sulle elaborazioni possibili. Poi è arrivata la pandemia, che ha travolto le nostre vite professionali e personali e le nostre esperienze individuali e collettive, ricerca compresa; ma abbiamo trovato modalità opportune per controllare e pulire i dati, elaborarli, stendere i testi di commento e condividerli nel gruppo. Il lavoro si è rallentato un poco nella primavera 2020, per poi riprendere in modo intenso.

Siamo stati “ricercatori” entusiasti e un poco ingenui perché inesperti, ma convinti, “sul pezzo”, sempre pronti a metterci in gioco e a contribuire al lavoro collettivo, ciascuno con il suo stile e le sue possibilità, nel contempo affidandoci alla sapiente conduzione di Beatrice Longoni e di Sara Pozzoni (che svolge il ruolo di referente esterno del gruppo per il Consiglio dell'Ordine) e al prezioso sostegno metodologico di Maria Cacioppo e Maria Pia May.

L'incontro con le metodologhe ha segnato un punto cruciale del nostro percorso: l'interesse ai temi, la disponibilità all'impegno, l'entusiasmo un po' incosciente da ricercatori inesperti ci avevano accompagnato nella prima fase di lavoro, lunghissima, in cui il centro della scena - dopo il disegno di ricerca e l'analisi bibliografica - era stato occupato dal questionario. Si faticava a capire se ciò che si era fatto andasse bene e il lavoro sembrava non finire mai: toglì, aggiungi, modifica, correggi il tiro... un “fai e disfa” obbligato, sostenuto dal confronto riflessivo nel gruppo, ma che è risultato faticoso, complicato, talvolta critico perché vissuto come un labirinto di cui non si intravedeva la via d'uscita. In quella fase ci sentivamo disorientati, un po' inadeguati rispetto al compito, anche se l'interesse ai temi indagati si manteneva forte.

Qui le metodologhe hanno apportato un contributo fondamentale: ci hanno rassicurato sul valore di pensieri ed esperienze dei professionisti sul campo, cioè delle impressioni e percezioni, oltre che dei dati oggettivi, su problemi ancora sommersi ma intuibili nell'incontro con le persone che avviene nei servizi; ci hanno accompagnato nella scelta di estendere il questionario a tutti gli iscritti all'Ordine, mentre i destinatari da noi individuati inizialmente erano gli operatori dei servizi per le dipendenze (non solo gli assistenti sociali) e gli assistenti sociali dei servizi sociali dei Comuni, singoli o associati, che si occupano di anziani; ci hanno aiutato nel definire efficaci percorsi di risposta alle domande del questionario, differenziandoli a seconda della condizione lavorativa e del servizio di impiego del rispondente. È stato come un giro di boa: da allora il lavoro è sembrato “in discesa”.

Solo a posteriori abbiamo potuto riflettere sul fatto che la fase di elaborazione e di messa a punto del questionario è stata molto lunga e laboriosa, attraversabile senza demotivarci grazie al sostegno reciproco e implicito fornito dalla coesione del gruppo, ma è risultata fondamentale: nelle fasi successive l'investimento sul questionario è stato ampiamente ripagato dalla ricchezza e dalla qualità di dati e informazioni raccolte.

Altrettanto lunga ma molto arricchente è stata la fase di stesura del testo dei report di ricerca, assunta da Beatrice Longoni ma condivisa passo passo nel confronto sulle scelte di fondo, nell'impostazione della struttura del testo, nella rilettura critica e riflessiva di ogni paragrafo.

La nostra inesperienza nella ricerca, l'incertezza della fase iniziale ci hanno aiutato nell'affidarci, nel farci guidare per gli aspetti più tecnici e metodologici della ricerca, in un percorso che si definiva man mano (una scoperta continua) e che ci ha dato ampio spazio negli aspetti più riflessivi e connessi alla pratica operativa. Nel gruppo abbiamo condiviso tanto: non solo ciò che si collegava direttamente ai temi di ricerca, ma anche una comune sensibilità ed empatia verso le persone anziane, un interesse profondo e a 360° verso i temi che riguardano la terza età; e poi la curiosità professionale, la voglia di conoscere e di approfondire, l'ascolto dei pensieri e delle esperienze altrui, la spinta a confrontarsi, il piacere di incontrarsi, lo stupore della permanenza di interesse ed entusiasmo nonostante la durata del lavoro di ricerca.

A prescindere da come e perché abbiamo aderito all'invito del CROAS Lombardia a far parte di un Gruppo Anziani, abbiamo vissuto questo contenitore spazio-temporale come un ambito di formazione, in cui poterci giocare nel ruolo duplice di chi riceve e chi dà. Abbiamo dato, preso e appreso fra noi, scambiandoci e condividendo nel cammino di ricerca contenuti, spunti di riflessione, riferimenti di vario genere, saperi diversi ma tutti utili e importanti, come se la ricerca fosse un binario parallelo che accompagnava la nostra vita professionale; abbiamo appreso dalle risposte al questionario da parte di centinaia di colleghi di vari servizi e territori, dalle videointerviste effettuate ad alcuni assistenti sociali per un riscontro sulle prime elaborazioni dei dati, dai confronti con i professionisti interpellati lungo il percorso, dalle metodologhe di ricerca, dagli assistenti sociali relatori negli eventi realizzati per presentare gli esiti della ricerca.

Questa esperienza è stata molto formativa, per ognuno di noi: abbiamo conoscenze più specifiche e più approfondite sia sul mondo degli anziani che su quello delle dipendenze, a prescindere da dove lavoriamo; abbiamo visto da vicino e ci siamo sperimentati in metodi, tecniche, strumenti che non avevamo ancora avuto occasione di utilizzare (l'elaborazione di dati di ricerca, la realizzazione di videointerviste, un certo tipo di tecnologia, la stesura di un report di ricerca...); siamo più consapevoli e più riflessivi; siamo più attenti e più sensibili rispetto ai temi affrontati, il che ci consente di effettuare colloqui più mirati, di osservare l'anziano con uno sguardo più fine, di orientarci meglio nell'individuare fattori di rischio e nell'intercettare precocemente situazioni problematiche riguardo al consumo alcolico e al gioco d'azzardo. Abbiamo avuto la possibilità di uno spazio propositivo e l'abbiamo usata costruendo insieme un luogo di pensiero riflessivo, che ha affiancato e accompagnato per alcuni anni la nostra pratica professionale quotidiana, influenzando positivamente sulla motivazione al lavoro di assistente sociale e fornendoci una pausa di sollievo dalla routine operativa, cui ritornare con altri sguardi, linguaggi, saperi; abbiamo praticato costantemente il confronto, soprattutto fra noi ma anche con altri; abbiamo ricevuto e fornito continuamente, a piccole dosi, stimoli e occasioni di conoscenza e di approfondimento, tramite la reciproca messa a disposizione di saperi ed esperienze storicamente collocati di cui siamo portatori; abbiamo acquisito uno sguardo più ampio sui fenomeni sociali e sulla professione, che ci ha permesso di prendere in considerazione sfaccettature prima tralasciate e di osservare da prospettive diverse le situazioni che ci impegnano nel servizio in cui lavoriamo; siamo stati anche, talvolta inconsapevolmente, agenti di sensibilizzazione di colleghi, parenti e amici cui raccontavamo di essere coinvolti in una ricerca su questi temi.

Per alcuni di noi si è trattato della prima esperienza non solo riguardo al fare ricerca, ma anche allo stare in un gruppo di lavoro concentrato su un compito.

Tutti abbiamo scoperto una modalità di usufruire della formazione diversa da quella a cui eravamo abituati (corsi e convegni): fare formazione in modo attivo è stata un'esperienza nuova, un modello da replicare e riportare anche in altre situazioni, una bella scoperta, dove il gruppo ha avuto sempre un grande valore.

Senza accorgercene il gruppo è diventato un motore sempre acceso e disponibile che alimentava una formazione “a pillole”, autoorganizzata: da ogni incontro è emerso qualche spunto collegabile alla pratica professionale di ciascuno, che poi veniva approfondito dal proprio PC di casa o del servizio.

Non sappiamo ancora se e come il nostro gruppo proseguirà nel percorso, dopo la pubblicazione e pubblicizzazione di questo report e la presentazione degli esiti della ricerca a diversi interlocutori, interni ed esterni alla nostra comunità professionale, tramite eventi in parte già realizzati e in parte programmati. In ogni caso concludiamo questa fase di lavoro molto soddisfatti, cambiati e arricchiti, dal punto di vista sia professionale che personale.

INTRODUZIONE

Alcol e gioco d'azzardo sono due temi accomunati da molti punti di vista:

- l'ampia diffusione nella popolazione;
- la presenza nella vita quotidiana e nei contesti domestici e collettivi;
- la connotazione di legalità del consumo e l'associazione a valori di normalità (convivialità, ricreazione);
- l'accettazione sociale;
- l'interesse di un'industria fiorente;
- il contesto favorente, se non promuovente;
- l'ambiguo messaggio della responsabilità individuale nel non superare la soglia invisibile che separa il consumo moderato da quello eccessivo;
- lo stigma e la vergogna che segnano chi beve e/o gioca troppo;
- il coinvolgimento delle famiglie ("intrappolate dalla bottiglia" e/o "giocate dal gioco");
- le ricadute degli eccessi nelle vite di molte persone (anche per i fenomeni di alcol passivo e di azzardo passivo) e nei costi, non solo economici, sostenuti dalla collettività;
- la strada ancora da percorrere riguardo alla dotazione di servizi dedicati e di operatori formati per occuparsi adeguatamente delle sofferenze di singoli e famiglie che cadono nella trappola del consumo non moderato.

Si tratta di vere e proprie questioni di salute pubblica, non ancora pienamente riconosciute come tali e spesso ricondotte a una sfera privata e individuale, misconoscendo le loro influenze sul tessuto sociale.

La linea che separa le pratiche considerate socialmente come innocue da quelle pericolosamente a rischio (cioè il confine fra normalità e disturbo) è molto sottile: individuare le situazioni problematiche non è semplice ma è fondamentale, per mettere a punto interventi di prevenzione, trattamento e riduzione del danno, dato che per entrambi i problemi la progressione è dal comportamento sociale a quello problematico e da qui al comportamento patologico.

Anche per la figura dell'assistente sociale l'alcol e il gioco d'azzardo sono spesso considerati temi di nicchia e molto raramente vengono correlati all'età anziana. La ricerca da cui deriva questo report intende avvicinare queste dimensioni apparentemente distanti fra loro, per due ragioni:

1. la necessità di ampliare lo sguardo ai problemi, generalmente ricondotti alla punta dell'iceberg, cioè alla fascia molto contenuta di persone con un consumo / comportamento problematico grave, che produce danni e compromissioni importanti in varie sfere della vita; come diremo, il problema riguarda in misura maggiore le persone - conosciute o estranee a chi beve e/o gioca - coinvolte nei fenomeni di sanità pubblica definiti "alcol passivo" (per incidenti stradali o sul lavoro, atti vandalici, risse e aggressioni fisiche, abusi sessuali e violenze, maltrattamenti domestici, problemi finanziari dovuti ad azioni compiute sotto l'effetto dell'alcol) e "azzardo passivo" (per furti di denaro o di futuro, falsificazioni, frodi e truffe, appropriazioni indebite, beni e redditi familiari dilapidati e aziende portate al fallimento, prestiti anche d'usura e sovraindebitamenti, atti violenti intra ed extra familiari, sofferenze psicologiche dei familiari); e ancor di più, coinvolge larghi strati di popolazione (anche anziana) che presentano un consumo alcolico ritenuto erroneamente moderato o sociale e/o che possono transitare da un comportamento problematico, poco considerato tale, a un comportamento patologico di gioco;
2. l'opportunità di utilizzare uno strumento diverso per leggere i problemi, intensificando pensieri e azioni di tipo preventivo e proattivo volti all'individuazione del sommerso e all'intercettazione precoce; un problema intercettato quando inizia a manifestarsi ma non si è ancora consolidato fa risparmiare costi di varia natura, a tutti i soggetti coinvolti (dalla qualità di vita di bevitori e giocatori e delle loro famiglie, fino ai costi sostenuti dal SSN e, a livello più ampio, dalla società intera); con

un'altra metafora, lo sguardo attraverso lo specchietto retrovisore è perdente, mentre quello attraverso il binocolo potrebbe essere più promettente, specie quando esistono già segnali di modifiche in atto o imminenti dei fenomeni.

Nel marzo 2021 a Vienna è stato presentato il rapporto 2020 dell'Organo Internazionale per il Controllo degli Stupefacenti (INCB) delle Nazioni Unite, che ha messo in luce la presenza di un'epidemia nascosta: il consumo di droghe fra le persone anziane (anche per effetto della progressiva entrata nell'età anziana dei cosiddetti *baby boomers*, culturalmente ed economicamente più propensi al consumo di droghe rispetto alle generazioni di anziani precedenti). Inoltre, riguardo all'alcol da tempo autorevoli organismi nazionali e internazionali (Istituto Superiore di Sanità, Istituto Nazionale di Statistica, Organizzazione Mondiale della Sanità) esprimono, anche per le stime quantitative della popolazione interessata, preoccupazione per le persone anziane, al pari della preoccupazione espressa per i giovani.

È quindi evidente che i servizi per le dipendenze dovranno sempre più porsi il problema di attrezzarsi a trattare in modo specifico e competente anche le persone di età avanzata, mentre i servizi per/con persone anziane - che nel sistema formale di aiuto incontrano gli anziani molto prima dei servizi per le dipendenze - dovranno ampliare lo sguardo a bisogni e fragilità delle persone anziane, includendo problemi che di solito vengono ricondotti alle persone giovani e adulte.

Gli effetti dell'alcol e del gioco d'azzardo sulla vita delle persone anziane sono meno visibili e fanno meno rumore: questo non può esimere la nostra comunità professionale dall'assumere uno sguardo attento e competente, in cui professionisti di diversa esperienza e posizione (esperti dell'età anziana, esperti delle dipendenze) possano condividere saperi, visioni e responsabilità verso persone vulnerabili e in sofferenza, specie se sole e a rischio di invisibilità.

Nel promuovere salute e benessere di persone, famiglie, gruppi e comunità rientra anche questo.

Il presente testo rappresenta il secondo report della ricerca condotta fra gli assistenti sociali lombardi, come spiegheremo meglio nelle note d'inizio, inquadrandolo nel percorso realizzato dal Gruppo Anziani dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia. Alcuni principi di riferimento:

- la consapevolezza di un diffuso e pregnante problema culturale, rappresentato dalla difficoltà (sia della popolazione, che degli operatori) a percepire come trasgressivi e pericolosi consumi e comportamenti considerati socialmente normali (qualcuno li definisce "spaventosa normalità"); è stata quindi prestata molta attenzione a veicolare nozioni, dati, informazioni che possano contribuire a far cogliere la natura e la portata di rischi e possibili danni;
- la multidimensionalità dei fenomeni e dei problemi, che rende necessario assumere uno sguardo pluridisciplinare sia alla lettura del fenomeno in generale e del problema riferito al singolo individuo, sia all'intervento preventivo o di cura; questo ha condotto a trattare e approfondire i temi indagati rifacendosi a una pluralità di voci e di contributi, di varia natura (storica, demografica, statistica, epidemiologica, sanitaria, psicologica, sociologica, politico-legislativa, economica);
- la necessità di un investimento di pari misura sui macro-temi oggetto della ricerca; si è cercato di dedicare pari attenzione all'età anziana da un lato, all'alcol e al gioco d'azzardo dall'altro, nella speranza di contribuire ad avvicinare questi mondi, ancora poco avvezzi al dialogo e al confronto nell'esperienza di servizi e operatori;
- infine, la circolarità prassi-teoria-prassi che caratterizza il lavoro dell'assistente sociale; questa ha spinto a riportare a un quadro teorico quanto emerso dalla prima elaborazione dei dati della nostra ricerca (oggetto del report 1) e quanto approfondito tramite le elaborazioni di secondo livello; in tale direzione, il presente testo si muove ripetutamente da un piano più generale e di contesto a un piano più specifico riferito alla nostra ricerca, per concludersi con un ampio allegato documentale in cui, per ogni provincia lombarda, vengono presentati in sintesi i dati demografici più significativi, le informazioni più salienti ricavate dalla nostra ricerca, il quadro dei servizi pubblici e privati accreditati e dei gruppi di auto mutuo aiuto presenti sul territorio che si occupano di alcol e/o di gioco d'azzardo.

NOTE D'INIZIO

La ricerca è idea e frutto del lavoro del sottogruppo “Gioco d’azzardo e alcol”, nell’ambito del Gruppo Anziani dell’Ordine AS Lombardia. Il Gruppo Anziani si è costituito nel 2017.

Il sottogruppo è composto da AS che hanno esperienza in servizi per/con persone anziane o in servizi per le dipendenze (custodia sociale e affidamento anziani, centro diurno integrato, servizi specifici per malati di Alzheimer, servizio sociale ospedaliero, nucleo operativo alcologia, servizio per le dipendenze), con funzioni operative o di coordinamento. I servizi di riferimento sono per lo più pubblici; sono ubicati a Milano città e provincia.

Come abbiamo già visto, l’idea della ricerca è nata nel 2017; a fine 2019, dopo un lungo lavoro di ricerca bibliografica, riflessione ed elaborazione di disegno e strumenti di ricerca, è stato somministrato il questionario on line, rivolto a tutti gli assistenti sociali iscritti all’Ordine lombardo.

Il primo report, pubblicato a fine 2020 sul sito dell’Ordine Assistenti Sociali Lombardia, costituisce la prima restituzione - alla comunità professionale, ma non solo - degli esiti della ricerca. Per facilitare il lettore, negli allegati di questo testo è stata inserita la versione “in pillole” del Report 1, in cui erano stati condensati gli elementi più significativi emersi dalla prima elaborazione dei dati.

Questo secondo report rappresenta l’esito di ulteriori elaborazioni e approfondimenti, anche a confronto con la letteratura scientifica, le pubblicazioni di istituti e osservatori nazionali, i dati e le informazioni derivanti da altre indagini, i documenti delle istituzioni competenti. Mentre il report 1 - al fine di restituire l’elaborazione dei dati raccolti consentendo una lettura per tipologia di rispondenti (AS dei servizi per le dipendenze, AS dei servizi per/con persone anziane, AS di altri servizi o altre situazioni) - è strutturato in sezioni corrispondenti alle sezioni del questionario, il report 2 è organizzato per temi.

Nell’intenzione di fornire un prezioso contributo formativo a lettori che possono avere conoscenze, competenze ed esperienze difformi, perché maturate in ambiti apparentemente lontani e finora poco avvezzi a un confronto costante, il report si apre con tre capitoli introduttivi (anziani, alcol, gioco d’azzardo): sono stati elaborati in modo da fornire una sintesi sui temi cuore della ricerca, che possa rappresentare una base solida per approcciarsi ai temi indagati con uno sguardo più ampio e fondato. Seguono poi i capitoli clou, riferiti alla diffusione dei problemi di alcol e di gioco d’azzardo nella popolazione anziana e ai punti di riflessione e questioni aperte, individuati dal sottogruppo durante la fase di elaborazione dei dati. Un ampio allegato è riferito ad approfondimenti territoriali, su base provinciale.

Un grazie sentito da parte di tutto il sottogruppo a tutti coloro che hanno contribuito e che contribuiranno a questo percorso e ai suoi frutti: figure di diversa professionalità (assistenti sociali innanzitutto, ma anche psicologi, medici, metodologi di ricerca, informatici), a diverso grado di vicinanza al CROAS Lombardia e ai temi indagati, che in vari momenti e con varie modalità (riunioni di confronto, revisione del questionario, accompagnamento metodologico e informatico alla somministrazione del questionario e all’elaborazione dei dati, interviste di commento agli esiti delle prime elaborazioni, relazioni in eventi formativi del CROAS di presentazione e restituzione della ricerca) hanno condiviso con il sottogruppo un cammino di esplorazione sensibile e attenta ai temi osservati, con uno sguardo partecipe, anticipatorio e orientato all’operatività.

Infine, due note per il lettore:

- in coerenza al quadro demografico ed epidemiologico presente al momento della somministrazione del questionario (fine 2019), nel testo ci si riferisce prevalentemente alla situazione pre-pandemia, tranne alcuni casi in cui il riferimento a quanto avvenuto negli anni 2020 e 2021, o alle ripercussioni previste per effetto della pandemia ma non ancora del tutto osservabili e misurabili, è apparso ineludibile e significativo;
- per alleggerire e facilitare la lettura del report, sono state riportate per esteso a fondo pagina solo le note relative a citazioni bibliografiche, rimandando alla fine di ogni capitolo le note che approfondiscono, contestualizzano o esemplificano quanto esposto nel testo.

1. GLI ANZIANI

Per la figura dell'assistente sociale, l'esperienza professionale con persone anziane è piuttosto frequente: ricerche svolte a livello nazionale o a livello lombardo evidenziano che è impiegato in servizi per anziani un numero consistente di professionisti, con percentuali sul totale degli assistenti sociali occupati come tali che risultano comprese fra il 23% e il 30%.

Tuttavia l'area anziani non sembra particolarmente attrattiva per i neo-laureati, e ancor prima per chi si immatricola al corso di laurea di servizio sociale¹: se ne sottovaluta complessità e fascino, immaginandola come un'area grigia e perfino deprimente, poco stimolante, poco contraddistinta da possibilità di sviluppo ed evoluzione per gli interlocutori e, riguardo invece agli assistenti sociali, poco pervasa da progettualità, creatività, flessibilità e sfida professionale. Coerentemente, sembra che non siano necessarie particolari conoscenze e competenze per lavorare in quest'area, a differenza di altre ritenute tout-court specialistiche e quindi maggiormente impegnative sul piano della progettazione, dell'intervento, della valutazione: questo si riflette sulla formazione continua² e sulla letteratura di servizio sociale.

Tutto ciò motiva e sostiene il presente capitolo, che propone indicazioni di organismi e istituzioni di livello nazionale e internazionale, spunti di riflessione, dati statistici ed epidemiologici, riferimenti culturali, narrazioni di esperienze e contesti specifici, con uno sguardo multidisciplinare e globale.

1.1. La definizione di anziano

La soglia di ingresso nella terza età è tema dibattuto da tempo e in parte controverso. La definizione più diffusa e ufficialmente adottata individua tale soglia nel compimento dei 65 anni³.

La grande differenziazione della popolazione anziana al suo interno ha indotto a suddividere gli anziani in sottogruppi, basati su fasce di età: 65-74 anni (giovani anziani o *young old*), 75-84 anni (anziani o *old*), 85 anni e più (grandi anziani o *old old*).

Il fatto che la fase finale della vita sia divenuta generalmente sempre più lunga e sempre più caratterizzata da uno stato di salute e di autonomia accettabili, oltre che da possibilità occupazionali e relazionali non di ripiego, ha determinato l'affermarsi di nuovi riferimenti, più dinamici e quindi più complessi di quelli tradizionali. A fine 2018 ha molto colpito l'opinione pubblica, anche per la risonanza sui media, la nuova definizione di anzianità proposta in occasione del 63° congresso nazionale della SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), cioè di innalzare la soglia di ingresso nell'età anziana ai 75 anni. Tale proposta - che trova conforto nelle analisi statistiche e demografiche⁴ - considera la soglia dei 65 anni anacronistica, per diversi motivi: le attuali condizioni funzionali, sia fisiche che mentali, delle persone fra i 65 e i 74 anni poste a confronto con persone della stessa fascia di età di soli pochi decenni fa; i tassi di multimorbilità e di ospedalizzazione, più elevati negli ultra75enni rispetto agli *young old*.

Secondo un'indagine presentata alla *London School of Economics*, condotta intervistando oltre 12.000 over 65 in diversi Paesi, 2 ultra65enni italiani su 3 dichiarano di non sentirsi affatto "anziani", 4 su 10 pensano che la vecchiaia inizi davvero solo dopo gli 80 anni⁵. Larga parte della popolazione considerata anziana in virtù dell'elemento anagrafico presenta infatti condizioni di salute e autonomia che, anche se non perfette, consentono una vita soddisfacente e di buona qualità: ciò spiega l'affermazione di "non sentirsi vecchi".

¹ Vedi note a fondo capitolo.

² Vedi note a fondo capitolo.

³ Vedi note a fondo capitolo.

⁴ Cfr. ISTAT, "L'invecchiamento sotto un'altra luce: un'analisi comparativa alle età equivalenti", in *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, pp. 18-19.

⁵ SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, *Quando si diventa "anziani"?*, Firenze 7/12/2018, p. 2.

1.2. Una popolazione sempre più vecchia, longeva e diversificata

1.2.1. Conseguenze e opportunità dell'invecchiamento demografico

L'invecchiamento demografico è un fenomeno progressivo, caratterizzato da molte sfaccettature e svariate conseguenze di grande impatto; talvolta viene indicato con la significativa espressione "rivoluzione della longevità". In sostanza gli anziani sono sempre più numerosi, sia in termini assoluti che in termini relativi, cioè rapportati al resto della popolazione; in genere vivono sempre più a lungo; come già detto, sono molto diversi dagli anziani di solo qualche decennio fa.

Spesso l'invecchiamento demografico viene presentato come un problema, sottolineando le ricadute economiche e sociali di grande portata che determina (rapporto sempre più sfavorevole fra popolazione in età attiva e popolazione in età pensionabile o già in pensione; riduzione e modifica di consumi, risparmi e investimenti; rischio di collasso del sistema pensionistico; aumento progressivo della spesa farmaceutica, della spesa sanitaria in genere, della spesa per servizi e prestazioni sociali; carico sempre maggiore di lavoro di cura sulle fasce adulte della popolazione; conseguenze sulla coesione sociale)⁶.

Dal punto di vista culturale non è ancora abbastanza diffusa l'idea che l'invecchiamento demografico rappresenti sul piano storico un'importante ricchezza e conquista sociale, un trionfo dello sviluppo umano, che apre a una grande sfida, da affrontare con responsabilità, intelligenza e lungimiranza.

Una visione miope considera poi le persone anziane come impossibilitate e incapaci di fornire un contributo alla società, focalizzando l'attenzione sulla minore partecipazione al mondo del lavoro⁷ che avviene al crescere dell'età⁸. In realtà le persone anziane forniscono molto spesso un contributo essenziale (diretto o indiretto), sia in termini familiari, che in termini economici e sociali, dato che il declino fisiologico delle capacità funzionali può essere compensato da conoscenza, competenza, esperienza, disponibilità di tempo, ausili e supporti tecnologici: gli anziani sono quindi una risorsa importante in termini di capitale sociale.

Molti anziani sono impegnati a livello sociale, con varie modalità (volontariato organizzato, cittadinanza attiva, partecipazione civica o associativa). Ancora più numerosi gli anziani che rappresentano una risorsa per la loro rete primaria, tramite contributi di vario tipo i cui effetti si espandono dalla cerchia familiare alla collettività; alcuni esempi:

- l'accudimento dei nipoti, che facilita e sostiene la partecipazione delle donne adulte al mercato del lavoro, la conciliazione vita-lavoro dei nuclei con figli non ancora autonomi, la crescita delle famiglie a doppio reddito (che sono a minor rischio di vulnerabilità e povertà); questo contributo risulta essenziale anche per la carenza, nel contesto italiano, di politiche incisive di conciliazione tra lavoro professionale e lavoro di cura familiare;
- il *caregiving* da parte del coniuge anziano convivente, che per diverse malattie (tipica è la demenza) consente di mantenere a lungo al proprio domicilio la persona malata, in moltissimi casi⁹;
- l'accoglienza nella propria abitazione di un figlio adulto già autonomo dalla famiglia d'origine, in una fase di passaggio (più o meno lunga) legata soprattutto a separazione coniugale imminente o recente; oppure l'ospitalità programmata di un nipote, per una maggiore vicinanza a un ateneo universitario o a una sede, anche temporanea, di lavoro;
- il reddito da pensione, che specie dopo la crisi economica iniziata nel 2007 ha rappresentato - per una maggiore stabilità e consistenza rispetto al reddito da lavoro, più soggetto a incertezza e riduzione - una fonte fondamentale e sicura di entrata, sia nei nuclei con persone anziane, sia in altri nuclei a questi collegati, riducendo il rischio di povertà per i non anziani.

⁶ Vedi note a fondo capitolo.

⁷ Vedi note a fondo capitolo.

⁸ Vedi note a fondo capitolo.

⁹ Vedi note a fondo capitolo.

In particolare, riguardo a quest'ultimo punto va sottolineato come la crisi economica esacerbata nel 2020 a causa della pandemia ha riguardato più i giovani, gli adulti e i tardo adulti che gli anziani, come evidenziato dal grafico seguente¹⁰: il peggioramento delle disponibilità economiche causato dalla pandemia non è correlabile a una diminuzione delle entrate, a parità di trattamento pensionistico, ma a un aumento delle uscite per affrontare nuove necessità direttamente o indirettamente legate alla situazione emergenziale (ad esempio acquisto di dispositivi di protezione individuale e di disinfettanti, ricorso a cure e accertamenti medici in regime privato per sospensione dei servizi pubblici non dedicati al Covid-19) oppure per aiutare figli e nipoti in difficoltà a causa della pandemia.

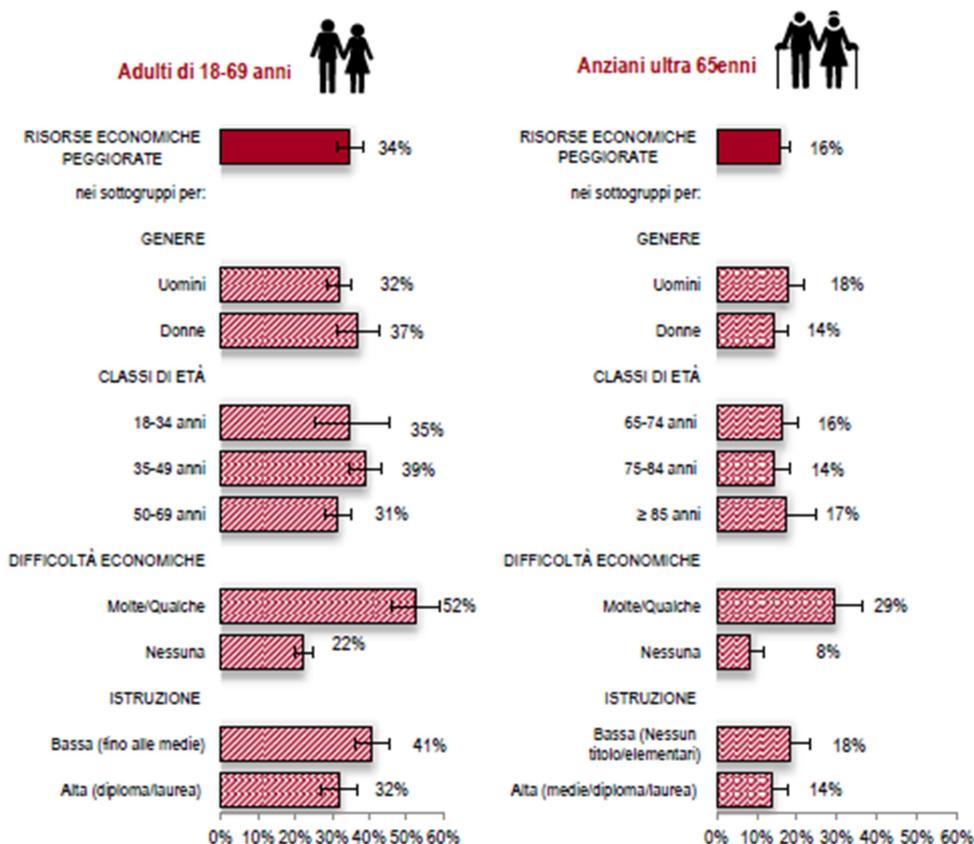


Figura 1. Impatto della crisi legata alla pandemia di COVID-19 sulle condizioni economiche nella popolazione adulta e anziana. PASSI e PASSI d'Argento 2020.

Affrontare le sfide e le opportunità poste dall'invecchiamento demografico è una responsabilità sia individuale che collettiva: richiede scelte e comportamenti delle persone orientate all'invecchiamento attivo (*active ageing*¹¹) e all'invecchiamento in salute (*healthy ageing*¹²), accompagnate e favorite da adeguate politiche economiche, sociali e sanitarie. Questo mix di pensieri e azioni responsabili e proattive dei singoli e delle istituzioni può consentire di immettere qualità e senso a esistenze sempre più longeve, ma purtroppo sembra ancora più un auspicio che un programma consapevole e strutturato: lo dimostrano anche i dati italiani posti a confronto con quelli di altri Paesi europei rispetto alla spesa sanitaria e, in particolare, alla spesa per gli interventi di prevenzione (pari a circa 66 € in Italia, 100 € in Germania, 115 € in Belgio, 131 € in Svezia)¹³.

¹⁰ ISS Istituto Superiore di Sanità - Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021*, rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021, Roma 2021, p. 7.

¹¹ Vedi note a fondo capitolo.

¹² Vedi note a fondo capitolo.

¹³ SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, *Quando si diventa "anziani"?*, Firenze 7/12/2018, p. 5.

Si stanno comunque compiendo dei passi, a tutti i livelli territoriali delle istituzioni: nel 2002 a Madrid, nell'ambito della seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento promossa dalle Nazioni Unite, è stato adottato il MIPAA (*Madrid International Plan of Action on Ageing*), piano di azione internazionale sull'invecchiamento; l'Unione Europea ha decretato il 2012 come "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà fra le generazioni"; nel 2018 il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha avviato, in collaborazione con l'istituto di ricerca scientifica INRCA, un progetto di coordinamento nazionale delle politiche e degli interventi sull'invecchiamento attivo, per delineare una strategia nazionale ai fini di un piano di azione che coinvolga tutti gli attori istituzionali e gli ambiti di *policy*, per poter agire in maniera integrata e coordinata (aspetto su cui c'è ancora molto da fare). Nel 2020 l'ISTAT, ponendosi con ciò all'avanguardia fra gli istituti di statistica europei, ha diffuso per la prima volta le elaborazioni riferite all'*Active Ageing Index (AAI)*¹⁴, uno strumento co-costruito a livello europeo, composto di 4 dimensioni (occupazione, partecipazione sociale, vita indipendente sana e sicura, ambiente favorevole all'invecchiamento attivo) e 22 indicatori. L'AAI potrà essere utilizzato dai *policy maker* per acquisire una visione puntuale del fenomeno dell'invecchiamento attivo, sia a livello nazionale che a livello territoriale¹⁵, utile a elaborare strategie adeguate per affrontare le sfide dell'invecchiamento demografico e il suo impatto sulla società: l'AAI potrà aiutare a individuare le dimensioni o i singoli aspetti su cui intervenire per migliorare il livello di invecchiamento attivo, a valutare i risultati conseguiti con l'adozione di politiche pubbliche per promuovere l'invecchiamento attivo, a conoscere dove e come l'attivazione di buone pratiche ha prodotto risultati soddisfacenti, a confrontare la propria situazione con quella di altri contesti (anche a livello internazionale)¹⁶. Questo, nelle intenzioni dell'ISTAT, contribuirebbe a creare una visione comune di ciò che deve essere fatto a livello di *governance* (locale, regionale e nazionale) e a chi competono le diverse responsabilità di azione per supportarsi a vicenda e ottenere un maggiore impatto sul benessere economico e sociale di tutta la popolazione e sul futuro del Paese.

Un testo molto recente della Commissione Europea¹⁷ sottolinea le nuove opportunità determinate dall'invecchiamento della popolazione: migliorare il sistema dell'istruzione e della formazione, nella logica del *lifelong learning*; creare nuovi posti di lavoro e aumentare la prosperità (grazie alla *silver economy*¹⁸, correlata a prodotti e servizi adatti alle esigenze e preferenze specifiche delle persone anziane, e alla *care economy*, cioè l'economia del lavoro di cura, con un enorme potenziale di offerte di lavoro nel settore sanitario e sociale); rafforzare la coesione sociale e la solidarietà intergenerazionale; promuovere l'equità sociale. L'apprendimento di conoscenze, abilità e competenze lungo tutto l'arco della vita (*lifelong learning*) e l'invecchiamento attivo (*active ageing*) sono indicati come le fondamenta delle politiche pubbliche in una società che invecchia, sottolineando l'interconnessione fra la salute e il benessere della popolazione anziana (dal punto di vista fisico, mentale e sociale) da un lato, la crescita economica e la prosperità del Paese dall'altro¹⁹.

Il *lifelong learning* riveste un'importanza sempre maggiore²⁰; favorisce l'aumento delle possibilità di occupazione, la partecipazione a un mondo in rapida evoluzione e trasformazione, l'apprendimento intergenerazionale (garantendo anche il trasferimento di conoscenze, abilità e competenze dagli anziani agli adulti di oggi e di domani), la coesione sociale, l'inclusione delle persone anziane, la prevenzione del declino cognitivo e degli stati ansioso-depressivi.

¹⁴ ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020.

¹⁵ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁶ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁷ European Commission, *Green paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations*, Bruxelles 2021.

¹⁸ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁹ Vedi note a fondo capitolo.

²⁰ Vedi note a fondo capitolo.

La *silver economy* può intrecciarsi all'evoluzione tecnologica e alla transizione digitale, se opportunamente riferite anche alla popolazione anziana (ad esempio case domotiche di supporto alla vita indipendente, tecnologie assistive, biciclette elettriche, automobili con caratteristiche e accessori facilitanti la guida, app dedicate per smartphone, telemedicina e teleassistenza, biosensori per diagnosi e monitoraggio a distanza). La *care economy*, legata anche alle necessità di *long term care* (LTC)²¹, vedrà uno sviluppo influenzato anche dalle crescenti difficoltà delle famiglie a garantire il *caregiving* in autonomia, soprattutto per l'allungamento e snellimento delle parentele e la trasformazione delle strutture familiari: un minor numero di figli per famiglia, con conseguente minor numero di fratelli o sorelle, cugini, nipoti fra cui condividere il carico di cura; un'età tendenzialmente più elevata alla prima gravidanza, che può delineare necessità di cure ai propri genitori anziani per giovani adulti non ancora all'apice della propria carriera lavorativa e con figli ancora piccoli; una maggiore possibilità di trovarsi ad accudire genitori grandi anziani da parte di figli tardo adulti ancora in età lavorativa²²; ulteriori elementi, quali i processi di scomposizione e ricomposizione dei nuclei familiari (per separazioni, divorzi, nuovi legami, famiglie allargate con fratelli o sorelle germani o unilaterali), la lontananza fra nuclei dovuta a scelte del luogo di residenza in base a esigenze lavorative, la partecipazione femminile al mercato del lavoro.

In tutto questo le politiche pubbliche possono giocare un ruolo fondamentale, tramite meccanismi fiscali, investimenti in ricerca e sviluppo, finanziamenti, progetti ad hoc; lo scenario è ormai chiaro e delineato: occorre passare dalle intenzioni alle azioni.

1.2.2. *Molti anziani, ma molto diversi*

La prospettiva dell'invecchiamento attivo aiuta a superare quella visione dell'età anziana che, ancora oggi, viene spesso associata a una fase finale e passiva dell'esistenza, segnata da bisogni di assistenza e da marginalità sociale, a favore di una visione della persona anziana come protagonista della vita sociale: in altre parole, da peso a risorsa. Ma nonostante se ne parli ormai da diverso tempo, questa prospettiva stenta ancora a diventare patrimonio collettivo consolidato.

Nell'opinione pubblica italiana è ormai un dato acquisito il fatto che gli anziani siano sempre più numerosi e longevi, ma non tutti riconoscono che il "pianeta anziani" è profondamente cambiato negli ultimi decenni: tuttora in molti permane l'immagine di anziani per lo più poveri, soli ed emarginati, fisicamente e psicologicamente decadenti, deboli, malati, consumatori di risorse pubbliche (per pensioni, farmaci, cure sanitarie e servizi sociali). Per definire questo perdurante atteggiamento di pregiudizio, discriminazione e svalorizzazione delle persone anziane è stata coniata, per assonanza e in analogia con razzismo e sessismo, la parola *ageismo*, ancora poco diffusa nel nostro Paese.

Una realtà molto diversa da quella presente in larga parte dell'opinione pubblica è mostrata dalle ricerche sociali e di mercato: l'interesse crescente, da parte dei media e del marketing, nei confronti della terza età è dovuto al fatto che le persone vivono più a lungo, hanno tempo libero e denaro da impiegare, e sempre più spesso cercano di utilizzare al meglio gli anni in cui possono dedicarsi a sé e ad attività soddisfacenti, rappresentando una nuova tipologia di consumatori. In proposito gli americani hanno coniato l'espressione *New Young Sixty-Seventies* (NYSS), per indicare coloro che ormai rappresentano la maggioranza degli anziani in salute e costituiscono un importante target pubblicitario e di mercato.

Accanto a figure tradizionali, connotate da caratteristiche antiche che talvolta scivolano in stereotipi (ad esempio approccio severo e sacrificale alla vita, religiosità tradizionale, disinformazione specie tecnologica), sono emerse infatti nuove tipologie di anziani.

In questa diversificazione sono intervenuti diversi fattori, a partire dal livello socio-culturale. Anche se la rivoluzione della scolarità di massa non ha ancora del tutto esplicito i suoi effetti, istruzione e cultura degli

²¹ Vedi note a fondo capitolo.

²² Vedi note a fondo capitolo.

over 65 risultano in costante aumento²³: mentalità, valori, atteggiamenti e comportamenti delle persone anziane - in coppia, famiglia, lavoro, tempo libero e relazioni sociali - si sono parecchio modificati.

Molte persone rientrano ora nella definizione di “anziani attivi”; si tratta di anziani che, pur lamentando qualche disturbo psicofisico, conducono un’esistenza serena, ricca di stimoli, improntata alla curiosità, alle relazioni e alla partecipazione sociale: una vita attiva e sana, talvolta perfino più di quella di persone in età giovane o adulta. Spesso consapevoli e grati per quanto ricevuto complessivamente dalla vita, questi anziani esprimono una qualche forma di restituzione sociale (di energie, risorse, competenze, disponibilità), che diviene fonte di autostima, serenità, riconoscimento, protagonismo attivo e solidale.

Altri appartengono alla tipologia dei “non vecchi”: persone che godono di buona salute, sono pienamente inserite nella realtà sociale, considerano l’età un semplice fatto anagrafico e mantengono comportamenti simili a quelli degli adulti e dei quasi anziani, talvolta sconfinando in atteggiamenti giovanilisti. In tal senso incide anche il contesto socio-culturale occidentale attuale, che misconosce il senso del limite ed enfatizza in modo eccessivo l’efficienza, oltre che la bellezza e la gioventù: in proposito lo psicoanalista e filosofo James Hillman ha affermato che bisognerebbe proibire la chirurgia cosmetica e considerare il lifting come un crimine contro l’umanità.

A fianco di queste due tipologie (gli “anziani attivi” e i “non vecchi”) permangono gli anziani definibili come “emarginati”: persone che per varie ragioni (cattivo stato di salute, scarso reddito, isolamento familiare e sociale, basso livello di istruzione) invecchiando diventano sempre più non autonome, incapaci di vita attiva e di partecipazione sociale. Possiamo far rientrare in questo gruppo anche le persone che hanno condotto un’esistenza difficile e a rischio di emarginazione, a causa di problemi socio-sanitari (come malattie fisiche, problemi psichici, dipendenze) che spesso le hanno tenute ai margini della vita lavorativa e sociale: i problemi che hanno caratterizzato l’esistenza di queste persone in età giovane e/o adulta - spesso compensati da familiari che nel tempo possono venire a mancare per morte, malattia o separazione - in età anziana possono diventare tali da compromettere la possibilità di una vita dignitosa.

Gli anziani, quindi, non sono tutti uguali, anzi costituiscono un gruppo molto diversificato. Le persone invecchiano in modi unici, che dipendono da un mix di fattori: genere, etnia, condizioni ambientali e sistema socio-sanitario del luogo di residenza, corredo genetico, stili di vita, eventuali patologie e disabilità funzionali presenti già in età adulta, reti relazionali, contesto familiare e sociale, condizioni economiche e abitative, occupazioni abituali, bagaglio culturale, esperienze professionali e di vita, abilità apprese nel tempo, strategie personali impiegate negli anni per conoscere se stessi e valorizzare le proprie risorse, aspettative e atteggiamenti nei confronti della vita stessa, sono tutti fattori che rendono le persone sempre meno simili, con l’avanzare dell’età.

L’invecchiamento è infatti un fenomeno complesso, in cui fattori biologici, psicologici e sociali si intrecciano continuamente, disegnando una trama esistenziale assolutamente unica e irripetibile.

1.3. La carta di identità degli anziani italiani

1.3.1. Ai primi posti nel mondo

Riguardo all’invecchiamento demografico l’Italia presenta valori molto elevati, al punto da risultare il Paese europeo più anziano e da contendersi con il Giappone il primato del Paese più longevo del mondo.

Le soddisfacenti condizioni di salute e benessere della popolazione sono correlabili a un sistema sanitario universalistico sostanzialmente buono, alla disponibilità di terapie efficaci, all’effetto protettivo di una rete familiare vicina e spesso presente lungo tutto l’arco della vita, a una situazione ambientale particolarmente

²³ Vedi note a fondo capitolo.

favorevole, al modello alimentare mediterraneo: questi sono i principali fattori che spiegano la posizione dell'Italia nelle classifiche europee e mondiali.

Nel nostro Paese gli over 65 sono attualmente oltre un quinto della popolazione; si prevede che nel 2040 diventeranno un terzo della popolazione totale.

1.3.2. Più femmine che maschi

Le femmine prevalgono sui maschi, in modo vistoso e progressivo all'aumentare della fascia di età. Hanno una maggiore speranza di vita dei maschi, sia alla nascita, che alla soglia della terza età²⁴.

Le differenze di genere si esprimono riguardo a diverse variabili, assumendo una connotazione particolare sullo stato civile: le donne anziane non coniugate - nubili, divorziate o vedove - sono quasi il quadruplo degli uomini anziani non coniugati. In particolare, la vedovanza è esperienza tipicamente femminile: sul totale delle persone vedove over 65, pari a poco più di 4 milioni, l'82% è rappresentato da donne.²⁵

L'essere non coniugati non coincide necessariamente con il vivere soli (per coppie di fatto in età anziana, convivenze con figli o nipoti, assistenze da badante convivente); tuttavia l'ultima parte della vita vissuta in solitudine è esperienza che si declina, generalmente, al femminile.

Questo aspetto prefigura scenari importanti, riguardo alle donne sole di età elevata, quindi a maggiore rischio di comorbidità e disabilità, che per vari motivi - minore retribuzione in età giovanile e adulta rispetto ad analoghe occupazioni maschili, lavoro domestico non retribuito, carriera lavorativa condizionata da crescita dei figli e cura di genitori e suoceri anziani - dispongono di carenti risorse economiche²⁶.

Più longeve degli uomini, le donne vivono un numero più elevato di anni in condizioni di salute via via più precarie: sono infatti maggiormente colpite da patologie croniche meno letali, che però insorgono più precocemente e diventano progressivamente invalidanti all'avanzare dell'età; sono, inoltre, maggiormente a rischio di depressione rispetto ai coetanei maschi.

1.3.3. Autonomia e salute, disabilità e fragilità

Per delineare questi temi ci riferiamo al sistema PASSI d'Argento: si tratta di un sistema di sorveglianza epidemiologica della popolazione anziana (esclusi gli anziani ospedalizzati e quelli residenti in RSA), affidato dal Ministero della Salute al CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2011 e riconosciuto come sistema a rilevanza nazionale con il DPCM 3/3/2017 su registri e sorveglianze. Strumento del SSN, è realizzato da Regioni e aziende sanitarie locali, tramite i dipartimenti di prevenzione.

Il sistema PASSI d'Argento individua il livello di autonomia della persona anziana utilizzando le scale BADL e IADL, due strumenti validati messi a punto negli anni '60 e molto diffusi:

- la scala BADL è riferita alle attività di base della vita quotidiana (igiene personale, vestizione, utilizzo dei servizi igienici, spostamenti in casa, continenza urinaria e fecale, alimentazione);
- la scala IADL indaga attività abituali di carattere strumentale (uso del telefono, spesa e acquisti, preparazione dei pasti, cura e governo della casa, lavaggio della biancheria, spostamenti fuori casa, assunzione dei farmaci, uso del denaro), valutando il livello di difficoltà incontrato nello svolgerle; a differenza delle attività indagate con la scala BADL, che possono risultare alterate solo quando la situazione è già decisamente compromessa, le attività indagate con la scala IADL possono alterarsi precocemente, perché richiedono un più elevato livello di integrità della funzione cognitiva: in altre parole, una persona potrebbe rivelare alla scala IADL una situazione di dipendenza e alla scala BADL una situazione di autonomia, poiché le attività strumentali della vita quotidiana sono le prime a subire la modificazione dello stato funzionale dovuta all'invecchiamento.

²⁴ Vedi note a fondo capitolo.

²⁵ ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, p. 23.

²⁶ Vedi note a fondo capitolo.

Riguardo agli anziani, la letteratura internazionale definisce la condizione di disabilità come la perdita di autonomia nello svolgimento anche di una sola delle sei attività fondamentali della vita quotidiana: dai dati di PASSI d'Argento 2016-2019 emerge che questa condizione riguarda il 15% degli over 65. Si rilevano differenze per età (48% degli over 85), genere (18% donne vs 11% uomini), condizione economica (27% con difficoltà economiche vs 10% senza difficoltà economiche), livello di istruzione (23% basso livello vs 8% alto livello).

La quasi totalità degli anziani con disabilità riceve aiuto (99%), ma più dalle reti primarie (94% familiari, 11% conoscenti) o da badanti (37%), che da operatori a domicilio (10%) o in un centro diurno (3%).

Il sistema PASSI d'Argento definisce anziano fragile la persona non disabile, cioè autonoma in tutte le attività di base della vita quotidiana, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse. Dai dati 2016-2019 risultano fragili circa 18 anziani su 100. Si rilevano differenze per età (11% degli *young old* vs 30% degli *old old*), condizione economica (28% con difficoltà economiche vs 13% senza difficoltà economiche), livello di istruzione (24% basso livello vs 13% alto livello).

La quasi totalità degli anziani con fragilità riceve aiuto (98%), ma più dalle reti primarie (94% familiari, 14% conoscenti) o da badanti (21%), che da operatori a domicilio (3%) o in un centro diurno (meno dell'1%).

Le condizioni di fragilità e di disabilità, dunque, interessano in modo significativo - comunque inferiore alla metà della popolazione anziana considerata - le fasce più elevate, cioè i grandi anziani.

Oltre a rappresentare le condizioni di disabilità e di fragilità, il grafico seguente²⁷ evidenzia altri elementi ritenuti rappresentativi della qualità dell'invecchiamento in epoca pre-pandemia: di particolare interesse, per i temi oggetto di questo testo, risultano l'isolamento sociale, rilevato nel 19% degli anziani, e i sintomi depressivi, emersi nel 13% degli anziani (entrambi questi valori si elevano al 31% per gli anziani con difficoltà economiche importanti). Riguardo all'isolamento sociale, già in epoca pre-pandemia il 21% degli anziani non aveva, nell'arco di una settimana-tipo, alcun contatto (neppure telefonico) con altre persone e il 71% non partecipava a incontri collettivi presso punti di aggregazione.

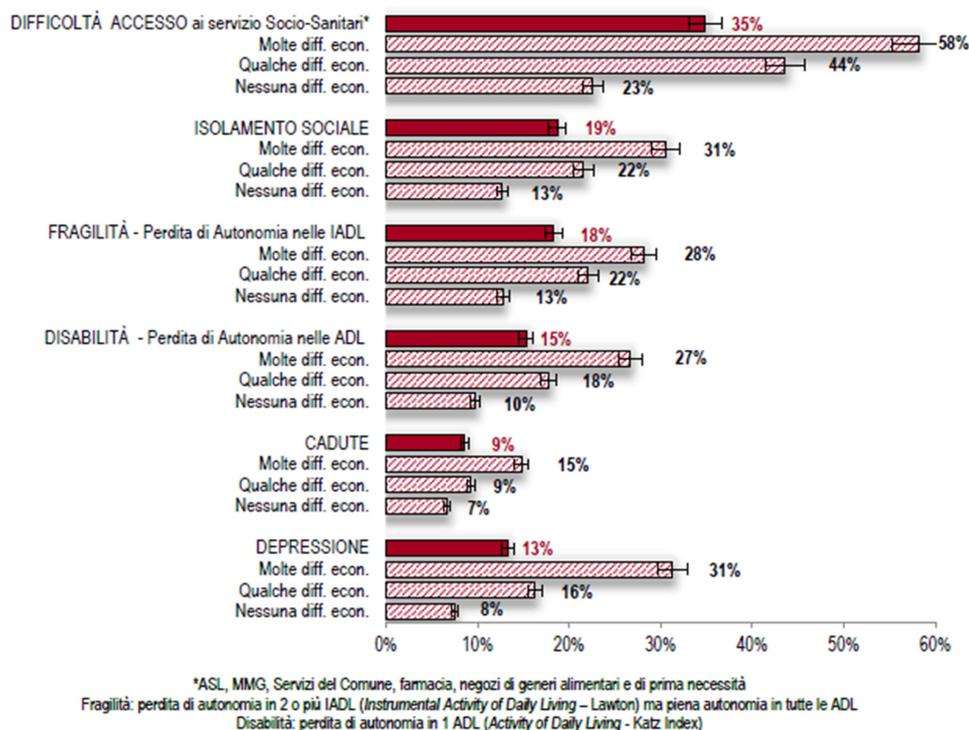


Figura A5.1. Ultra 65enni e la qualità dell'invecchiamento in Italia prima della pandemia. PASSI d'Argento 2016-2019.

²⁷ ISS Istituto Superiore di Sanità - Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021*, rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021, Roma 2021, p. 37.

In termini generali, studi degli anni '70 condotti in Paesi occidentali evidenziavano una visione pessimistica per il futuro, ipotizzando un forte aumento della disabilità nella popolazione, strettamente correlato all'invecchiamento demografico. È indubbio che in età anziana aumentino i rischi di malattia cronico-degenerativa (specie se età-correlata)²⁸, disabilità funzionale, fragilità e non autosufficienza; tuttavia, è ormai evidente che molta parte della popolazione anziana vive a lungo in condizioni di salute e di autonomia discrete o buone, che percepisce come tali.

Varie indagini su scala nazionale, realizzate da diversi soggetti (ISTAT, CENSIS, osservatori e centri di ricerca), evidenziano infatti che lo stato di salute percepito da parte delle persone anziane è generalmente buono o almeno soddisfacente²⁹. Il giudizio di stato di salute insoddisfacente aumenta progressivamente nelle fasce di età, raggiungendo i valori più elevati - ma molto inferiori alla metà della popolazione anziana considerata - fra gli over 85. Se ne deduce che le malattie croniche che affliggono molti anziani possono interferire relativamente con lo stato di salute percepito, se sotto controllo medico e farmacologico e quindi rese meno capaci di pregiudicare in modo significativo la qualità della vita.

In età avanzata è fondamentale agire nelle situazioni di fragilità, per evitare o procrastinare la cosiddetta "cascata della disabilità" o, ancora meglio, sfruttare al massimo la possibile reversibilità della fragilità stessa (se precocemente intercettata): questo contrastando deficit di massa muscolare e di funzione muscolare, cadute, iponutrizione proteico-energetica, iniziale decadimento cognitivo, politerapia farmacologica con prescrizioni centrate sul singolo problema e non su una visione del quadro complessivo. Come evidenzia la seguente figura³⁰, la fragilità è una sorta di "terra di mezzo", in cui è fondamentale intervenire con attenzione e tempestività, in ottica preventiva.

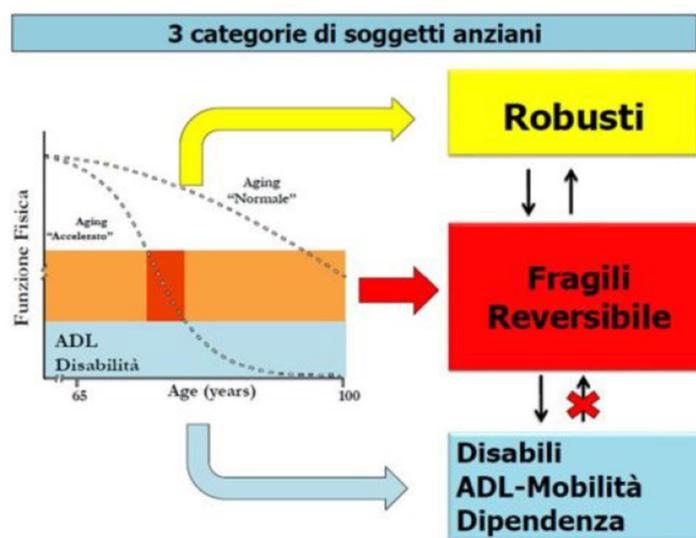


Figura 1 – La fragilità è uno stato reversibile

Per le persone anziane, prevenzione (anche terziaria), tempestività della diagnosi e terapie adeguate sono cruciali. A causa della pandemia, nel 2020 molti anziani hanno rinunciato a visite specialistiche e accertamenti diagnostici, come evidenziato dal grafico seguente; le incidenze maggiori sono state registrate fra gli anziani con molte difficoltà economiche e fra gli *young old*³¹.

²⁸ Vedi note a fondo capitolo.

²⁹ Vedi note a fondo capitolo.

³⁰ Palummeri Ernesto, Bianchi Claudia, "Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia", *I luoghi della cura*, n. 1, 2019, p. 3.

³¹ ISS Istituto Superiore di Sanità - Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021*, rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021, Roma 2021, pp. 11-12.

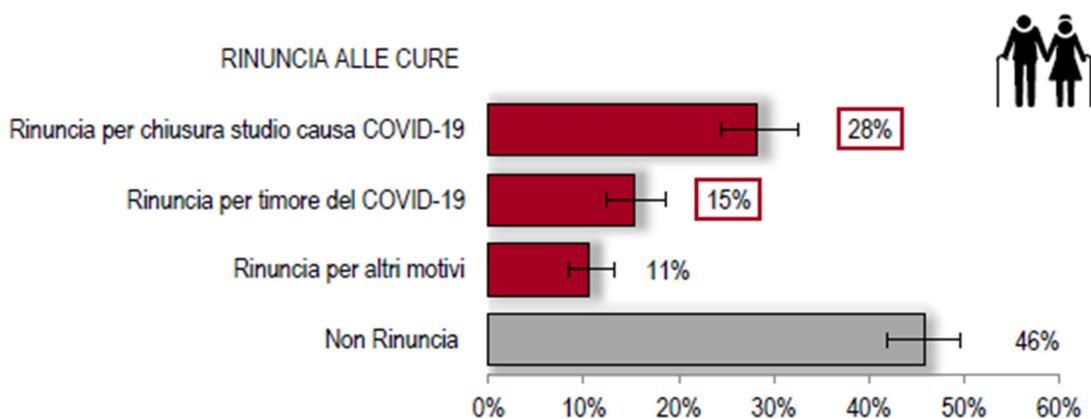


Figura 5. Rinuncia alle cure nell'anziano durante la pandemia di COVID-19. PASSI d'Argento 2020.

L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha imposto l'impiego di molte risorse del SSN nella gestione della pandemia, con notevole ritardo o vera e propria sospensione nell'erogazione di servizi e prestazioni non a carattere di urgenza oppure legati alla prevenzione (es. screening oncologici).

La rinuncia è stata determinata soprattutto da questo e, in misura alquanto minore, dal timore del contagio (specie per gli over 85) in ambienti ad alto rischio quali i presidi sanitari ospedalieri. L'accumulo di ritardi nell'accesso alle prestazioni sanitarie e l'allungamento delle liste d'attesa produrranno un danno in termini di salute pubblica, non ancora del tutto misurabile.

I minori accesso e fruizione dei servizi socio-sanitari, uniti a sospensione di servizi e iniziative aggregative e culturali, nonché alle restrizioni imposte (*lockdown*, isolamento prolungato, distanziamento, limitazione dei contatti familiari e sociali), hanno infatti prodotto e produrranno conseguenze importanti sulla salute e sull'autonomia degli anziani, che in questa pandemia - o, meglio, sindemia³² - stanno pagando costi enormi sia come perdita di vite, sia come peggioramento delle proprie condizioni e della qualità di vita.

1.3.4. Spesa sanitaria e consumo di farmaci

Gli over 65 sono i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie, specie riguardo alla spesa farmaceutica.

In epoca pre-pandemia da Covid-19, gli anziani rappresentavano quasi la metà dei ricoveri ospedalieri per acuti in regime ordinario e la stragrande maggioranza dei casi seguiti dall'ADI (assistenza domiciliare integrata).

La presenza di malattie croniche e di trattamenti multipli e concomitanti rende gli anziani la fascia di popolazione con il maggiore consumo di farmaci e i più alti livelli di spesa farmaceutica, come attestano i dati dell'Osservatorio sull'impiego dei medicinali in Italia (OsMed) dell'AIFA. Il rapporto riferito al 2019 (quindi in epoca pre-pandemia) conferma un andamento del consumo e della spesa crescente con l'età: nella popolazione anziana la spesa pro capite per i medicinali a carico del SSN è fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; per ogni over 65 la spesa farmaceutica è oltre 6 volte superiore rispetto alla spesa sostenuta per una persona di età inferiore. La popolazione anziana assorbe più del 60% della spesa farmaceutica e circa il 70% delle DDD (*defined daily dose*)³³.

Il consumo di farmaci aumenta con l'età fino alla fascia 80-84 anni, per poi ridursi leggermente; il calo è più sostanziale per gli over 95, dove il consumo torna ai livelli della popolazione under 65.

³² Vedi note a fondo capitolo.

³³ Agenzia Italiana del Farmaco - Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2019*, Roma 2020, p. 32.

Nel 2019 ogni utilizzatore over 65 ha assunto in media 8 diversi farmaci (in media 6 gli *young old*, 9 gli *old old*). Il 69% degli anziani ha avuto prescrizioni per almeno 5 diversi farmaci, il 30% circa degli anziani per almeno 10 diversi farmaci³⁴. Questi dati vanno correlati soprattutto alle condizioni croniche multiple, che richiedono trattamenti a lungo termine, con regimi terapeutici complessi: la pluripatologia determina la politerapia farmacologica.

In tali situazioni maggiore è il rischio di interazioni avverse, sia fra farmaci che con altre sostanze (tipicamente l'alcol).

1.3.5. Prevenzione primaria, salutogenesi e psicologia positiva

Le condizioni di malattia e di non autonomia che accompagnano l'invecchiamento della popolazione possono essere in larga parte prevenute, ritardate, contenute: un ruolo decisivo può essere svolto dalla prevenzione primaria, con benefici effetti sia individuali che sociali.

L'azione sui determinanti di malattia correlati agli stili di vita (alimentazione non equilibrata, fumo, consumo di alcol, sedentarietà) è auspicabile fin da giovani (*life course approach*), ma è ormai dimostrato che può risultare efficace anche dopo i 65 anni, per promuovere migliori condizioni di salute e minore carico di malattia.

Il consumo di alcol rappresenta la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco.³⁵

Un aspetto specifico riguarda chi vive in città: nella popolazione urbana si osserva un significativo aumento delle malattie croniche non trasmissibili (tumori, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici), in parte correlate a comportamenti individuali modificabili. L'OMS ha definito l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili che riguarda chi vive in città, cioè la metà della popolazione mondiale, come "la nuova epidemia urbana".

Il GBD Study - programma di studio su morbilità e mortalità, che coinvolge 145 Paesi - evidenzia che in Italia esistono ampi margini di miglioramento riguardo ai fattori di rischio modificabili, quantificando i decessi per cancro attribuibili a fumo, alcol ed elevati indici di massa corporea, e i decessi per malattie cardiovascolari attribuibili a sedentarietà e alimentazione inadeguata³⁶.

Per comportamento sedentario si intende l'insieme di attività che non aumentano il dispendio energetico al di sopra del livello di riposo (es. dormire, stare seduti o sdraiati, guardare la TV). La sedentarietà - aspetto che connota il nostro Paese rispetto ad altri - è confermata dal sistema PASSI d'Argento³⁷, secondo cui nel quadriennio 2016-2019 gli anziani italiani sono risultati tendenzialmente sedentari³⁸; per inciso, il 35% ha dichiarato di avere difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari o ai negozi di generi alimentari e di prima necessità. La partecipazione a eventi sociali (es. gite, soggiorni organizzati) o la frequenza a corsi di formazione coinvolge poco più di 2 anziani su 10 e risulta età-correlata (31% negli *young old*, 6% negli *old old*). Le situazioni critiche riguardano, nelle varie fasce d'età, gli anziani con status più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione.

La popolazione anziana è quella che trascorre il maggior numero di ore quotidiane davanti a uno schermo, come ben evidenzia il grafico seguente (che considera il tempo libero dagli impegni di studio e/o lavoro)³⁹.

³⁴ Agenzia Italiana del Farmaco - Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2019*, Roma 2020, p. 450.

³⁵ Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, *Piano nazionale della prevenzione 2020-2025*, Roma 2020, p. 27.

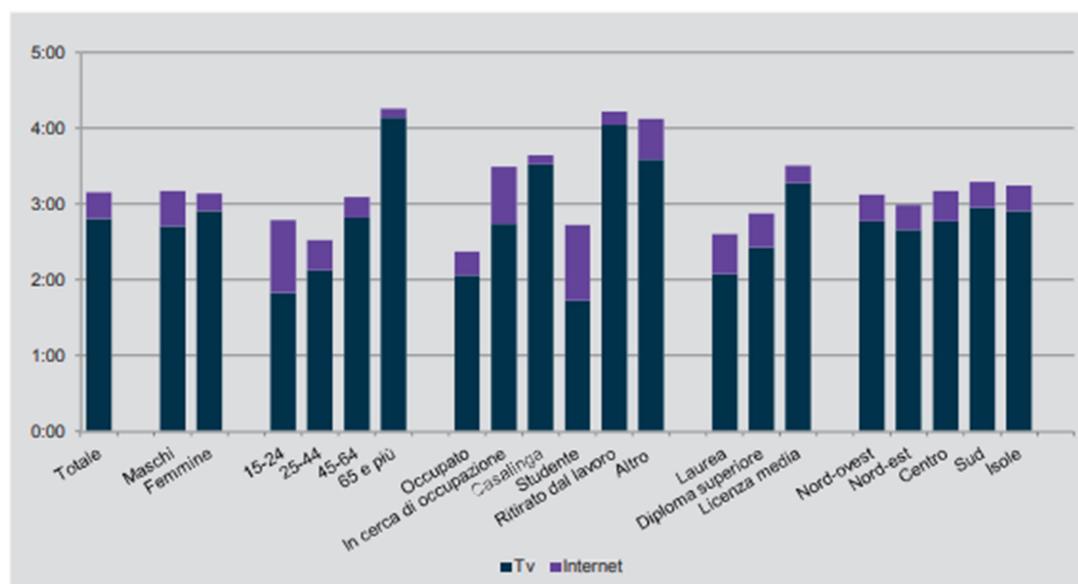
³⁶ GBD 2017 Italy collaborators, "Italy's health performance, 1990-2017: findings from the Global Burden of Disease study 2017", *The Lancet. Public Health*, vol. 4, 2019, pp. e645-e657.

³⁷ Vedi note a fondo capitolo.

³⁸ Vedi note a fondo capitolo.

³⁹ ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, *I tempi della vita quotidiana. Lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere soggettivo*, Roma 2019, p. 142.

Figura 5.25 - Tempo trascorso davanti a uno schermo dalla popolazione 15 anni e più per principali caratteristiche individuali - Anni 2013-2014 (durata media generica in ore e minuti)



Fonte: Indagine Uso del tempo

Se bambini e adolescenti sono oggetto di specifica attenzione da parte delle istituzioni e delle associazioni professionali, con raccomandazioni che invitano a moderare le attività di fronte a uno schermo (cellulare, PC, videogiochi), non altrettanto avviene per gli anziani riguardo alla TV: per loro il tempo non impiegato attivamente rischia di diventare in gran parte un tempo vuoto, un tempo libero passivo, che difficilmente può apportare benessere e che nel lungo termine può condizionare negativamente la salute fisica, psichica e sociale. Il tempo liberato dalla conclusione del percorso lavorativo e dalla riduzione degli impegni familiari dovrebbe invece essere opportunamente pensato e pianificato in una nuova prospettiva, in cui l'alternanza di impegno e di relax sia rivisitata e orientata a un atteggiamento consapevole della diversa fase di vita, ma non rinunciatario, inconcludente, senza meta se non quella dell'inattività e dell'isolamento.

I danni associati a un'eccessiva esposizione allo schermo televisivo non sono un'ipotesi: uno studio europeo condotto nel 2015 in un gruppo di uomini e donne di età compresa fra 65 e 84 anni, ha evidenziato che all'aumento del tempo trascorso davanti alla TV durante la giornata e la settimana corrisponde un peggioramento delle prestazioni cognitive e una maggiore incidenza di depressione⁴⁰.

Arrivando a un piano più generale, un approccio estremamente interessante, specie in età anziana, è quello della salutogenesi, che è stato teorizzato dal sociologo della medicina Aaron Antonovsky. Differenziandosi dall'approccio biomedico patogenetico che per lungo tempo ha considerato la salute come derivante dall'eliminazione dei fattori di rischio per le malattie, l'approccio salutogenico si focalizza sulle risorse che ciascuno può attivare e sui processi che promuovono la salute, intesa come salute complessiva (fisica, mentale, sociale e spirituale). Si tratta sostanzialmente di un cambiamento di prospettiva: dalla domanda "Quali sono le cause della malattia e come si possono prevenire?" alla domanda "Quali sono le fonti della salute, come si crea e come può essere rinforzata?".

Il pensiero salutogenico presuppone che tutte le persone siano più o meno sane e più o meno malate, quindi non alternativamente sane o malate, ma contemporaneamente sane e malate, dato che la fragilità è connaturata all'esperienza umana e che lo sguardo alla vita ha un'influenza positiva sulla salute: l'obiettivo è capire in che modo un individuo può diventare più sano o meno malato. In questo paradigma la salute è concettualizzata come un continuum salute---malattia, in cui ciascuna persona si può collocare in un dato

⁴⁰ Fumagalli Marco, "Non solo gioco. Anziani, televisione e rischio di teledipendenza?", in Croce Mauro, Arrigoni Fabrizio, *Gratta e perdi. Anziani, fragilità e gioco d'azzardo*, Santarcangelo di Romagna 2017, p. 87.

momento della sua vita: ciò significa che, in qualsiasi punto del continuum una persona si trovi, potrà sempre disporre di risorse e opportunità per spostarsi verso il polo della salute.

L'approccio salutogenico sottolinea l'importanza delle capacità delle persone di compiere scelte consapevoli di salute, identificando e mobilitando risorse interne (es. atteggiamenti, capacità vitali, forze interiori) e risorse esterne (es. beni disponibili nel contesto di vita, relazioni su cui contare, operatori e servizi del territorio), quindi sviluppando resilienza e un approccio proattivo. Non sono importanti solo le risorse e le opportunità disponibili in un certo contesto e situazione, ma anche le capacità delle persone di utilizzarle, per stimolare, rinforzare o recuperare salute e benessere, riuscendo a trovare soluzioni, risolvere tensioni, promuovere qualità della propria vita, sentirsi in pace con se stessi e con il mondo anche in presenza di malattia.

Coerentemente al pensiero salutogenico, il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 riorienta tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute, rendendo trasversale a tutti i macro obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment*⁴¹ e *capacity building*⁴² raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS. La promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo per prevenire le condizioni patologiche, ma anche per creare nella collettività e nei singoli un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute.

A completamento di queste riflessioni può essere interessante riferirsi alla psicologia positiva, un recente movimento orientato allo studio del benessere soggettivo. Presupposto di tale movimento è che il benessere e la qualità della vita sono concetti relativi: ognuno ne elabora un'interpretazione personale, valutando il proprio stato di salute, il proprio livello di soddisfazione, i traguardi raggiunti e gli obiettivi futuri in base a parametri che possono differire anche profondamente dalle condizioni oggettive in cui si trova; di conseguenza, i tradizionali indicatori oggettivi impiegati per misurare il benessere e la qualità della vita nella popolazione risultano insufficienti e vanno integrati con indicatori soggettivi.

La psicologia positiva si sviluppa a partire da due prospettive di base: la prospettiva edonica, comprendente studi orientati alla dimensione del piacere, inteso come benessere prettamente personale e legato a sensazioni ed emozioni positive; la prospettiva eudaimonica, orientata non solo alla soddisfazione individuale, ma anche a un percorso di sviluppo verso l'integrazione con il mondo circostante: si fa qui riferimento a un processo di interazione e di reciproca influenza fra benessere individuale e collettivo, tale per cui la felicità individuale si realizza nell'ambito dello spazio sociale.

Analogamente all'approccio salutogenico, la psicologia positiva fornisce contributi molto innovativi a livello teorico e applicativo, rappresentando un autentico capovolgimento di prospettiva: si privilegiano interventi finalizzati a valorizzare e stimolare le abilità, risorse e potenzialità della persona, anziché a ridurre o compensare le sue limitazioni. Inoltre, la prospettiva eudaimonica porta all'attenzione la relazione fra benessere del singolo e sviluppo della collettività.

Gli studi di psicologia positiva hanno evidenziato come il benessere psicologico abbia effetti positivi e protettivi sulla salute (riduzione del rischio cardiovascolare, protezione dai fattori infiammatori implicati nelle malattie croniche, minore rischio di deterioramento cognitivo). Gli interventi finalizzati a mantenere un adeguato livello di benessere psicologico possono quindi innescare, oltre alla percezione di una migliore qualità della vita, un effettivo processo di riduzione dei rischi di malattia.

Dal punto di vista della partecipazione sociale, è ormai scientificamente provato che la solitudine - riferita, più che a una condizione oggettiva (definita da situazione abitativa, stato civile e di convivenza, rete familiare e sociale), a una condizione soggettivamente percepita come fonte di malessere e di disagio - fa ammalare e può risultare addirittura mortale: indebolisce il sistema immunitario e quindi la protezione da

⁴¹ Vedi note a fondo capitolo.

⁴² Vedi note a fondo capitolo.

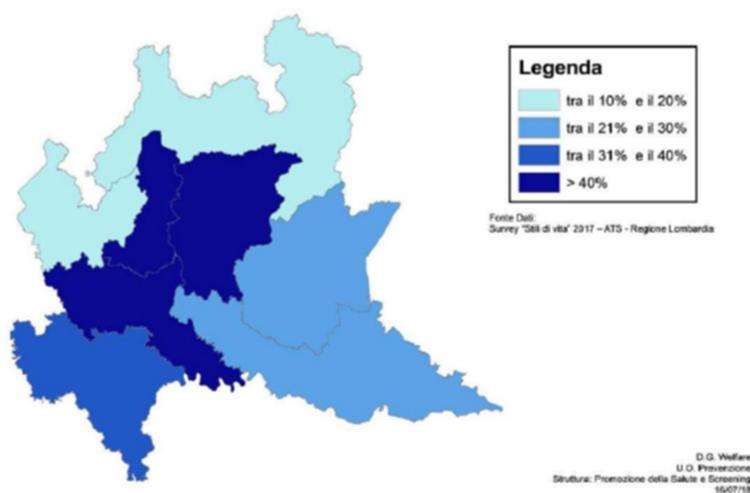
virus e batteri; determina l'infiammazione cronica dell'organismo, alla base di molte malattie (comprese patologie cardiovascolari, tumori, demenza e depressione); aumenta il rischio di morte prematura e riduce l'aspettativa di vita.

In questo senso si può parlare di un vero e proprio problema di sanità pubblica, specie riguardo agli over 75 e non solo in Italia: significativa a tale proposito è l'istituzione di un apposito Ministero dedicato al contrasto della solitudine, avvenuta nel 2018 nel Regno Unito (primo al mondo); analoga decisione è stata assunta nel 2021 dal Giappone. Numerosi sono i Paesi, soprattutto in Europa ma anche in altri continenti, che hanno iniziato ad affrontare il tema della solitudine commissionando studi e rapporti per conoscere e approfondire la diffusione del problema e per riflettere su come contrastarlo.

La solitudine affettiva, la mancanza o carenza di rapporti significativi, relazioni intergenerazionali assenti o difficili - ancor più se unite a fragilità psicofisica, situazione economica critica, scarso supporto sociale, vissuti negativi - possono produrre ansia e depressione, a loro volta scatenanti o rinforzanti malattie fisiche più o meno gravi. Le relazioni interpersonali, intergenerazionali e sociali hanno un'influenza decisiva sul benessere, sulla salute del corpo e della mente, sull'autonomia: in questa direzione la frequenza ad associazioni di e per anziani, gruppi di cammino, laboratori, centri diurni, università della terza età, visite guidate, gite, altre forme esperienziali e culturali di impiego positivo del tempo e di socializzazione può rappresentare una formidabile strategia di prevenzione da proporre sul territorio alle persone anziane, specie a coloro che vivono da sole e che non si impegnano spontaneamente e direttamente in attività di volontariato organizzato, cittadinanza attiva, partecipazione civica. In particolare, numerosi studi mostrano come l'arte e la cultura giochino un ruolo essenziale per la produzione di salute e benessere individuale, dimostrandosi spesso efficaci sia per ampliare le reti relazionali, sia per prevenire e alleviare sintomatologie fisiche e psichiche che possono presentarsi in tarda età.

Dal punto di vista delle risorse pubbliche da impiegare, alcuni degli interventi citati richiedono una spesa molto contenuta: a titolo esemplificativo, citiamo i gruppi di cammino, che riguardano trasversalmente molti soggetti (ATS, ASST, Comuni, associazioni di e per anziani, ecc.) nella fase di progettazione e promozione, e che risultano diffusi in modo disomogeneo sul territorio regionale, come dimostra il seguente grafico⁴³, presentando quindi ampi margini di investimento e di sviluppo.

Regional coverage



⁴³ Coppola Liliana et al., *Community programs to promote an active lifestyle. Lombardy's Walking Groups*, relazione a 10th IUHPE European Conference and International Forum for Health Promotion Research, 24-26/9/2018, Trondheim (Norvegia).

1.3.6. La vecchiaia fra agio e disagio

Come abbiamo visto, la tarda età non corrisponde necessariamente a non autonomia e disabilità: al contrario, la maggior parte degli anziani è oggi in grado di condurre una vita autonoma e soddisfacente, mantenendo uno stato di sostanziale benessere psicofisico e relazionale, pur in presenza di malattie e di deficit funzionali.

È proprio in età anziana che il concetto di salute evidenzia il significato culturalmente più avanzato che ha raggiunto: non l'antico concetto di assenza di malattie, non quello più moderno di stato di completo benessere psicofisico e sociale, ma quello più recente di situazione di equilibrio soddisfacente fra gli effetti delle malattie croniche e la loro compensazione, tramite adeguati trattamenti terapeutici, stili di vita adatti alle patologie in atto, atteggiamento positivo e proattivo. Un concetto di salute, quindi, in cui si valorizzano gli aspetti di ricerca di equilibrio nella malattia e nel limite, compensazione, adattamento.

L'aumentata aspettativa di vita, assolutamente inconcepibile nei secoli scorsi, può non avere una corrispondenza qualitativa: del resto, se non si visse sempre più a lungo, non si porrebbe il problema della qualità della vita in età avanzata. A questo proposito è divenuto famoso un obiettivo espresso dall'OMS: "Si è stati in grado di aggiungere anni alla vita; è ora necessario aggiungere vita agli anni." Il prolungamento della vita media è quindi, per la generalità della popolazione, un traguardo ampiamente raggiunto: il passo successivo riguarda la qualità della vita in età anziana⁴⁴.

Quando, in età ormai sempre più avanzata, si entra in una condizione di fragilità psicofisica o di disabilità vera e propria, la vita quotidiana diviene tanto più difficile quanto più affrontata da soli, per mancanza o fragilità di reti di sostegno primarie (basate sui rapporti familiari, parentali, amicali, di vicinato) e secondarie (basate sull'intervento di strutture associative, istituzioni, servizi e professionisti), in grado di cooperare fra loro in una prospettiva integrata di *community care*⁴⁵.

Non sempre chi è stabilmente in condizione di difficoltà può usufruire di un sistema di aiuto composito, cui concorrono sia reti primarie che reti secondarie. Come abbiamo visto, la maggioranza degli anziani può all'occorrenza usufruire di una rete parentale, che in un welfare familistico come quello italiano resta, di fatto, il più importante punto di riferimento: si tratta però, in molti casi, di una rete ristretta, composta da poche persone, e quindi fortemente a rischio di sovraccarico e di collasso. Inoltre, gli effetti protettivi e di sostegno sono qualitativamente diversi a seconda delle condizioni di salute, età, cultura, reddito, competenza del *caregiver*, oltre che delle relazioni pregresse e attuali nel nucleo familiare.

A parità di condizioni di fragilità, la presenza della rete parentale e le crescenti difficoltà economiche di persone e famiglie riducono in modo più o meno consistente il ricorso ai servizi socio-sanitari e la richiesta di ricovero definitivo in RSA. In questo senso incidono anche i cambiamenti avvenuti nelle politiche di welfare - investimento su erogazioni monetarie (indennità di accompagnamento, assegni di cura) più che sui servizi, polarizzazione del sistema fra servizi domiciliari e servizi residenziali - e nel lavoro di cura (mercato del badantato).

Il ricorso ai servizi - generalmente caratterizzati da insufficiente dotazione, eterogeneità e frammentazione - avviene in età sempre più elevata, da parte di grandi anziani che presentano tipicamente pluripatologia, elevato consumo di farmaci, alto livello di disabilità funzionale, deterioramento cognitivo. I bisogni sanitari e assistenziali importanti insorgono quindi a un'età sempre più avanzata ma, proprio per questo, tendono a caratterizzarsi per una maggiore complessità e globalità, ponendo in grande difficoltà sia il sistema famiglia, sia il sistema dei servizi.

⁴⁴ Vedi note a fondo capitolo.

⁴⁵ Vedi note a fondo capitolo.

NOTE AL CAPITOLO 1 - GLI ANZIANI

Nota 1

Si riporta qui un esempio emblematico sulla scarsa attrattività dell'area anziani, riferito a gruppi di matricole del corso di laurea in servizio sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. In tale contesto, il corso di "Guida al tirocinio" si realizza suddividendo il totale degli immatricolati in quattro gruppi, affidati ciascuno a un docente.

Nell'incontro di avvio vengono proposte alcune schede, per rilevare le informazioni di base all'inizio del percorso formativo: una domanda specifica riguarda le aree di interesse, con riferimento alle tipologie di cittadini e/o situazioni desiderate per il futuro lavorativo. Nei gruppi seguiti da Beatrice Longoni negli anni accademici fra il 2013/2014 e il 2020/2021, sono emerse le seguenti percentuali di interesse: 71% minori, 40% carcere, 31% dipendenze, 20% migranti, 15% disagio psichico, 12% disabilità, 10% anziani (totale studenti 347, possibili più risposte a domanda aperta).

Nota 2

Riguardo agli effetti del pensiero che non siano necessarie particolari conoscenze e competenze per lavorare in area anziani, a differenza di altre aree ritenute tout-court specialistiche, risulta illuminante una ricerca essenziale sulla banca dati degli eventi accreditati dal CROAS Lombardia, cioè delle iniziative di formazione continua con crediti per gli assistenti sociali: utilizzando come parole-chiave di ricerca soltanto i termini "anziani" e "minori", risulta che nei due trienni formativi conclusi, cioè il 2014-2016 e il 2017-2019, in Lombardia sono stati accreditati complessivamente 16 eventi contenenti nel titolo la parola "anziani" e 371 eventi contenenti nel titolo la parola "minori".

Nota 3

In passato si tendeva a fissare l'ingresso nella terza età alla soglia dei 60 anni - età in cui fino alla riforma previdenziale del 1992 potevano andare in pensione i lavoratori di sesso maschile - e a non differenziare questa larga fascia di popolazione al suo interno: ancora oggi alcuni si riferiscono, talvolta solo per tradizione non rivisitata, a questo termine di ingresso nella fase finale dell'esistenza. Per inciso, nel 2021 l'età pensionabile è fissata a 67 anni, sia per i maschi che per le femmine.

In termini storici e demografici, la soglia dei 65 anni era raggiunta nel 1960 solo dal 68% dei maschi e dal 79% delle femmine; è stata raggiunta nel 2018 dal 90% dei maschi e dal 94% delle femmine; si prevede sarà raggiunta nel 2060 (scenario mediano) dal 96% dei maschi e dal 97% delle femmine. Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, p. 15.

Nota 6

Alla consueta visione dell'invecchiamento demografico come problema, esistente da molto tempo, pare oggi aggiungersi una specifica eredità della pandemia: un interessante rapporto CENSIS evidenzia che il 39% della popolazione italiana (il 49% dei *millennial*, il 35% degli adulti, il 43% dei laureati) ritiene che nell'emergenza sia giusto che i giovani siano curati prima degli anziani; inoltre il 27% della popolazione (il 35% dei *millennial*, il 26% degli adulti) è convinto che la spesa pubblica per gli anziani, fra pensioni e sanità, sia eccessiva, a danno dei giovani. "È una inedita voglia di preferenza generazionale nell'accesso alle risorse e ai servizi pubblici, legata alla visione del longevo come privilegiato dissipatore di risorse pubbliche e che per la prima volta si esprime senza problemi: così, ben 5 giovani su 10 in emergenza vogliono penalizzare gli anziani nell'accesso alle cure e nella competizione sulle risorse pubbliche." Fonte: CENSIS-Tendercapital, Osservatorio Silver economy, *La Silver economy e le sue conseguenze nella società post Covid-19. Rapporto finale*, Roma 2020, p. 7.

Tutto ciò pone in evidenza la questione dell'equità intergenerazionale: la sfida è mantenere un livello adeguato di protezione sociale, senza gravare eccessivamente sulla popolazione in età lavorativa, in calo. Fonte: European Commission, *Green paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations*, Bruxelles 2021, p. 20.

Nota 7

In Lombardia, nel 2018 risultavano occupati il 57% dei 55-64 enni (65% nei maschi, 49% nelle femmine) e il 5% degli over 65 (8% nei maschi, 3% nelle femmine). Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche per la Famiglia, INRCA Health and Science on Aging, *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia*, Roma 2020, p. 2.

Nota 8

Culturalmente pesa ancora moltissimo la convinzione che, per il contributo fornito alla società, solo le occupazioni retribuite abbiano valore. Il modello di riferimento tradizionale che esprime il progresso di un Paese tramite il PIL, misurando l'attività economica nazionale solo attraverso le attività di produzione e lavoro comunemente intese, non considera il contributo apportato da pensionati attivi, volontari, persone di ogni età impegnate nel lavoro informale di cura o dedite ad attività culturali e sociali non retribuite; tutti soggetti che non rientrano nella "popolazione attiva", così come viene definita dall'ISTAT, ma che producono valore (anche economico) sia quando consentono alle persone rientranti nella "popolazione attiva" di conciliare lavoro e vita familiare, sia quando apportano conoscenza, competenza ed esperienza anche in termini intergenerazionali.

Nota 9

In Italia si stima che gli anziani non autosufficienti siano quasi 3 milioni, di cui il 90% assistiti al domicilio. Il tasso di copertura del bisogno dei servizi è calcolato in 27% per i servizi domiciliari (SAD e ADI), 1% per i servizi semiresidenziali, 9% per i servizi residenziali. Cfr. CERGAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale dell'Università Bocconi, *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Milano 2019 e *Rapporto OASI 2020. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Milano 2020.

Nota 11

L'*active ageing* è stato definito dall'OMS come il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, per migliorare la qualità di vita a età avanzata. Questo concetto è inteso in una prospettiva di corso di vita (cioè riferito non solo alla fase di vita anziana); enfatizza le capacità delle persone anziane di continuare a condurre una vita attiva, sottolineando i loro diritti e risorse e le possibilità della loro concreta partecipazione alla vita comunitaria.

Nota 12

L'*healthy ageing* è stato definito dall'OMS come il processo di sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali che consentono il benessere in età avanzata. Questo concetto include la prevenzione delle malattie croniche lungo tutto il corso della vita - e non solo in età anziana - e in tutte le sue forme (prevenzione primaria, secondaria, terziaria). Fra le regole per invecchiare in buona salute è compresa quella di ridurre l'assunzione di alcol, a qualunque età.

Nota 15

La prima regione italiana a dotarsi di una legge organica sull'invecchiamento attivo è stata l'Umbria nel 2012, seguita dal 2014 in poi da altre regioni (Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo, Lazio, Veneto, Campania, Calabria, Marche, ecc.).

La Regione Lombardia non ha emanato una legge organica; alcune leggi specifiche (LR 18/2015 sugli orti didattici e sociali, LR 35/2017 sull'agricoltura sociale), orientate a promuovere stili di vita salubri e inclusione sociale, e alcuni documenti di programmazione (es. Piano Regionale Prevenzione 2014-2018) possono essere ricondotti a logiche di invecchiamento attivo.

Nota 16

L'AAI riferito al 2018 colloca l'Italia al 17° posto nel ranking europeo, con un valore italiano pari a 33,8 e una media europea pari a 35,7; gli estremi del range sono rappresentati dalla Grecia (27,7) e dalla Svezia (47,2). Il valore massimo del punteggio è pari a 100 (obiettivo ipotetico, desiderabile ma non realisticamente raggiungibile da alcun Paese). Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, p. 37 e 40.

A livello regionale, la Lombardia si colloca in un folto gruppo di regioni (insieme a Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto) che consegue un AAI intorno a 35; nel panorama italiano gli estremi del range sono dati dalla Campania (29,6) e dalla provincia di Bolzano (40,3). L'AAI risulta correlato sia al PIL pro capite a livello regionale, sia all'indicatore BES per la qualità dei servizi a livello regionale.

Quasi ovunque si rilevano differenze di genere: l'AAI complessivo è inferiore per le donne rispetto agli uomini, con grandi differenze sul territorio (media nazionale: -5,3 punti; range: 0 punti Valle d'Aosta, -7,8 punti Calabria; in Lombardia: -4,7 punti).

Riguardo ai quattro domini che compongono l'AAI complessivo, nella graduatoria nazionale la Lombardia occupa l'11° posto per l'occupazione, il 6° per la partecipazione sociale e per la vita indipendente sana e sicura, il 4° per l'ambiente favorevole all'invecchiamento attivo.

Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, pp. 48-57.

Nota 18

La *silver economy* può essere definita come il complesso di attività economiche rivolte specificamente alle persone con 65 anni o più che cessano in parte o in toto l'attività lavorativa, passando da uno stile di vita attivo a uno stile di vita "differentemente attivo". A titolo esemplificativo, rientrano nella *silver economy* il turismo per over 65 (in grande crescita prima della pandemia), il settore alimentare (con pasti porzionati e diete specifiche), il settore abbigliamento e calzature (con prodotti comodi e facili da indossare), i servizi di assistenza specifica riguardo a trasporti, banche e assicurazioni. Fonte: Osservatorio sulla spesa pubblica e sulle entrate 2020, *Silver Economy, una nuova grande economia. Le opportunità dell'invecchiamento in ottica sociale, economica e di sostenibilità*, Centro studi e ricerche Itinerari Previdenziali, Milano 2020, p. 7 e 80.

Nota 19

In una logica di *active ageing*, adeguate politiche e interventi concreti devono interessare la popolazione già a partire dai tardo adulti, con effetti positivi per i singoli individui, le istituzioni pubbliche e le imprese private.

A livello micro, paradigmatico risulta l'esperimento condotto dall'azienda automobilistica BMW nel 2007, con una linea di produzione composta esclusivamente da lavoratori over 50. Attraverso il loro coinvolgimento, unitamente all'intervento di tecnici e fisioterapisti, e con un investimento molto modesto sono state modificate l'organizzazione e le attrezzature di lavoro (pavimenti in legno, calzature e sedie ergonomiche, monitor orientabili, pause cadenzate). Risultato ottenuto: una diminuzione delle patologie e un forte incremento della produttività.

Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, p. 72.

Nota 20

Finora purtroppo il *lifelong learning* è più una dichiarazione di intenti, che un programma realmente perseguito: la situazione presenta ampi margini di miglioramento. In Italia il livello di partecipazione al *lifelong learning* (considerando tutto l'arco della vita) nel 2018 risulta infatti pari all'8% (media europea dell'11%). La partecipazione al *lifelong learning* è pari al 5% nella fascia 55-64 anni e al 2% nella fascia 65-74 anni: nel nostro Paese, più sale l'età e più diminuisce la partecipazione ad attività formative.

Maggiori tassi di partecipazione riguardano le donne, le persone con un livello di istruzione più elevato, le persone ancora occupate nel mercato del lavoro (specie professionisti, tecnici, manager e dirigenti, impiegati). Le persone più vulnerabili e a maggiore rischio di isolamento e di declino cognitivo, in quanto tali con maggiori bisogni di formazione, sono purtroppo quelle meno coinvolte in attività formative, più o meno strutturate e formali.

Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, pp. 108-112.

Nota 21

Esistono numerose definizioni di assistenza a lungo termine (LTC, *Long Term Care*). L'OECD definisce la LTC come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di temine predefinita", includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto sia nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi, vestirsi (*Basic Activities of Daily Living*, BADL) sia in attività quali cucinare, usare il telefono, fare acquisti e gestire il denaro (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADL).

L'insieme delle prestazioni di LTC è molto eterogeneo (da prestazioni di carattere sanitario ad alto contenuto specialistico a prestazioni di carattere assistenziale con modesta specializzazione); contiene almeno quattro tipi diversi di aiuto: supporto medico e infermieristico, cura della persona, aiuto domestico e supporto sociale.

Gli Stati Membri dell'UE utilizzano diverse definizioni di LTC: le differenze ricorrono nel determinare la durata della degenza, nell'identificare il destinatario delle cure, nel classificare i servizi forniti compresi nell'assistenza a lungo termine. Perciò la LTC è spesso definita come un insieme di servizi sanitari e sociali erogati per un periodo di tempo prolungato a soggetti che necessitano di un'assistenza continuativa di base, a causa di disabilità psicofisiche.

Fonte: Burgio Alessandra et al., "La relazione tra offerta di servizi di *Long Term Care* e i bisogni assistenziali dell'anziano", *Contributi ISTAT*, n. 4, 2010, pp. 9-10.

Nota 22

Per rappresentare in qualche misura il fenomeno dell'accudimento di genitori grandi anziani, da parte di figli tardo adulti ancora in età lavorativa, viene utilizzato un indicatore, il *Parent Support Ratio*, che rappresenta il rapporto fra persone di età pari o superiore a 85 anni e persone di età compresa fra 50 e 64 anni. In Italia questo rapporto era pari al 3% nel 1960; attualmente supera il 16%; si prevede che nel 2060 (scenario mediano) sarà pari al 48%.

Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, p. 17.

Nota 23

Nonostante la rivoluzione della scolarità di massa non abbia ancora del tutto esplicitato i suoi effetti, sono comunque evidenti gli effetti dovuti ai più elevati tassi di istruzione dei *baby boomers*, nati fra il 1946 e il 1965, che man mano sono passati nella fase anziana della vita: i dati riferiti al titolo di studio più elevato degli *young old*, degli *old* e degli *old old* sottolineano che nel tempo diminuisce in modo importante la quota di *young old* con un titolo fino alla licenza media, a favore di quelli con diploma superiore o laurea. Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, pp. 26-28.

Questo è molto importante: a un livello di istruzione più alto corrispondono infatti maggiori opportunità socio-economiche, stili di vita più salutari, livelli più elevati di accesso e fruizione consapevole di beni e servizi (culturali, sanitari, ecc.) e di partecipazione attiva alla vita comunitaria e sociale.

Nota 24

Gli anni di vita mediamente a disposizione per un 65enne erano nel 1960 circa 13 per i maschi e 15 per le femmine; attualmente sono circa 19 per i maschi e 23 per le femmine (di cui, per entrambi i generi, circa 10 anni senza limitazioni nelle attività); si prevede che nel 2060 (scenario mediano) gli anni di vita attesi a 65 anni saranno circa 22 per i maschi e 26 per le femmine. Allo stato attuale la maggiore longevità non avviene a scapito della durata degli anni di vita in buona salute, che risultano invece in lieve aumento sia per i maschi che per le femmine.

Fonte: ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, pp. 15 e 20-21.

Nota 26

Il disporre di carenti risorse economiche da parte delle donne di età elevata è un fenomeno che travalica i confini del nostro Paese: nell'Unione Europea le pensioni delle donne sono in media inferiori di circa 1/3 rispetto a quelle degli uomini.

Fonte: European Commission, *Green paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations*, Bruxelles 2021, p. 11.

Nota 28

Esempio tipico di malattia cronico-degenerativa età-correlata è dato dalla malattia di Alzheimer e dalle altre forme di demenza, che causano una progressiva dipendenza dagli aiuti, prima per le IADL e poi per le BADL.

Nota 29

Rifacendosi di nuovo ai dati di PASSI d'Argento, in Italia nel periodo 2016-2019 l'87% della popolazione anziana ha espresso un giudizio positivo sul proprio stato di salute: 38% "molto bene" o "bene", 49% "discreto".

Per inciso, migliore è la situazione in Lombardia, dove nel 2018 il giudizio pari a "molto bene" o "bene" è stato espresso dal 43% degli over 65. Nella nostra regione il 13% delle persone anziane (10% nei maschi, 15% nelle femmine) si è espresso con un giudizio pari a "male" e il 3% (2% nei maschi, 4% nelle femmine) con un giudizio pari a "molto male".

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche per la Famiglia, INRCA Health and Science on Aging, *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia*, Roma 2020, p. 2.

Nota 32

Il concetto di pandemia espande quello di epidemia (infezione contagiosa che si propaga piuttosto rapidamente in una certa popolazione), inglobando ulteriori aspetti quali la diffusione in diverse aree geografiche del mondo, un alto numero di casi gravi e una elevata mortalità.

Il concetto di sindemia, elaborato dall'antropologo della medicina Merrill Singer nel 1990, propone una diversa chiave di lettura, correlando la pandemia ad altre patologie (trasmissibili e non trasmissibili), con uno sguardo che si allarga alle dimensioni ambientali, economiche, sociali, psicologiche, relazionali. In tale prospettiva è quindi possibile leggere le ripercussioni della pandemia su fasce di popolazione e su singoli individui considerando le situazioni di fragilità e vulnerabilità, le disparità fra singoli e fra gruppi, le disuguaglianze profondamente radicate che caratterizzano la nostra società, le politiche e i fenomeni che si sono diffusi e implementati ancor prima del virus (ad esempio il capitalismo rapace, l'imperialismo neocolonialista, i fondamentalismi religiosi, l'incuria delle risorse naturali).

Fonte: voce "Sindemia" in *Neologismi*, Istituto Treccani, 2020.

Nota 37

Per l'attività fisica, il sistema PASSI d'Argento ricorre al PASE (*Physical Activity Scale for the Elderly*), uno strumento specifico per la popolazione anziana validato a livello internazionale. Il PASE consente di "quantificare" i livelli di attività fisica raggiunti dagli ultra65enni considerando le attività svolte comunemente dagli anziani (passeggiare, dedicarsi al giardinaggio, curare l'orto, svolgere attività domestiche o piccole riparazioni, prendersi cura di altre persone), senza enfatizzare le sole attività sportive o ricreative (es. ballare) che pure vengono prese in considerazione.

Fonte: ISS Istituto Superiore di Sanità - Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021*, rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021, Roma 2021, p. 33.

Nota 38

Nel 2020, anche per effetto della pandemia, sono stati sedentari circa 7 su 10 over 75, contro circa 2 su 10 adolescenti e giovani fino a 24 anni.

Fonte: ISTAT, *BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma 2021, p. 52.

Nota 41

Il concetto di *empowerment*, sviluppatosi principalmente nella psicologia di comunità e poi diffusosi in molti ambiti disciplinari (es. sociologia, politica, psicoterapia, pedagogia), è applicabile sia ai singoli individui che ai contesti collettivi. Aspetto trasversale ai diversi approcci e ambiti è il passaggio da una cultura del bisogno, dell'incapacità, dell'assistenza a una cultura della possibilità, del riconoscimento di competenze e risorse di individui e ambienti di vita, cioè da un'ottica puramente riparativa a un'ottica emancipatoria.

In questa direzione diventa essenziale che ogni pensiero, ogni azione, ogni intervento riconosca, promuova e garantisca il potere dell'interlocutore / destinatario (cittadino, utente, paziente).

Nota 42

L'espressione *capacity building*, che significa letteralmente "costruzione delle capacità", è utilizzata spesso insieme a *capacity development* (sviluppo) o *capacity strengthening* (rafforzamento), per indicare un processo continuo di miglioramento delle persone che avviene all'interno di un'organizzazione. Tale processo può essere potenziato o accelerato da apporti esterni, in grado di favorire il rafforzamento delle potenzialità attraverso l'utilizzo di capacità già esistenti.

Nota 44

Il Piano di azione europeo per l'invecchiamento attivo e in buona salute nel periodo 2012-2020 poneva l'obiettivo, da raggiungere per il 2020, di aumentare di 2 anni la vita in buona salute dei cittadini europei. A tale fine erano state individuate tre aree tematiche: prevenzione e promozione della salute, *care* e cura, vita attiva e indipendente della popolazione anziana.

Nota 45

Per *community care* si intende un orientamento diffuso negli Stati di welfare occidentali, che nell'organizzazione delle attività di tutela e assistenza a favore delle persone più fragili assegna priorità all'esigenza fondamentale per queste persone di vivere, da un punto di vista sia geografico che culturale, nella comunità locale di appartenenza, piuttosto che essere reclusi in residenze di grandi dimensioni in cui giocoforza tempi e attività sono definiti con riferimento a esigenze di organizzazione razionale del lavoro e delle risorse disponibili.

Nel concetto di *community care* rientrano quindi tutte le forme di cura non macroresidenziali, riconducibili ai mondi vitali entro la propria comunità locale.

2. L'ALCOL ⁴⁶

Per la figura dell'assistente sociale, il tema dell'alcol appare "di nicchia", quindi poco affrontato nella formazione di base (sia riguardo ai corsi disciplinari, sia riguardo soprattutto ai tirocini professionalizzanti): non si considera che nel nostro Paese il consumo di alcol - la sostanza psicoattiva più diffusa e usata al mondo - riguarda tutta la popolazione e quindi, potenzialmente, tutti i cittadini e le famiglie con cui gli assistenti sociali entrano in contatto nel loro lavoro, a prescindere dal servizio di impiego.

Un salto culturale necessario, anche nella nostra comunità professionale, è rappresentato dallo sguardo al tema del consumo alcolico: è fondamentale infatti assumere uno sguardo che risulti coerente a quanto ormai evidenziato dai dati epidemiologici. Il problema alcol viene generalmente ricondotto alla punta dell'iceberg, cioè alla fascia molto contenuta di persone con un consumo problematico grave, che produce danni e compromissioni importanti in varie sfere della vita. Ma il problema riguarda in misura maggiore le persone - conosciute o estranee a chi beve - coinvolte nel fenomeno di sanità pubblica definito "alcol passivo" o "di seconda mano" (per incidenti stradali o sul lavoro, atti di vandalismo, risse e aggressioni fisiche, abusi sessuali e violenze, maltrattamenti domestici, problemi finanziari dovuti ad azioni compiute sotto l'effetto dell'alcol); e ancor di più, coinvolge larghi strati di popolazione (anche anziana), che presentano un consumo ritenuto erroneamente moderato o sociale.

Nella ricerca condotta fra gli assistenti sociali lombardi, cui questo report si riferisce, l'attenzione si è concentrata sulle persone anziane interessate dal fenomeno del bere tardivo (*late-onset drinkers*), per le quali risulta cruciale un intervento tempestivo e sinergico che riguarda non solo i servizi specialistici e i gruppi di auto mutuo aiuto, ma anche i servizi territoriali di base. Uno sguardo più ampio a tutta la popolazione over 65 può inoltre consentire di leggere il tema dell'alcol pensandolo e vivendolo in un'ottica preventiva e proattiva⁴⁷: tutti gli AS sono coinvolti e possono concorrere, specie se nel loro lavoro incontrano persone anziane (cioè i cittadini della fascia di età meno informata e consapevole sul tema).

Questo ruolo è riconosciuto e auspicato anche da voci esterne alla nostra comunità professionale⁴⁸: è arrivato il momento di compiere un salto culturale.

2.1. Alcuni elementi storici e di contesto

L'alcol fa parte della storia dell'umanità: le bevande alcoliche sono prodotte da millenni, tramite prodotti (frutti, erbe, cereali, semi, tuberi) messi a disposizione dalla natura e processi messi a punto dall'uomo⁴⁹.

Gli effetti negativi sull'organismo e sul comportamento, causati dall'eccessiva assunzione di alcolici, sono quindi noti fin dall'antichità⁵⁰. Tuttavia, il consumo di alcol risente da sempre, in misura significativa, di falsi miti⁵¹, condizionamenti socio-culturali ed economici, resistenze e disattenzioni (anche da parte delle istituzioni), con conseguente sottovalutazione dei problemi a livello individuale, familiare, sociale.

Nella nostra società, l'alcol fa parte della cultura, della vita quotidiana, della storia di persone e famiglie: è presente nelle case e nei locali aperti al pubblico, accompagna i pasti e gli incontri, ritualizza le festività e i traguardi raggiunti, associandosi così a situazioni di normalità e a valori di successo sociale, relazionale, affettivo e sessuale.

In Italia il vino resta, pur con notevoli differenze nel tempo, la bevanda alcolica più consumata, specie nelle fasce anziane della popolazione: il modello di assunzione tipico dei Paesi mediterranei - definito come "cultura bagnata", in contrapposizione alla "cultura asciutta" tipica dei Paesi anglosassoni e nordici -

⁴⁶ Vedi note a fondo capitolo.

⁴⁷ Vedi note a fondo capitolo.

⁴⁸ Vedi note a fondo capitolo.

⁴⁹ Vedi note a fondo capitolo.

⁵⁰ Vedi note a fondo capitolo.

⁵¹ Vedi note a fondo capitolo.

assimila il vino a un alimento e ne prevede un consumo tendenzialmente moderato ai pasti quotidiani, in una dimensione conviviale e socializzante. Il rituale del consumo di pane e vino, quali simboli del corpo e del sangue di Cristo, da parte del sacerdote in ogni celebrazione della religione cattolica contribuisce a connotare il vino come un elemento positivo, normale, "autorizzato".

Tutto ciò contribuisce a determinare nella coscienza comune una scarsa percezione di pericolosità sull'utilizzo dell'alcol e sulla sottile linea di confine che separa il bere sociale (moderatamente, ai pasti) dal bere a rischio.

Paradossale è la sottolineatura della responsabilità dei comportamenti individuali, avulsi da un contesto tollerante (se non promuovente) il consumo: si fa riferimento ai messaggi tipo "Bevi responsabilmente", che tendono a richiamare i singoli individui a un consumo consapevole e moderato all'interno di un esplicito invito a bere alcol. Ciò dimostra una scarsa attenzione e responsabilità sociale nei confronti delle persone fragili, di varia età, che possono cercare o trovare nell'alcol una risposta - del tutto inadeguata - alla loro fatica di vivere.

Nonostante sul fronte medico sia passato molto tempo da quando l'alcolismo (così si definiva in passato) è stato riconosciuto come malattia⁵², permane - sia pure sottotraccia - l'idea che si tratti di un vizio, di una scelta individuale di cui il bevitore dovrebbe ritenersi responsabile, quindi pronto a pagarne le conseguenze; una situazione da cui si può uscire grazie a uno sforzo di volontà.

L'alcol:

- è una droga legale, ampiamente diffusa e tollerata, contenuta in bevande liberamente prodotte e commercializzate, socialmente accettate e inserite in schemi comportamentali ben integrati nella cultura italiana;
- è una droga a basso costo e di facile reperibilità (anche per gli anziani di piccoli centri, con basso reddito da pensione e con limitazioni motorie);
- è una sostanza tossica e fortemente psicotropa (capace cioè di interferire sulla psiche, con un'azione depressiva);
- è classificato come sostanza cancerogena fin dal 1988; in questa direzione si sono espressi sia l'OMS, sia le organizzazioni internazionali di studio e ricerca sul cancro, ma la maggior parte della popolazione e degli operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali non sembra informata e consapevole;
- può provocare gravi problemi acuti e cronici (fisici, psichici e sociali) nonché una grave dipendenza, al pari delle droghe illegali;
- determina danni e sofferenze familiari e anche ricadute sul territorio e sulla comunità di appartenenza, oltre che importanti ripercussioni sanitarie, sociali ed economiche (aumentata spesa per ricoveri ospedalieri, farmaci e assistenza; minore sicurezza nelle strade e nelle abitazioni; perdita di anni di vita e di lavoro).

Tuttavia, nel nostro contesto culturale il problema di un consumo elevato ha sempre sofferto di un'importante sottovalutazione e quello della dipendenza alcolica non è ancora vissuto come una minaccia sociale, un'emergenza sanitaria, un ambito prioritario di intervento istituzionale e di investimento economico.

L'incidenza della produzione di vino nell'economia nazionale⁵³ si inserisce in questo quadro generale, in parte spiegando resistenze e ambivalenze nell'affrontare il tema: il vino è un prodotto di grande interesse economico, sia direttamente (consumi interni ed export) che indirettamente (ad esempio iniziative di turismo enogastronomico).

⁵² Vedi note a fondo capitolo.

⁵³ Vedi note a fondo capitolo.

Le istituzioni hanno infatti espresso tardivamente un interesse al tema del consumo alcolico come possibile problema di salute individuale e collettiva, affrontando a lungo la questione dal punto di vista della tutela dell'ordine pubblico e del controllo dei comportamenti individuali.

Il cambio di passo è avvenuto trent'anni fa: il DM Sanità 3/8/1993 ("Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza") riconosce e affronta la rilevanza del fenomeno della dipendenza da alcol, definendolo una vera e propria malattia sociale e sottolineando la necessità di un approccio tridimensionale (medico, psicologico e sociale); tale DM attribuisce un ruolo rilevante alle Regioni - in materia di promozione della salute, trattamento e cura, riabilitazione e reinserimento sociale, rilevazione dati e osservatorio epidemiologico, ricerca e formazione - e istituisce a livello locale équipe multidisciplinari specifiche.

All'inizio del terzo millennio, la legge 125 del 30/3/2001 ("Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati") affronta, per la prima volta nel nostro Paese, i problemi alcol-correlati con un approccio interistituzionale e integrato; tale legge è talmente completa e pregnante, da essere stata presa a modello da molti Paesi europei.

In seguito alla legge quadro, nel terzo millennio vengono adottati atti programmatici e assunti impegni istituzionali rilevanti:

- il primo Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) 2007-2009 e il programma-quadro governativo "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari" approvato nel 2007 e riferito ai principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative di grande rilevanza epidemiologica, correlati agli stili di vita e ritenuti responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo e uso dannoso di alcol); entrambi questi atti programmatici si inquadrano nelle strategie dell'OMS, di livello sia europeo che più globale;
- la Prima Conferenza Nazionale sull'Alcol (Roma, 2008) dal titolo "Più salute, meno rischi. Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza", organizzata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- la prima Conferenza delle Regioni e Province Autonome sui problemi alcol-correlati (Trieste, 2012);
- il terzo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, parte integrante del Piano Sanitario Nazionale (PSN); nel PNP la riduzione del consumo di alcol viene considerata fra le strategie e gli obiettivi per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete), oltre che per prevenire gli incidenti stradali e domestici; il successivo PNP 2020-2025, trattato più diffusamente nel paragrafo 5.1 di questo report, dedica un'attenzione specifica alla riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

Tutti questi atti programmatici e impegni istituzionali dimostrano un'attenzione tardiva, ma importante al tema dell'alcol; un'attenzione che si scontrerà nel tempo con difficoltà crescenti ed effetti distorti derivanti dalla crisi economica e, soprattutto, dalla recessione culturale e politica in atto (sguardo alla sanità e ai servizi sociali come aree di spesa anziché di investimento; tagli diffusi alla spesa pubblica per i servizi alle persone; ritorno a forme antiche di intervento che si orientano alla riparazione). Tutto ciò, oltretutto, in un contesto nazionale e globale pre-pandemia.

Nel caso specifico del consumo alcolico rischioso o dannoso in età avanzata, la situazione è ancora più critica:

- tuttora sono carenti studi e testi sul tema del bere in età anziana, all'interno di una letteratura sul tema dell'alcol piuttosto vasta;
- nel sistema dei servizi, tanto sanitari quanto socio-sanitari o sociali, carente è l'interesse e la considerazione di questo tema;
- il contesto sociale è piuttosto indifferente e refrattario.

L'inadeguata considerazione del consumo alcolico rischioso o già dannoso nella terza età può essere ricondotta a diversi motivi:

- la patologia alcol-correlata assume di rado aspetti clinici clamorosi ed è spesso compresente a manifestazioni tipiche dell'invecchiamento fisiologico, ad altre patologie, all'assunzione di terapie farmacologiche; i segni e i sintomi alcol-correlati (es. perdita di memoria e di concentrazione, problemi di equilibrio e cadute, tremori, disturbi del sonno, sintomi depressivi) possono non essere riconosciuti come tali, ma confusi e attribuiti ad altre cause;
- rispetto ad altre fasce di età le conseguenze del consumo alcolico hanno riflessi meno intensi sul contesto sociale di vita, anche perché spesso non esiste più un ambiente di lavoro, né un nucleo familiare convivente; solitudine e isolamento sociale rendono meno evidenti problemi e patologie connessi al consumo alcolico;
- in ambito familiare e sociale l'abitudine etilica dell'anziano è più tollerata, talvolta sostenuta da un atteggiamento indulgente, che considera l'alcol come "ultimo piacere della vita"; oppure chi è vicino all'anziano è preoccupato di proteggere la sua reputazione, che verrebbe segnata dal ricorso a un servizio specialistico, o è convinto (a torto) che a una certa età non valga più la pena o che sia impossibile cambiare;
- l'intervento del MMG può essere condizionato da scarsa consapevolezza e sensibilizzazione sul problema (ricondotto a fasce di età più giovani), da inibizione o imbarazzo del medico per lo screening del consumo alcolico con un proprio paziente anziano, da sottostima del problema o senso di vergogna da parte dell'anziano.

Tutto quanto fin qui descritto crea un substrato culturale ingannevole e pericoloso, specie per le persone fragili; un substrato di un certo rilievo in tarda età, se si considera il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescente condizione di solitudine degli anziani, non solo nei centri urbani.

2.2. La definizione di alcolici e di consumatori di alcol

2.2.1. Bevande alcoliche e superalcoliche

La normativa italiana (legge 125/2001, art. 1) definisce bevanda alcolica ogni prodotto contenente alcol alimentare (alcol etilico o etanolo) con gradazione superiore a 1,2° e bevanda superalcolica ogni prodotto con gradazione superiore a 21°.

Nell'opinione comune, specie fra le fasce di età più elevate, il concetto di bevanda alcolica viene correlato ai superalcolici o, in misura minore, alla birra: spesso le persone anziane misconoscono il vino come bevanda alcolica, anche per un'antica tradizione - il pranzo a base di formaggio, pane e vino tipico di chi trascorrevano la giornata di lavoro nei campi - che assimila il vino a un alimento.

In realtà le bevande alcoliche hanno scarso valore nutritivo, unito paradossalmente a un alto contenuto calorico, pari a 7 kcal/grammo (più dei carboidrati e poco meno dei grassi): le persone sopravvalutano l'apporto nutritivo e sottovalutano l'apporto calorico, con rischi di malnutrizione o, all'opposto, di sovrappeso e obesità.

2.2.2. Limiti e criteri indicati dagli organismi sanitari nazionali e internazionali

I limiti indicati a livello internazionale (OMS, NIH) sono stati acquisiti a livello nazionale (Ministero della Salute, ISTAT) e riportati anche nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal CREA Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria - Centro di ricerca alimenti e nutrizione: tali limiti stabiliscono quantità di alcol definite a minor rischio per la salute (*lower-risk drinking*), da non superare mai, secondo il concetto condiviso internazionalmente "*Less is better*".

A livello concettuale e culturale è fondamentale ribadire che non si tratta di quantità consigliate, ma di quantità indicate come a minor rischio, in quanto non esistono quantità sicure di alcol: il rischio è presente a qualunque livello di consumo, anche moderato⁵⁴; assume caratteristiche e dimensioni diverse, in relazione a molte variabili (età, sesso, condizioni di salute, abitudini alimentari, assunzione di farmaci, modalità di consumo, ecc.).

Le dosi indicate risultano molto inferiori alle misure di riferimento in uso nella cultura mediterranea e nel bere sociale: la diffusione e consuetudine del consumo alcolico fra la popolazione e la scarsa percezione della pericolosità dell'assunzione di alcol fanno sottostimare la quantità assunta dalle persone e le possibili conseguenze negative. I limiti raccomandati sono poco conosciuti sia dalla popolazione, sia da molti operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali: quando vengono comunicati (in incontri, conferenze, lezioni) sono spesso commentati come eccessivi. Inoltre, il limite in quanto criterio predefinito può essere misconosciuto, enfatizzando la soggettività della dose che fa sconfinare nel bere troppo: tipico, in questo senso, è il riferimento alla capacità individuale di "reggere" l'alcol.

Per calcolare quanto alcol si beve, il metodo più semplice è ricorrere all'Unità Alcolica (UA)⁵⁵. In Italia l'UA corrisponde a 12 grammi di alcol, contenuti in un bicchiere di vino oppure una lattina di birra oppure un aperitivo oppure un bicchierino di superalcolico.



La dose massima giornaliera è definita in 2 UA al giorno per un maschio adulto. Dosi inferiori sono indicate per le femmine, di qualunque età (1 UA al giorno) e per le persone anziane, sia maschi che femmine (1 UA al giorno); per i minorenni è prevista la totale astensione dall'alcol, ai giovani fino ai 25 anni è sconsigliata l'assunzione⁵⁶.

In età adulta per le femmine è indicata una dose dimezzata rispetto ai maschi perché le donne sono più vulnerabili agli effetti tossici dell'etanolo, sia acuti (ebbrezza alcolica) che cronici (patologie alcol-correlate): ciò a causa di caratteristiche fisiologiche connesse al genere femminile (massa corporea inferiore, minore quantità di acqua nell'organismo e maggiore quantità di tessuto adiposo, inferiore corredo enzimatico) che determinano nell'organismo femminile un assorbimento più veloce e un'eliminazione più lenta.

In età anziana per i maschi viene dimezzata la dose indicata per i maschi adulti, poiché all'aumentare dell'età aumentano sia la tossicità dell'alcol (per la fisiologica maggiore fragilità dell'organismo anziano), sia la possibilità di interazioni avverse con farmaci assunti abitualmente per fronteggiare disturbi ricorrenti o patologie croniche anche età-correlate. Più aumenta l'età, più aumenta il livello di rischio.

Riguardo al consumo, attualmente si definiscono come consumo rischioso il consumo superiore alle dosi massime indicate e/o con caratteristiche (ad esempio assunzione a digiuno oppure prima di iniziare la guida di veicoli o di intraprendere attività rischiose) che, in persistenza dell'abitudine a bere, possono molto probabilmente determinare un danno; come consumo dannoso il consumo molto superiore alle dosi massime indicate, che arreca danno alla salute, sia fisica che psichica; come consumo eccessivo episodico

⁵⁴ Vedi note a fondo capitolo.

⁵⁵ Vedi note a fondo capitolo.

⁵⁶ Vedi note a fondo capitolo.

(spesso denominato *binge drinking*) il consumo di almeno 6 UA in un breve intervallo di tempo, che può essere particolarmente dannoso.

Per la diagnosi, grazie a criteri espliciti e dettagliati il riferimento essenziale su scala mondiale è, fin dalla sua prima pubblicazione nel 1952, il *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), oggetto di progressivi aggiornamenti e revisioni.

Inizialmente l'alcoldipendenza è inserita nel DSM all'interno della categoria dei disturbi di personalità, come sottotipo della personalità sociopatica; nel DSM-IV, del 1994, la dipendenza da alcol diventa una categoria nosografica autonoma.

L'edizione più recente (DSM-5, 2013) ha rivisto l'area della dipendenza, superando i precedenti concetti diagnostici di abuso e di dipendenza da sostanza, e orientandosi al concetto di "disturbo da uso di sostanza" (DUS), posto in una scala crescente (lieve, moderato, severo). I disturbi da uso di sostanze continuano comunque a essere considerati parte integrante della più vasta sezione dei disturbi psichiatrici.

IL CONSUMO DI ALCOL E IL DSM-5

Per la diagnosi di DISTURBO DA USO DI SOSTANZA, nell'arco di 12 mesi continuativi devono esprimersi almeno 2 criteri fra i seguenti:

- interferenze importanti e ricorrenti con i ruoli professionali, sociali e familiari, correlate all'uso della sostanza;
- situazioni rischiose correlate all'uso della sostanza (es. guida di veicoli dopo l'assunzione);
- problemi sociali o interpersonali ricorrenti, causati dall'uso della sostanza;
- astinenza (sindrome di astinenza dalla sostanza, assunzione della sostanza per attenuare o evitare i sintomi di astinenza);
- tolleranza alla sostanza, con aumento della quantità consumata;
- *craving* (desiderio irresistibile di consumare la sostanza);
- assunzione della sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto;
- tentativi ripetuti e infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- molto tempo impiegato per procurarsi la sostanza, assumerla o riprendersi dai suoi effetti;
- problemi fisici o psicologici causati o rafforzati dalla sostanza;
- attività professionali o sociali abbandonate a causa dell'uso della sostanza.

La diagnosi è di:

- disturbo da uso di sostanza lieve, se si rilevano 2 o 3 criteri nell'arco di 12 mesi;
- disturbo da uso di sostanza moderato, se si rilevano 4 o 5 criteri nell'arco di 12 mesi;
- disturbo da uso di sostanza severo, se si rilevano 6 o più criteri nell'arco di 12 mesi.

2.2.3. Astemi, bevitori e astinenti

In relazione alla frequenza e modalità di consumo, si possono distinguere:

- astemio = chi non beve mai alcun tipo di bevanda alcolica, in nessuna circostanza, nemmeno in modica quantità, per motivi diversi (gusto alimentare, intolleranza, convinzioni religiose, ecc.); chi beve pochissimo o in rare occasioni (es. festività natalizie, cerimonie) spesso viene considerato erroneamente astemio, anziché bevitore occasionale;

- bevitore adeguato o bevitore sociale = chi beve alcolici prevalentemente ai pasti e in quantità limitata, non superando le dosi massime indicate come a basso rischio; non manifesta né danni fisici, né alterazioni del comportamento o del carattere indotte dall'alcol;
- bevitore con consumo rischioso = chi beve alcolici con assunzione inadeguata per quantità, frequenza, modalità; possono essere già presenti patologie alcol-correlate, modificazioni del comportamento per l'uso di alcolici, problemi di natura familiare, sociale, lavorativa/occupazionale;
- bevitore con consumo dannoso = chi non riesce più a controllare la propria assunzione di alcol e quindi assume alcol in quantità superiori e/o per periodi più lunghi rispetto a quanto prevede, con danni significativi sulla propria salute fisica e psichica, sui rapporti interpersonali e familiari, sulla sfera sociale ed economica; l'eventuale consapevolezza dei danni non rappresenta un deterrente all'assunzione; possono esprimersi tolleranza (bisogno di aumentare progressivamente le dosi di alcol, per raggiungere lo stesso effetto desiderato), tentativi di sospendere o ridurre l'uso di alcolici, dipendenza fisica e psicologica, patologie alcol-correlate di vario tipo e gravità, sintomi astinenziali, ricadute; in queste situazioni non è importante solo il livello di consumo raggiunto, ma anche il tipo di significato che l'alcol ha assunto nella vita del bevitore (cioè il significato che la persona attribuisce al proprio bere), nonché il rapporto che si è instaurato fra la persona, l'oggetto alcol e il contesto: nelle situazioni di dipendenza l'alcol riveste una priorità esclusiva nella vita del bevitore;
- bevitore in astinenza = chi, dopo il trattamento dell'alcolodipendenza, non deve più assumere alcun tipo di alcolici, definitivamente e per tutta la vita; contrariamente all'opinione comune, non può definirsi come "ex alcolista", dato che il controllo sull'alcol è perso per sempre e bere anche poco porta a ricadere nel consumo dannoso: è per questo che chi ha trattato con esito positivo la propria dipendenza alcolica si definisce "in astinenza" e deve cercare di rimanervi per tutta la vita.

Alcuni decenni fa, la Società Italiana di Alcolologia (SIA) ha così definito l'alcolismo: un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale), associato all'assunzione protratta di alcolici (episodica o cronica), con presenza o meno di dipendenza, caratterizzato da un tipico stile di vita disfunzionale (1° Consensus Conference, 1994). I fattori che determinano l'insorgere dell'alcolodipendenza sono quindi sia genetici e neurobiologici, sia psicologici e relazionali, sia socio-culturali e ambientali: si tratta, come sempre, di fattori concomitanti, intrecciati in una situazione interrelata e complessa che impatta con una vulnerabilità intrinseca ed estrinseca a chi beve troppo.

Lo stile di vita disfunzionale che si manifesta, interessa tutte le aree di vita della persona: fisica, psichica, relazionale, familiare, lavorativa/occupazionale, sociale.

L'alcolodipendenza può associarsi a disturbi psichici, tipicamente depressione e ansia (disturbi spesso compresenti⁵⁷).

2.2.4. *Late-onset drinkers ed early-onset drinkers*

Rispetto ai bevitori problematici in età anziana si possono distinguere due tipologie, differenti per origine e manifestazione del problema, prognosi, motivazione al cambiamento e a un percorso di cura.

I bevitori tardivi (*late-onset drinkers* o *reactors*) sono persone anziane che hanno iniziato o rinforzato il bere eccessivo in tarda età, come reazione a eventi penosi o come automedicazione (inadeguata) per affrontare fatiche, dolori e criticità proprie dell'invecchiare. Tipicamente sono riusciti a vivere per anni con un certo adattamento all'ambiente e con affetti più o meno stabili, potendo fronteggiare adeguatamente le vicissitudini della vita; ma con l'invecchiamento e i cambiamenti che comporta (allontanamento da una precisa collocazione sociale e senso di spaesamento dovuti al ritiro dal lavoro, cambio di ruoli e di stile di vita, compromissioni psicofisiche, lutti, perdita di supporti sociali e relazionali)⁵⁸ la loro profonda fragilità

⁵⁷ Vedi note a fondo capitolo.

⁵⁸ Vedi note a fondo capitolo.

emotiva emerge, rendendo difficile affrontare le difficoltà. L'uso di alcol può inserirsi all'interno della vita quotidiana di chi si sente solo e perduto, come un apparente buon alleato e compagno di viaggio che tiene a bada senso di vuoto, mancanza di prospettive e sofferenza.

Gli alcolisti invecchiati (*early-onset drinkers* o *survivors*) - che rappresentano la maggioranza delle persone anziane con gravi problemi da alcol - sono persone alcolodipendenti fin da giovani o da adulte, invecchiate sopravvivendo alle complicità, specie organiche, della loro dipendenza. Molto fragili, spesso con familiari a loro volta fragili e con problematiche psicologiche o psichiatriche o dipendenze, gli *early-onset drinkers* hanno tipicamente percorsi di vita costellati da insoddisfazioni e insuccessi, sia nel lavoro che negli affetti. Rispetto ai *late-onset drinkers*, presentano una maggiore frequenza di patologie alcol-correlate e di danno cognitivo, una diagnosi di alcolodipendenza, una minore *compliance*, un aggancio più difficile, situazioni personali e familiari molto complesse. Possono avere avuto diversi contatti con risorse e servizi di cura ed essere stati coinvolti in percorsi terapeutici, rivelatisi purtroppo inefficaci.



Secondo i dati di letteratura, i *late-onset drinkers* costituiscono circa un terzo delle persone di età anziana dipendenti dall'alcol. La ricerca sul gioco d'azzardo e alcol in età anziana, cui si riferisce questo report, ha indagato i pensieri e le esperienze degli assistenti sociali lombardi riguardo a questa tipologia di situazioni, in ottica preventiva e proattiva: le situazioni di stress psico-sociale e disagio esistenziale che ne rappresentano la base, da un lato, e le buone prospettive di percorsi tempestivi di aiuto, centrati su interventi di socializzazione e cure psicogeriatriche, dall'altro lato, motivano e sostengono l'opportunità di investire (nei pensieri e nelle azioni) su un intervento consapevole e sinergico dei servizi per anziani e dei servizi per le dipendenze.

2.3. Cause e conseguenze del consumo di alcol

2.3.1. Gli aspetti genetici, neurobiologici e cognitivi

Sia le ricerche condotte fra alcolodipendenti, che l'esperienza di servizi e operatori per le dipendenze, dimostrano che nelle famiglie degli alcolodipendenti sono molto spesso presenti persone a loro volta con problemi alcol-correlati.

Molti studi sono stati condotti, con l'obiettivo di verificare le componenti genetiche: l'esito è che i fattori genetici determinano una predisposizione, una situazione di rischio che non sempre si sviluppa in una situazione dannosa. La dipendenza alcolica ha origine multifattoriale: la predisposizione genetica determina una vulnerabilità, che deve combinarsi con altri fattori di rischio (psicologici, sociali, ambientali), per causare gravi problemi alcol-correlati.

Ciò premesso, può essere interessante riflettere sulle cause e sulle conseguenze del consumo alcolico a livello cerebrale.

Analogamente ad altre droghe, l'alcol agisce sul cervello, provocando il rilascio di neurotrasmettitori (specie la dopamina) che procurano gratificazione e sensazione di piacere. Anche le attività ricompensanti abituali

(ad esempio ascoltare musica, dedicarsi ad hobby, praticare sport) o i rinforzi naturali (come cibo, relazioni, sesso) producono aumenti di dopamina, ma molto più ridotti di quelli delle droghe, che possono quindi essere consumate per generare una pericolosa e temporanea sensazione di benessere.

Studi di *neuroimaging* hanno evidenziato, tramite l'uso della PET (tomografia a emissione di positroni), che dopo l'assunzione di alcol gli uomini hanno un rilascio maggiore di dopamina nel *nucleus accumbens* (l'area cerebrale più interessata) rispetto alle donne: questo può spiegare la maggiore incidenza della dipendenza alcolica nel sesso maschile.

Più in generale, il ricorso a tecnologie quali la PET e la risonanza magnetica funzionale con persone già dipendenti ha permesso di identificare le numerose aree del cervello coinvolte e danneggiate dall'uso di alcol. Gli studi e le ricerche di neuroanatomia della dipendenza sono ancora in via di sviluppo, ma hanno già conseguito dei risultati utili a riconsiderare la visione delle persone interessate, dei trattamenti e dei percorsi di cura opportuni, delle ricadute durante i periodi di astinenza.

Quando si raggiunge una situazione di dipendenza, vengono quindi compromessi molti processi cognitivi, con anche un conseguente rinforzo della dipendenza stessa: diminuisce la capacità di evitare l'uso della sostanza qualora se ne presenti l'occasione, si riduce la possibilità di comprendere cognitivamente le conseguenze derivanti dall'assunzione protratta della sostanza, aumenta la possibilità che lo stress o stimoli associati all'uso della sostanza (ad esempio luoghi, tempi, attività) producano una ricaduta anche dopo un lungo periodo di astinenza.

Anche un consumo alcolico moderato ha effetti importanti a livello neurobiologico, con cambiamenti cerebrali significativi, declino cognitivo e aumentato rischio di demenza: sono sempre più numerosi gli studi osservazionali prospettici⁵⁹ e retrospettivi⁶⁰ che analizzano gli effetti non solo del consumo eccessivo, ma anche del consumo moderato (o considerato tale) nella popolazione adulta, tardo adulta e anziana, sottolineando quanto l'alcol sia molto poco amico del cervello.

Non tutti sanno che i disturbi cognitivi alcol-correlati sono molto simili a quelli prodotti dall'età avanzata: in ottica preventiva, è importante che chiunque sia professionalmente coinvolto con persone anziane tenga ben presente che l'alcol accelera e amplifica gli effetti dell'invecchiamento sulla funzione neuropsichica (ad esempio pensiero astratto, apprendimento, memoria a breve termine), rappresentando un fattore di invecchiamento prematuro.

Da questo punto di vista, appare paradossale l'orientamento a tecniche e strategie basate sulla scoperta della riserva cognitiva e della correlata plasticità cerebrale: la prima può essere definita, semplificando molto, come una sorta di "magazzino" cerebrale legato a elevata scolarizzazione, lavori cognitivamente impegnativi, buone capacità linguistiche, esperienze di vita ed emozioni positive; un "magazzino" che compensa le perdite connesse al fisiologico processo di invecchiamento o i danni legati all'insorgere di una malattia degenerativa, e che dipende dalle capacità individuali di gestione delle proprie risorse.

La seconda consiste in un processo dinamico continuo, che permette un rimodellamento delle mappe neurosinaptiche in risposta a esigenze che mutano nel tempo; si è cioè scoperto che il cervello ha la capacità di svilupparsi, cambiare e adattarsi, strutturalmente e funzionalmente, lungo tutta la vita, grazie a un'interazione dinamica e continua fra influenze di tipo biologico e ambientale.

Le tecniche e strategie a cui ci si riferisce, variamente denominate (stimolazione cognitiva, ginnastica mentale, allenamento cognitivo, palestra per la mente, mnemotecniche, *memory training*, *brain fitness*) si sono via via affermate e diffuse, e vengono proposte - tramite corsi, gruppi, manuali - a persone tardo adulte o anziane, senza porsi il problema delle loro abitudini di consumo alcolico: ciò appare davvero paradossale.

⁵⁹ Vedi note a fondo capitolo.

⁶⁰ Vedi note a fondo capitolo.

2.3.2. Le conseguenze più generali sull'organismo

Contrariamente a un'opinione diffusa, gli effetti tossici dell'alcol riguardano non solo l'apparato digerente, che è coinvolto nei processi biochimici di assorbimento ed eliminazione, ma l'organismo nel suo complesso (apparato cardiovascolare ed emopoietico, sistema nervoso, sistema immunitario, ecc.). L'organo più colpito non è il fegato, che è l'organo deputato all'eliminazione dell'etanolo, ma il cervello, che come abbiamo visto risente anche di un consumo considerato moderato.

Rispetto al sistema immunitario, può risultare interessante una riflessione riguardo alla pandemia: nell'enorme spazio-tempo dedicato dai media italiani alla campagna di vaccinazione Covid-19, una scarsa attenzione è stata posta nel raccomandare alla popolazione di astenersi dal consumo alcolico nei giorni precedenti e successivi alla somministrazione del vaccino. Altrove (es. Germania, Federazione Russa) si raccomanda un'astensione complessiva di 56 giorni per ogni dose di vaccino, dato che l'azione dell'alcol sul sistema immunitario potrebbe ridurre la capacità dell'organismo di sviluppare l'immunità al Covid-19.

Gli alcolici tendono infatti a "paralizzare" i globuli bianchi, cioè le armi di difesa che agiscono nel sistema linfatico e circolatorio: pare che tre bicchieri di prosecco siano in grado di dimezzare i linfociti, un tipo di globuli bianchi deputato alle risposte immunitarie specifiche verso i microrganismi patogeni (immunità adattativa o acquisita).

Tornando a un piano più generale, il consumo alcolico contribuisce a un'aumentata produzione di radicali liberi, con effetti tossici e alterazioni a livello cellulare (anche sul DNA), e determina maggiori rischi di emorragia cerebrale, scompenso cardiaco, infezioni, tumori (non solo all'apparato digerente).

Pertanto, a qualunque età e a qualunque soglia di assunzione, il consumo di alcol compromette la salute⁶¹: questo è ribadito dall'OMS in tutte le strategie comunitarie e i piani di azione.

La maggiore tossicità su un organismo fisiologicamente più fragile, l'influenza sul decadimento cognitivo e l'interazione con farmaci (anche quelli da banco) dovrebbero rappresentare una controindicazione assoluta al consumo di alcol in età anziana, ma fattori socio-culturali, erronee convinzioni⁶² e tradizioni radicate ostacolano pensieri e azioni orientati in tal senso.

Perché negli anziani il consumo di alcol è più dannoso? Le ragioni sono diverse:

- minore quantità di acqua corporea in cui è diluito l'alcol assorbito dalla mucosa gastro-enterica, con conseguente maggiore concentrazione ematica dell'alcol; dopo i 50 anni la quantità di acqua presente nell'organismo diminuisce: l'alcol viene diluito in una quantità minore di liquido e quindi, a parità di quantità di alcol ingerita, il tasso alcolico è più elevato e gli effetti sono più marcati;
- cambiamenti fisiologici nel funzionamento di alcuni organi (es. fegato, reni), con ridotto funzionamento di sistemi enzimatici essenziali nel metabolismo dell'alcol, a livello gastrico ed epatico;
- aumentato rischio di malnutrizione;
- maggiore precarietà nell'equilibrio e riduzione della mobilità, con aumentato rischio di cadute e fratture, anche per il calo del riflesso di protezione (tipica alterazione psicomotoria dell'età elevata) e per la maggiore perdita di massa ossea;
- debole tolleranza alle sostanze psicotrope, cioè a quelle che interferiscono con i processi psichici;
- notevole vulnerabilità alle sostanze tossiche, rispetto all'età giovane e all'età adulta;
- frequente polipatologia, che rende l'organismo fragile di fronte ad altre aggressioni;
- frequente assunzione quotidiana di più farmaci, che moltiplica le possibili interazioni e intolleranze iatrogene farmacodipendenti, cioè provocate da effetti secondari e nocivi del farmaco assunto; negli anziani si esprimono poi una diffusa tendenza all'automedicazione (sia come autoprescrizione

⁶¹ Vedi note a fondo capitolo.

⁶² Vedi note a fondo capitolo.

che come autosomministrazione incontrollata di farmaci) e un frequente impiego scorretto dei farmaci (riguardo a dosaggio, orario e regolarità di assunzione, oltre che a durata del trattamento). Relativamente all'interazione con i farmaci (con aumento o diminuzione degli effetti previsti, maggiore tossicità, rischio di eccessiva sedazione, reazioni avverse spiacevoli), va sottolineato che l'interazione si manifesta sia quando l'alcol è assunto contemporaneamente (la pastiglia accompagnata a un bicchiere di vino, anziché d'acqua), sia quando l'alcol è assunto in altri momenti della giornata (medicine assunte a colazione e prima di coricarsi, alcol assunto a pranzo e/o a cena). Va inoltre ribadito che la maggior parte delle persone, specie in età anziana, associa il concetto di consumo alcolico all'assunzione di superalcolici o tutt'al più di birra in quantità, misconoscendo la natura alcolica del vino, che beve per abitudine e senza apparenti conseguenze.

Spesso si ignora che un consumo a basso rischio raggiunto in età adulta e mantenuto nel tempo può causare in età anziana gravi problemi alla salute e all'equilibrio psicosociale, per una maggiore tossicità della dose abituale e la possibile sovrapposizione con altri problemi e condizioni; analogamente si ignora che il bere in eccesso determina, nella persona che invecchia, un accelerato declino psicofisico che può portare alla non autosufficienza o che può incidere pesantemente sulla perdita di autonomia causata da altri fattori.

Quest'ultima affermazione si riferisce alla persona che invecchia vivendo al proprio domicilio. Pensando a chi si trova in un servizio residenziale con ricovero definitivo, assolutamente paradossale è la possibile presenza quotidiana del vino sulla tavola delle sale da pranzo delle RSA - che come è noto accolgono tendenzialmente persone molto anziane, con declino cognitivo e poliassunzione farmacologica - e nelle cucine delle RSA stesse: in queste residenze, in genere attente e impegnate nel mantenere il più possibile le abilità residue e nel contrastare il declino e la perdita di autonomia, è infatti possibile che l'alcol venga consumato anche quotidianamente sia come bevanda, sia come elemento aggiunto nei cibi cucinando.

Anche per questo aspetto la situazione è molto variegata: a fronte di RSA dove l'alcol è totalmente bandito, esistono RSA dove è vietata la vendita e somministrazione di bevande alcoliche nel bar interno ma è prevista la somministrazione ai pasti (più utilizzando il vino come tale, che allungandolo con acqua); laddove è prevista la somministrazione ai pasti, questa può essere correlata da un lato all'assenza di veto da parte del medico di reparto, dall'altro lato all'accordo con i familiari dell'anziano.

2.3.3. *Gli aspetti psico-sociali e relazionali*

Fra le molte cause del consumo alcolico eccessivo, a qualunque età, ricorrente è una fragilità personale: questa può rimanere latente o "sotto controllo" anche a lungo, per poi sfociare nel ricorso all'alcol in relazione a eventi precisi, a passaggi cruciali nelle fasi dell'esistenza (es. separazione o divorzio, pensionamento, vedovanza), a bilanci in negativo della propria vita sul piano professionale e/o affettivo, a sensazioni di fallimento e di inutilità. La difficoltà ad affrontare gli eventi critici del ciclo di vita, i lutti e i traumi che possono presentarsi nell'esistenza di ciascuno, può portare a ricorrere all'alcol, specie per le persone che hanno scarsa autostima, non si vogliono sufficientemente bene, non si sentono degne di amore, non hanno sviluppato un adeguato equilibrio emotivo e affettivo, non hanno spirito e capacità di resilienza.

Fondamentale è essere consapevoli che chi beve troppo fronteggia un intenso dolore interno, che lo riempie e lo consuma; un dolore con radici nel passato, che l'alcol "aiuta" a sopportare, annebbiandolo e riducendone temporaneamente l'intensità, ma che in un circolo vizioso e ambiguo viene rafforzato dalla stessa assunzione alcolica; un dolore che raramente viene intuito e compreso da chi sta intorno o incontra il bevitore eccessivo⁶³.

⁶³ Cfr. Rossin Maria Raffaella, "Il dolore nascosto di chi beve troppo", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 5, 2010.

A qualunque età, il consumo alcolico rischioso o già dannoso è tipicamente associato a condizioni di solitudine e depressione, condizioni che risultano più diffuse nella vecchiaia. Bere alcol fornisce l'illusoria sensazione di ridurre l'ansia interiore e il proprio malessere, di consolarsi e aiutarsi da sé, di avere un amico/compagno sempre a disposizione e poco richiedente, di indurre un sonno che da solo non arriva⁶⁴: l'alcol viene usato quasi fosse un farmaco di automedicazione, una "medicina naturale" assunta a intervalli regolari con dosi simili, rappresentando quindi uno strumento rapido, efficace, facilmente disponibile ed economico, che la persona sperimenta e utilizza per alleviare la propria sofferenza psichica. L'effetto sedativo dell'alcol può essere amplificato dall'abbinamento con alcuni tipi di psicofarmaci, il cui consumo nella popolazione - come mostra la seguente tabella⁶⁵ - aumenta con l'avanzare dell'età; si tratta di un abbinamento, per gli effetti neurodepressivi di entrambi, molto pericoloso.

Tabella 4.2.8a. Prevalenza d'uso dei farmaci sedativo – ipnotici e ansiolitici

	Prevalenza (%)		
	Ansiolitici*	Ipnocici**	Sedativi***
Analisi geografica			
Nord	7,3	2,2	1,1
Centro	6,7	1,3	1,0
Sud e Isole	3,2	0,6	0,4
Analisi per genere			
Uomini	3,5	0,9	0,6
Donne	7,6	1,8	1,0
Analisi per età			
≤45	2,0	0,2	0,2
46-65	5,4	1,2	0,7
66-74	9,0	2,5	1,4
75-84	12,5	3,9	2,0
≥85	13,2	4,6	2,3
Totale	5,6	1,4	0,8

*N05BA, **N05CD, ***N05CF

Riguardo in specifico alle donne, va sottolineato come per loro il ricorso all'alcol può essere determinato da sensi di tristezza, abbandono, inutilità correlati a una perdurante "sindrome del nido vuoto", da cui i padri non sono immuni, ma che colpisce di più le madri. Oltre ad aumentare i disturbi già presenti e alcuni rischi di malattia (es. tumore al seno), poiché influisce negativamente sul già complesso equilibrio ormonale, il consumo di alcol in menopausa può provocare o esacerbare sbalzi di umore, e anche determinare tristezza e depressione.

Malinconia e umore depresso possono condurre al consumo alcolico, ma ne sono anche effetto, con un circolo vizioso che necessita di essere spezzato.⁶⁶

Analogamente, isolamento e solitudine possono essere sia causa che conseguenza del consumo alcolico eccessivo: questo può infatti causare separazioni coniugali e, più in generale, determinare indifferenza, intolleranza, disagio o disprezzo, allontanamento o esclusione da gruppi, evitamento da singoli individui, perdita di ruoli sociali e di conseguenti occasioni e ambiti di relazione, quindi solitudine, isolamento, emarginazione.

Depressione e solitudine possono essere dolorosi compagni di viaggio, nelle esistenze di persone fragili.⁶⁷

⁶⁴ Vedi note a fondo capitolo.

⁶⁵ Agenzia Italiana del Farmaco - Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2019*, Roma 2020, p. 428.

⁶⁶ Vedi note a fondo capitolo.

⁶⁷ Vedi note a fondo capitolo.

Rispetto al processo di adattamento correlato all'invecchiare, una grossa influenza ha la rete familiare e sociale in cui l'anziano vive: i rapporti di vicinato, le amicizie, i legami con coniuge, figli, nipoti, fratelli rappresentano un'area di sicurezza e contrastano vissuti di solitudine, isolamento ed emarginazione. Viceversa, la mancanza di supporti sociali e relazionali, un tessuto comunitario sfilacciato o trame familiari logore e conflittuali possono aggravare la fatica ad adattarsi ai cambiamenti personali, familiari, sociali e amplificare i problemi e le difficoltà, che l'anziano non riesce più ad affrontare da solo.

Più in specifico, l'aver vissuto o il vivere in contesti familiari e sociali segnati dall'alcol (es. genitore o coniuge bevitore eccessivo, amici forti bevitori) influisce negativamente, specie in chi non ha una personalità solida e strutturata. Anche l'ambiente relazionale allargato può esercitare un'influenza negativa: un contesto "bagnato" è tutt'altro che protettivo rispetto a persone fragili e vulnerabili. La mancanza di luoghi e occasioni di aggregazione positiva può favorire il ricorso "consolatorio" all'alcol, nella solitudine della propria abitazione; la presenza a livello locale solo di luoghi di socializzazione "non astemi" (es. bar) può incidere negativamente.

Il contesto di vita può, per le sue caratteristiche, concorrere alle cause del problema alcolico ma, nel contempo o successivamente, ne viene influenzato: la persona, di qualunque età, con problemi di alcol può direttamente o indirettamente produrre conseguenze negative sul contesto in cui vive (ad esempio relazioni più difficili o sfilacciate, conflitti e liti in situazioni collettive, incidenti stradali).

2.3.4. Problemi socio-economici e di altra natura

Un consumo alcolico eccessivo può causare spese incontrollate conseguenti al bere (es. investimenti e acquisti azzardati, spese di riparazione a seguito di incidenti stradali), tendenza all'indebitamento o comunque una situazione economica instabile.

Possono esprimersi problemi abitativi, per mancato pagamento di affitto e spese oppure per scarsa o assente cura e manutenzione dell'alloggio.

Gli anziani bevitori possono causare incidenti stradali, perché alla guida nonostante l'assunzione di alcol; ciò a causa di errata percezione di rischi e pericoli, errata valutazione di distanze e dimensioni, restringimento del campo visivo, riduzione delle percezioni sonore, maggiore sensibilità agli stimoli luminosi intensi, alterazione della coordinazione motoria, ridotta capacità di attenzione, diminuzione dell'efficienza dei riflessi determinate dall'alcol. Rispetto alla guida di veicoli va sottolineato come all'età anziana siano di per sé associati elementi di maggiore rischio rispetto all'età adulta: minore efficienza visiva e/o uditiva, minore concentrazione, minore capacità di valutare le distanze e la velocità, rallentamento dei tempi di reazione, probabile assunzione di farmaci. Questi fattori interferiscono con le performance di guida e il consumo alcolico può quindi peggiorare una situazione di base, spesso già compromessa a causa dell'età.

Infine, non solo in età giovanile e adulta, ma anche in età anziana possono essere commessi reati a causa di uno stato di alterazione alcolica.

NOTE AL CAPITOLO 2 - L'ALCOL

Nota 46

Per l'elaborazione di questo capitolo, fondamentale è stato il testo di Longoni Beatrice, Rossin Maria Raffaella, Sarassi Antonio Andrea, *Alcol e anziani. Perché e come prendersi cura*, Erickson, Trento 2016.

Nota 47

Sul tenere lo sguardo orientato alle persone che presentano in modo evidente un problema, anziché allargarlo alla popolazione, così si è espresso Giuseppe Corlito, psichiatra psicoterapeuta e alcologo: "Sia in campo alcologico che in quello della salute mentale, uniti dall'essere interdisciplinari e dall'occuparsi di settori ad alta incidenza e ad alta prevalenza, cioè che coinvolgono grandi numeri di persone nella comunità sociale, un intervento solo sulla punta dell'iceberg del 'continuum', cioè sui disturbi più gravi e più conclamati (quindi passibili di una diagnosi categoriale), pur se necessario (...), non solo è tardivo, ma del tutto inutile dal punto di vista della prevenzione."

Fonte: Corlito Giuseppe, "Hudolin e Basaglia: alcologia e salute mentale", *Camminando insieme*, n. 1, 2019.

Nota 48

"Per poter beneficiare davvero dell'allungamento della vita è fondamentale quindi rimanere in buona salute. Per farlo occorre: maggiore prevenzione (fondamentale nella maggioranza dei casi), una sana alimentazione, uno stile di vita attivo e una buona vita sociale. Questi sono i settori nei quali si svilupperanno maggiormente le attività che fanno parte del sistema economico generato dai *Silver*. I miglioramenti nell'assistenza sanitaria (...) aiutano ad aumentare l'aspettativa di vita ma resta tuttavia fondamentale l'informazione fornita da assistenti sociali sia pubblici sia privati (un altro settore in forte espansione) per aiutare questi *Silver* a modificare abitudini e stili di vita riconosciuti come dannosi per il benessere psico-fisico dell'individuo e che, peraltro, incidono pesantemente sulla spesa sanitaria pubblica e privata causando cronicità (70% dei costi sanitari) e non autosufficienza."

Fonte: Osservatorio sulla spesa pubblica e sulle entrate 2020, *Silver Economy, una nuova grande economia. Le opportunità dell'invecchiamento in ottica sociale, economica e di sostenibilità*, Centro studi e ricerche Itinerari Previdenziali, Milano 2020, p. 92.

Nota 49

Sui prodotti messi a disposizione dalla natura e i processi messi a punti dall'uomo, Victor Hugo ha affermato: "Dio non aveva fatto che l'acqua, ma l'uomo ha fatto il vino!".

Nota 50

Già nel IV secolo a.C. Mnesiteo, medico greco citato da Galeno, affermava che "Gli dei hanno rivelato il vino ai mortali per essere come il più grande dono, per coloro che lo usano correttamente, e il contrario per coloro che lo usano sregolatamente." In tempi molto più recenti Paracelso, medico e alchimista vissuto a cavallo del '500, affermava "che il vino sia un alimento, una medicina o un veleno è solo una questione di dose". Circa un secolo dopo Nicolas Boileau, poeta francese, ha scritto: "Si è sapienti quando si beve bene: / chi non sa bere, non sa nulla."

In queste frasi è già contenuto il richiamo alla responsabilità individuale - tuttora presente - nel consumo di una sostanza che è descritta contemporaneamente come delizia e come veleno. Altro aspetto contenuto già in queste frasi è il concetto di danno dose-dipendente: come vedremo, a dosi maggiori (per aumento del consumo o per diminuzione della dose tollerabile dall'organismo con l'avanzare dell'età) corrisponde un danno più elevato.

Nota 51

Fra i luoghi comuni che risultano ancora diffusi nonostante le evidenze scientifiche ed empiriche dimostrino il contrario, alcuni sono pericolosi per la salute (ad esempio "il vino va buon sangue", "l'alcol fa digerire", "l'alcol aiuta a dormire", "per riprendersi da uno shock non c'è niente di meglio di un bicchierino", "se sei incinta bevi birra, avrai più latte per il tuo bambino"). Riguardo alle persone anziane, altrettanto pericoloso è il proverbio "Il vino è il latte dei vecchi".

Nota 52

L'avvio di un pensiero sull'alcolismo come malattia e non come vizio risale agli inizi dell'800. Ma è solo nel 1940 che uno studioso americano (E.M. Jellinek) intuisce che gli alcolisti non formano una popolazione omogenea, ma sono eterogenei per eziologia, manifestazione e decorso della malattia, arrivando poi nel 1960 a una prima classificazione delle condotte alcoliche e alla definizione della dipendenza alcolica come malattia multifattoriale.

Nota 53

Per moltissimi anni l'Italia ha guidato, insieme alla Francia e alla Spagna, le classifiche mondiali riguardo sia alla produzione, che al consumo di vino. Nel terzo millennio si sono verificate riduzioni (di superficie totale dei vigneti, produzione e consumo), con riequilibri a livello globale determinati dal consolidamento della posizione degli Stati Uniti e dal crescente ruolo della Cina: tuttavia, la posizione di rilievo dell'Italia nello scenario mondiale non è stata sostanzialmente intaccata. Questo evidenzia notevoli implicazioni economiche per il nostro Paese e porta a riflettere su ciò che ne consegue a livello socio-culturale.

Nota 54

Nel formulare le raccomandazioni contenute in documenti e linee guida nazionali e internazionali, l'atteggiamento di cautela e il criterio di prudenza hanno allontanato da espressioni quali "consumo consapevole" o "consumo moderato", che potrebbero indurre fraintendimenti, a favore di espressioni quali "a basso rischio" o "a minore rischio".

Nota 55

L'unità alcolica ha una definizione non omogenea, sia a livello europeo che a livello internazionale. Corrisponde ad esempio a 14 grammi di alcol negli USA, 12 in Italia Germania e Danimarca, 10 in molti altri Paesi europei - fra cui Francia, Spagna, Grecia, Austria, Irlanda, Polonia - e in Australia e Nuova Zelanda, 8 nel Regno Unito. Fonte: ICAP, *International Center for Alcohol Policies*.

Nota 56

La popolazione, di ogni età, ma anche molti operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sottovalutano - per mancata informazione e scarsa consapevolezza - che l'alcol ha un effetto deleterio a livello cerebrale, sia nelle persone anziane che nelle persone più giovani. Riguardo a queste ultime, è poco noto che la massima vulnerabilità del cervello agli effetti tossici del consumo alcolico (specie se in modalità *binge drinking*), con possibili danni irreversibili, si esprime dai 12 ai 25 anni di età: i 25 anni rappresentano infatti la soglia del completamento dello sviluppo neuronale e della maturazione funzionale del cervello.

Nota 57

"Almeno il 30% delle persone che soffrono di depressione è affetto anche da disturbi ansiosi di una certa gravità; il 60% circa, da sintomi almeno lievi di ansia". Fonte: Jervis Giovanni, *La depressione. Un vuoto oscuro e maligno che possiamo colmare*, Il Mulino, Bologna 2002, p. 70.

Nota 58

Alle oggettive modificazioni della propria vita fa da sfondo un contesto culturale talvolta ancora impregnato da una visione "ingegneristica" dell'invecchiamento, che considera il processo vitale come caratterizzato da una sequenza precisa e lineare (fase evolutiva, fase riproduttiva, senescenza) e assegna le dimensioni di apprendimento, sviluppo e costruzione alle prime fasi della vita, riservando all'ultima le dimensioni di decadimento e perdita.

Una visione più ampia evidenzia invece che in ogni fase della vita sono presenti, in diversa misura e combinazione e con riferimento a differenti aree, sia le dimensioni di apprendimento e crescita, sia le dimensioni di decadimento e perdita.

Nota 59

Un esempio di studio osservazionale prospettico è lo studio dell'Università di Oxford e dell'*University College* di Londra, pubblicato nel 2017 sul *British Medical Journal* e condotto su 550 impiegati statali britannici (nessuno dipendente da alcol), di cui sono state monitorate per 30 anni le abitudini di vita e le capacità cerebrali.

Nota 60

Un esempio di studio osservazionale retrospettivo è lo studio franco-canadese, coordinato da un team di esperti di Toronto e pubblicato nel 2018 su *The Lancet*, che ha analizzato - tramite le cartelle cliniche - abitudini e stato di salute di oltre 1.000.000 di francesi ricoverati in ospedale nel periodo 2008-2013 con una diagnosi di demenza.

Nota 61

“Le conseguenze negative del consumo di alcol sulla salute sono molteplici. Nella Classificazione Internazionale delle Malattie 10^a revisione (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD10), più di 30 categorie riguardano condizioni totalmente alcol-attribuibili. L'alcol è inoltre concausa di oltre 200 malattie tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche [...]”.

Fonte: ISS Istituto Superiore di Sanità, *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2020*, rapporti ISTISAN 20/7, Roma 2020, p. 14.

Nota 62

Successivamente alla pubblicazione del testo *Alcol e anziani. Perché e come prendersi cura* edito a fine 2016 da Erickson, fra gennaio 2017 e dicembre 2018 sono stati realizzati 45 fra incontri e corsi, con relatori gli autori del testo (Beatrice Longoni assistente sociale specialista, Maria Raffaella Rossin psicologa e psicoterapeuta, Antonio Andrea Sarassi medico), che hanno raggiunto complessivamente 1.506 interlocutori (810 cittadini tardo-adulti e anziani o familiari *caregiver*, 220 familiari di alcolodipendenti e operatori di CAT, 476 operatori di varia professionalità). Tali incontri si sono svolti in varie città e province (MI, MB, VA, PV, BS; fuori Lombardia a MO).

Nel dibattito con i partecipanti presenti sono emerse molto spesso erronee convinzioni, prima fra tutte quella che in età anziana “un buon bicchiere di vino rosso a pasto” protegga l'apparato cardiovascolare, grazie al resveratrolo (sostanza contenuta in modica quantità nella buccia dell'uva nera). Tale convinzione è talmente diffusa e radicata, al punto da rappresentare un consiglio fornito anche ad anziani astemi o bevitori occasionali da medici (compresi gli stessi cardiologi) del tutto inconsapevoli di suggerire un consumo quotidiano di misura doppia al limite indicato dagli organismi sanitari nazionali e internazionali.

Nota 64

Albio Tibullo, poeta latino vissuto nel I secolo a.C., ha scritto: “Nel vino voglio soffocare i dolori, / al vino chiedo che faccia scendere / negli occhi stanchi, consolatore, il sonno”. Nell'800 Giacomo Leopardi ha affermato: “Il vino è il più certo e (senza paragone) il più efficace consolatore” e il poeta Emilio Praga ha scritto: “Dà il giovane vino alla malinconia la buonanotte.”

La poesia di un altro autore dell'800, William Ernest Henley, rappresenta efficacemente come l'alcol possa essere vissuto come un amico che non tradisce e non abbandona mai, da parte di persone fragili che vivono in compagnia di solitudine e depressione: “Io sono bellezza e amore; / io sono amicizia, tuo conforto; / io sono colui che dimentica e perdona: / lo spirito del vino.”

Infine, una poesia di Umberto Saba: “La vita è così amara, / il vino è così dolce; / perché dunque non bere?”.

Nota 66

Riguardo al circolo vizioso che lega malinconia e umore depresso al consumo alcolico, risulta utile riferirsi al concetto di causalità circolare, elaborato nell'ambito della teoria dei sistemi, che si pone in alternativa a una visione lineare, unidirezionale e deterministica del tipo “causa-effetto”.

Nota 67

“La depressione è questa sconosciuta che abita nel cuore di ciascuno di noi, e che ha fra le sue possibili cause la presenza dolorosa e oscura della solitudine: la solitudine come conseguenza di una depressione, e la solitudine come causa di una depressione; in una loro enigmatica circolarità. Alla depressione, a quella che chiamiamo con altra definizione malinconia, alla fragilità, al dolore e alla sofferenza che la nutrono, si accompagnano orizzonti tematici che ci invitano a scendere in noi stessi, nella nostra interiorità, nelle regioni profonde della nostra soggettività”.

Fonte: Borgna Eugenio, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano 2017, p. 49.

3. IL GIOCO D'AZZARDO

Per la figura dell'assistente sociale, anche il tema del gioco d'azzardo può apparire "di nicchia". In realtà siamo di fronte a un'espansione vertiginosa e continua del fenomeno, che nel nostro Paese assume una dimensione eclatante, facendoci conseguire postazioni poco invidiabili nelle classifiche mondiali; ormai il gioco d'azzardo riguarda tutta la popolazione e quindi, potenzialmente, tutti i cittadini e le famiglie con cui gli assistenti sociali entrano in contatto nel loro lavoro, a prescindere dal servizio di impiego. Ciò nonostante, il tema è ancora poco affrontato sia nella formazione di base, che nella formazione continua. Analogamente all'alcol, anche il gioco d'azzardo richiede di modificare lo sguardo, in coerenza a quanto evidenziato a livello epidemiologico. Come quello dell'alcol, il problema del gioco d'azzardo viene infatti generalmente ricondotto alla punta dell'iceberg, cioè alla fascia molto contenuta di persone con un comportamento problematico grave, che produce danni e compromissioni importanti in varie sfere della vita. Ma il problema riguarda in misura maggiore le persone - conosciute o estranee a chi gioca - coinvolte nel fenomeno di sanità pubblica definito "azzardo passivo", per deficit o mancanze nei ruoli e negli impegni, dismissione dalle responsabilità familiari e sociali, furti (di denaro o di futuro), falsificazioni, frodi e truffe, appropriazioni indebite, beni e redditi familiari dilapidati e aziende portate al fallimento, prestiti anche d'usura e sovraindebitamenti, conflitti o rottura delle relazioni, atti violenti intra ed extra familiari, sofferenze psicologiche dei familiari; e ancor di più, coinvolge larghi strati di popolazione (anche anziana) che possono transitare da un comportamento problematico, poco considerato tale, a un comportamento patologico di gioco.

L'orientamento alla giustizia sociale e ai diritti dei cittadini dovrebbe inoltre spingere la nostra comunità professionale a pensare e vivere il tema del gioco d'azzardo con sensibilità e consapevolezza: l'azzardo è una grande industria al centro di un'economia malata e perversa, un affare di mafia poco osteggiato, un vero e proprio mercato di illusione e inganno, specie per le persone più vulnerabili e più sole. È qualcosa che mina significativamente il capitale sociale: un modello culturale che attribuisce simboli, valori, progetti, desideri e sogni a vincite e riscatti individuali basati sulla fortuna (anziché su costruzione, ricerca, impresa, lavoro, talento e impegno) rende la collettività, inevitabilmente, sempre più povera nel suo capitale sociale. Un'ottica preventiva e proattiva potrebbe aiutare a fornire anche piccoli contributi della nostra comunità professionale a contrasto di questa causa di povertà, non solo economica, che ormai coinvolge tutti e che per la popolazione anziana - considerate la frequente condizione di solitudine e l'appetibilità per il mercato dell'azzardo - può connotarsi come nuova e diffusa fonte di malessere e disagio.

3.1. Alcuni elementi storici e di contesto

3.1.1. *Un po' di storia*

Il gioco d'azzardo ha origini antichissime ed è diffuso in tutto il mondo.

Scommesse ai dadi e alle corse dei carri avvenivano nelle civiltà antiche, sia in Occidente che in Oriente; numerose ricerche archeologiche e antropologiche testimoniano la diffusione del gioco dei dadi fin dal 3.500 a.C., fra gli egizi, i cinesi, i sumeri, gli assiri e i babilonesi. Nell'antica Grecia si scommetteva sull'esito delle gare olimpiche, nella Roma imperiale su corse di bighe e lotte dei gladiatori. La proposta di giochi per il popolo, per rimpinguare le casse pubbliche o finanziare grandi opere, ha origini molto antiche: vi hanno fatto ricorso anche imperatori romani e dinastie cinesi coinvolte nella costruzione della Grande Muraglia.

In tempi più recenti si diffusero dapprima le carte da gioco e le lotterie, poi la roulette e l'ippica moderna. A fine '800 negli USA un meccanico di origini tedesche, Charles Fey, inventò la prima slot machine; già tre secoli prima era stato pubblicato un testo in latino considerato il primo manuale per il trattamento dei giocatori patologici, *Alea. De curanda ludendi in pecuniam cupiditate*, scritto dal medico Justus Pascasius.

In Italia il gioco d'azzardo si è sviluppato a partire dalla metà del XVI secolo, interessando nelle varie forme di espressione tutti gli strati sociali.

Nel 1638 a Venezia nacque la prima casa da gioco, il ridotto di San Moisè, frequentato da nobili che celavano la propria identità con la tipica maschera bauta; a quell'epoca risale anche il lotto del ponte di Rialto, così chiamato perché il premio era rappresentato da un lotto di immobili messi in palio dalla Serenissima. Nello stesso periodo a Torino si teneva il lotto della zitella, che raccoglieva denaro dal popolo tramite scommesse sui numeri che sarebbero usciti: ogni numero era attribuito a una ragazza povera in età da marito, che se fortunata avrebbe ricevuto in dote un premio in denaro.

Perfino lo Stato Pontificio si trovò ad affrontare la questione del gioco d'azzardo, considerandola in modi contrastanti: a volte come vizio diabolico e male incurabile da sopprimere, altre come fonte di entrate.

Nel 1837 a Bagni di Lucca fu inaugurato il primo casinò europeo, poco noto fra gli italiani anche per un successivo lungo periodo di chiusura e attualmente destinato a sede museale sul gioco d'azzardo: veniva frequentato dai nobili di varie casate europee, nel tempo libero dalle cure termali, ed era utilizzato dai governanti locali per raccogliere, dai ricchi dell'epoca, denaro destinabile a favore dei più poveri.

Il primo gioco riconosciuto a livello nazionale è stato il lotto, nel 1863, dopo solo due anni dall'Unità d'Italia. Quasi settant'anni dopo viene organizzata la prima lotteria nazionale, abbinata a una gara automobilistica (lotteria di Tripoli, 1932). I casinò tuttora attivi, inaugurati fra il 1905 e il 1946, sono ubicati a Sanremo, Saint Vincent, Campione d'Italia e Venezia.

Il primo ampliamento significativo dell'offerta di gioco risale all'immediato dopoguerra, con l'istituzione di giochi collegati al mondo dello sport. Nel 1946 compare la schedina (Sisal, ribattezzata due anni dopo Totocalcio): c'è bisogno di distrarsi e di ricostruire (parte dei ricavi contribuiscono a ricostruire molti stadi distrutti dai bombardamenti); l'espressione "fare 13" diventa un modo di dire diffuso, tanto quanto l'abitudine di persone e gruppi a compilare la schedina prevedendo gli esiti delle partite.

Sul finire dello stesso secolo, cioè dagli anni '90, si avvia un ulteriore, enorme ampliamento dell'offerta di gioco (1994 Gratta e Vinci, 1997 SuperEnalotto, 1998 scommesse sportive a quota fissa, successivamente sale Bingo, slot e gioco on line), con una crescita esponenziale sia quantitativa, che tipologica. Il grande sviluppo del gioco d'azzardo avviene per la concomitanza di diversi fattori: da un lato un'offerta di azzardo incrementata notevolmente, dall'altro la crisi economica, la precarietà lavorativa, la fragilità economico-sociale di fasce di popolazione di varia età le cui condizioni sono peggiorate e che trovano nel gioco un'illusione di riscatto.

L'iper disponibilità di occasioni, luoghi e tempi di gioco d'azzardo (sempre più diffusi nella vita quotidiana, nei quartieri e nei paesi di tutto il territorio, in qualunque momento dell'anno e a qualunque ora), unita a una facilità di accesso molto ampia (sia riguardo alle puntate di gioco, che riguardo al potenziale cognitivo necessario per giocare), rendono molto più facile un comportamento che può agevolmente scivolare in una situazione di rischio o danno.

In termini storici e culturali è avvenuto un totale ribaltamento, con un cambiamento profondo dello scenario e della funzione del gioco nella vita individuale e collettiva. I giochi del passato erano caratterizzati da tradizione, lentezza, ritualità, socialità, condivisione, manualità, talvolta anche da complessità e abilità: la tombola delle feste natalizie, la sera settimanale dedicata al poker o allo scopone scientifico con gli amici di sempre, il rito della schedina del Totocalcio compilata in gruppo da compagni di scuola o da colleghi di lavoro, rappresentano alcuni dei possibili esempi. Esistevano momenti e luoghi precisi (l'estrazione settimanale del lotto, la lotteria di Canzonissima, i casinò, gli ippodromi, le bische clandestine), con una soglia di accesso non sempre facilmente superabile; le vincite potevano essere anche di notevole importo, ma spesso non corrispondevano a una riscossione immediata e comunque avevano il gusto dell'attesa.

Al contrario i giochi del presente risultano caratterizzati da iper velocità, solitudine, consumo, facilità d'uso (confusa con facilità di vincita), tecnologia, globalizzazione, riscossione immediata e talvolta virtuale, disponibilità continua e diffusa, maggiore addittività (potere di favorire la dipendenza): si gioca da soli, a

qualunque ora, on line o in esercizi commerciali quali bar e tabaccherie, con “macchinette” mangiasoldi semplici per il giocatore ma frutto di studi molto raffinati oppure con schedine delle più varie lotterie istantanee, che vengono proposte come fossero occasione di riscatto e promessa di futuro. A questo proposito rappresentano un esempio illuminante alcune fra le frasi stampate sui biglietti dei Gratta e Vinci, di cui esistono molte decine di varianti: “spensierati e sistemati”, “vinci per la vita”, “batti il banco”, “miliardario”, “turista per sempre”: appare evidente che, a fronte di diritti collettivi negati, si spinge ipocritamente a fortune individuali.

In generale, la visibilità e la possibilità di controllo sono sfumate, in assenza di luoghi e momenti dedicati: la soglia di accesso (simbolica, psicologica, fisica) si è notevolmente abbassata; il gioco d’azzardo cerca tutti, sempre e ovunque.

In passato il gioco d’azzardo riguardava sostanzialmente una ristretta fascia di popolazione: l’immagine classica del giocatore è quella di un uomo alla ricerca di sensazioni forti, di comportamenti a rischio e di avventura, di belle donne e soldi; frequentava luoghi specifici quali casinò, bische, ippodromi; se eccedeva, era visto come vizioso posseduto dal gioco, irresponsabile e rovina-famiglia. Oggi il gioco d’azzardo è un fenomeno sociale trasversale, una vera e propria malattia del nostro tempo, che interessa tutta la popolazione: è affare di mafia⁶⁸, effetto e causa di povertà, elemento essenziale di un’economia malata.

3.1.2. L’industria dell’azzardo

Alcuni dati possono aiutare a comprendere la portata del fenomeno. Innanzitutto la consistenza del volume d’affare: l’industria del gioco d’azzardo (perché è di questo che si deve parlare) si colloca fra le prime industrie italiane, a fianco di quelle del settore manifatturiero e dell’energia. Il fenomeno può ormai essere definito come gioco d’azzardo industrializzato di massa.

Il volume d’affari è impressionante. La spesa per il gioco è cresciuta esponenzialmente, in nemmeno un decennio (da 25 miliardi € nel 2004 a 94 miliardi € nel 2012), senza che aumentassero proporzionalmente le entrate per l’Erario (che nel periodo 2004-2012 sono risultate comprese fra 6 miliardi € e 9 miliardi €). Il 2004 è un anno emblematico, per la profonda riorganizzazione del settore a cura dell’Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato; il 2012 si presta a un confronto con la stima del mercato globale del gioco d’azzardo negli USA, pari a 430 miliardi \$.⁶⁹

Il seguente grafico⁷⁰ testimonia che nel 2019 la “raccolta” (cioè l’ammontare complessivo delle puntate effettuate dalla collettività dei giocatori, di qualunque età) è risultata pari a 111 miliardi €, di cui circa un terzo giocati on line; la Lombardia è al primo posto fra le regioni che contribuiscono maggiormente alla raccolta, seguita da Campania, Lazio, Veneto ed Emilia Romagna. Le entrate per l’Erario sono risultate pari a 11 miliardi €.

Un termine di paragone interessante è dato dal grafico successivo⁷¹, da cui si evince che nello stesso anno per il Servizio Sanitario Nazionale il finanziamento pubblico (cioè da parte della collettività dei cittadini) è stato pari a 114 miliardi €. Dunque la popolazione italiana spende per il gioco d’azzardo tanto denaro quanto per il Servizio Sanitario Nazionale.

Ulteriore termine di paragone interessante, di tutt’altro profilo, è quello con la stima dei miliardi spesi dagli italiani nel 2018 (ultime stime disponibili) per l’acquisto di sostanze stupefacenti: 16 miliardi €, di cui circa il 40% per cannabis e circa il 30% per cocaina⁷².

⁶⁸ Vedi note a fondo capitolo.

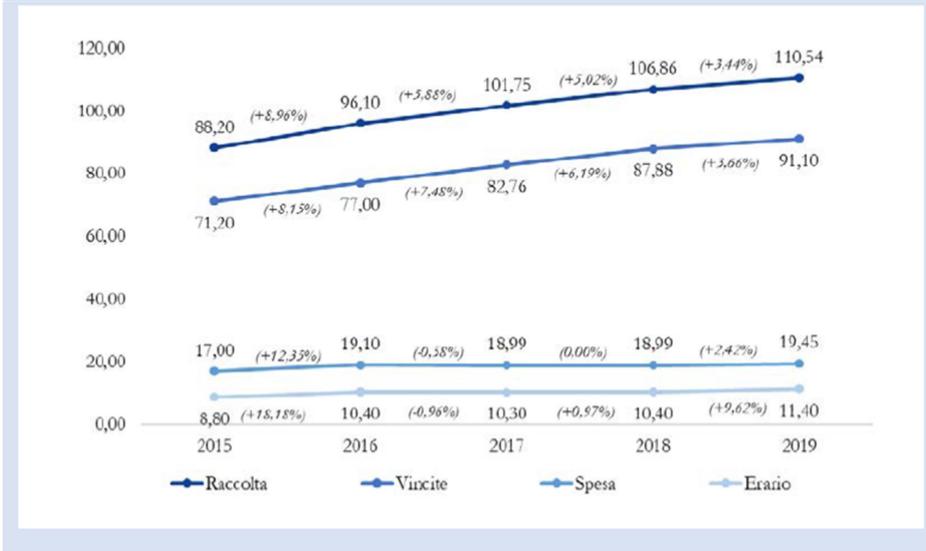
⁶⁹ Guillou Landreat Morgane et al., “Determinants of gambling disorders in elderly people. A systematic review”, *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10, 837, p. 8.

⁷⁰ ADM - Agenzia Dogane Monopoli, *Libro blu 2019. Relazione*, Roma 2020, p. 82.

⁷¹ Fondazione GIMBE Evidence for Health, *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, report osservatorio GIMBE 7/2019, Bologna 2019, p. 3.

⁷² Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2021 (dati 2020)*, Roma 2021, p. 6.

Figura IV.1: Raccolta, Vincite, Spesa, Erario



Fonte: elaborazione dati ADM su banca dati Sistema Business Intelligence Giochi e Tabacchi
Per ulteriori dettagli cfr. Appendice: Tabella all.59

Valori espressi in miliardi di euro

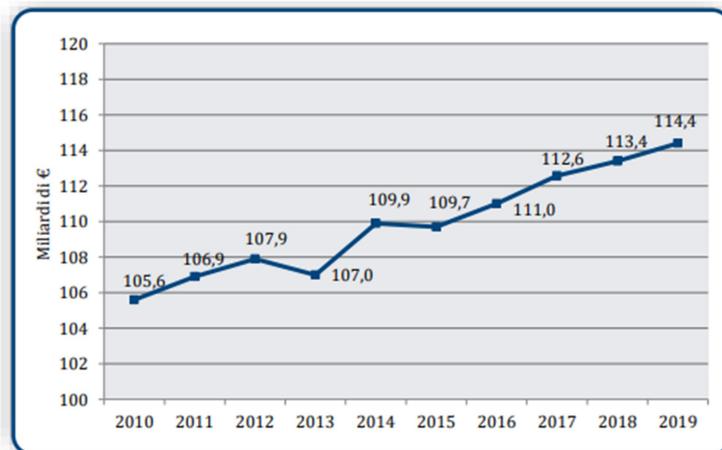


Figura 1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2010-2019

A lungo gli italiani hanno assegnato al gioco del lotto un'immagine "romantica", cui hanno contribuito la smorfia napoletana, i numeri suggeriti in sogno e anche un gigante del teatro come Eduardo De Filippo; oggi il lotto è organizzato da Lottomatica, marchio appartenente a uno dei più grandi gruppi mondiali del gioco d'azzardo, la *International Game Technology*: questa ha le sue sedi principali a Londra, Las Vegas, Roma e risulta controllata dal Gruppo De Agostini (quindi è, di fatto, italiana).

Nel panorama europeo e mondiale del gioco d'azzardo, l'Italia risulta ai primi posti: in particolare, è al 1° posto per i Gratta e Vinci (il gioco preferito dagli italiani, introdotto nel 1994 a seguito della disaffezione verso le lotterie classiche, dovuta al tempo intercorrente fra l'acquisto del biglietto e l'estrazione finale).

Nel giro di pochi decenni l'Italia si è trasformata da un Paese propenso al risparmio a un Paese dedito al gioco d'azzardo. In un'economia non ancora finanziarizzata ma fondata sul lavoro e sulla produzione, nella nostra Costituzione il risparmio era indicato come valore, strumento di maggiore benessere dei cittadini e di partecipazione alla crescita del Paese, oggetto di interesse dello Stato: "La Repubblica incoraggia e tutela il risparmio in tutte le sue forme; disciplina, coordina e controlla l'esercizio del credito. Favorisce l'accesso del risparmio popolare alla proprietà dell'abitazione, alla proprietà diretta coltivatrice e al diretto e

indiretto investimento azionario nei grandi complessi produttivi del Paese” (art. 47). Ora, evidentemente, non è più così.

Oltre la metà del denaro raccolto dall’industria dell’azzardo (e delle entrate erariali) proviene dalle slot machine (AWP *Amusement With Prizes*, diffuse in bar e tabaccherie e funzionanti a monete, e VLT *Video Lottery Terminal*, poste in luoghi dedicati quali ad esempio le sale slot e funzionanti a monete, banconote o ticket emessi in caso di vincita). Le slot machine coinvolgono una quota contenuta di popolazione, di tutte le età, ma rappresentano la principale fonte dei problemi economici e di salute dei giocatori patologici più vulnerabili (a titolo esemplificativo, i giocatori di slot, di varie età, rappresentano l’80% degli utenti per gioco d’azzardo dei SERD in Veneto e in Emilia Romagna, il 77% in Piemonte). Se il disturbo da gioco d’azzardo è un malaugurato effetto collaterale, è però anche la maggiore fonte di guadagno per il banco; per il mercato dell’azzardo, le slot rappresentano la classica “gallina dalle uova d’oro”: sono quindi oggetto di investimenti e di ricerche anche sofisticate.

Non tutti sanno che le slot machine sono progettate facendo riferimento a studi e modelli teorici di psicologia. Molto citato è il lavoro dello psicologo americano Burrhus Skinner, ripreso da Thomas Zentall, sul condizionamento operante e il rinforzo intermittente, effettuato in laboratorio con piccioni o topi; l’animale si trova in una gabbia protetta da influenze esterne (luci, suoni), di fronte a un dispensatore munito di leva, che è programmato per fornire a una frequenza casuale il premio (cibo o acqua). Concretamente, viene indotto un comportamento compulsivo: l’animale impara che se continua a schiacciare la leva, prima o poi il premio arriverà; quindi impara che premere la leva può essere seguito da un rinforzo e, in sostanza, impara a non smettere di schiacciare la leva.

Il ritmo meccanico delle slot, guidato dall’elettronica, procura ai giocatori uno stato di trance (*flow*) in cui le attese familiari o sociali scivolano via e i problemi e le preoccupazioni della vita quotidiana non riescono a penetrare: i giocatori lo descrivono come una sorta di “bolla”, una specie di stato mentale dissociativo in cui si è totalmente assorbiti dal gioco, in una sorta di sospensione dal mondo; vengono meno la percezione spazio-temporale, il bisogno di socialità, il senso del valore del denaro. In questo momento stregato, in questo luogo di fuga dalla vita reale, il giocatore non è più interessato a vincere, ma a giocare il più a lungo possibile: l’industria del *gambling* (gioco d’azzardo) ha costruito macchine in grado di trasformare il gioco con la slot in una gabbia di Skinner, consentendo di continuare a giocare senza doversi interrompere e stimolando risposte comportamentali costanti, frequenti e difficili da estinguere. Si potrebbe dire che le slot sono Skinner box per umani.

Un grande investimento - tale da poter parlare di design del gioco d’azzardo - è effettuato su alcuni aspetti quali sgabelli ergonomici, pulsanti da premere, luci, colori, suoni prodotti dalla macchina, immagini del display, affinché siano tali da attirare e mantenere sullo schermo la totale attenzione e concentrazione del giocatore. In luoghi dedicati, quali casinò e sale VLT, sono poi generalmente assenti sia gli orologi a parete, sia finestre che consentano di far entrare la luce naturale, per evitare riferimenti spazio-temporali utili a mantenere il contatto con la realtà.

Più in generale, le strategie dell’industria del gioco d’azzardo configurano un vero e proprio mercato dell’illusione e dell’inganno, mirando a:

- captare l’attenzione dei potenziali giocatori, grazie a una pubblicità ossessiva e invadente, che (finché non è stata vietata) ha molto insistito sulle facili possibilità di vincere e risolvere i problemi con un colpo di fortuna, avvalendosi anche di testimonial di sport e spettacolo poco responsabili, e grazie a tipologie di prodotti e di canali di distribuzione mirati per diversi target di consumatori (giovani, donne, maschi adulti, persone anziane);
- creare disinibizione, sdoganando il gioco d’azzardo da connotazioni negative e stigmatizzanti;
- creare *addiction* (dipendenza)⁷³, costruendo generazioni di giocatori d’azzardo.

⁷³ Vedi note a fondo capitolo.

Rispetto all'ultimo punto, è decisamente inquietante proporre a bambini e ragazzi di passare dal *game* (gioco) al *gamble* (gioco d'azzardo), tramite le *ticket redemption*. Si tratta di slot machine specifiche, collocate in luoghi aperti al pubblico (sale giochi, centri commerciali, parchi di divertimento) e spacciate per giochi di intrattenimento familiare: queste particolari slot non restituiscono denaro a fronte di una vincita, ma a prescindere dal risultato rendono ticket per premi, accumulabili (con un certo investimento di denaro e di tempo) e convertibili poi in un oggetto (es. pupazzo, braccialetto, portachiavi, orologio, cellulare), che viene considerato dai piccoli giocatori come un premio conquistato, anziché come un prodotto acquistato (oltretutto a caro prezzo).

La macchina non restituisce un solo ticket con stampato un valore accumulato, ma una grande quantità di ticket che evidenzia il "guadagno" in rapporto al suo volume, accumulandosi nelle mani di bambini e ragazzi quasi fossero monete sonanti: un meccanismo perverso che affascina e che vale, in termini di emozione e di gratificazione, quasi più del premio stesso. In questo modo, per l'industria dell'azzardo "il gioco è fatto": si sono poste le basi per far sperimentare alle giovani generazioni i meccanismi delle slot (luci, colori, suoni, semplicità e velocità d'uso, ecc.) e per fidelizzare nuovi consumatori che, una volta maggiorenni, potranno in molti casi passare alle slot machine vere e proprie.

Le *ticket redemption* sono state introdotte nel nostro ordinamento con l'art. 1 comma 475 della legge 228/2012 (legge di stabilità 2013), che prevedeva l'emanazione di regole tecniche entro l'anno successivo (in realtà avvenuta solo nel 2020): in questo lasso di tempo alcune Regioni (fra cui Piemonte, Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia) e alcuni enti locali (ad esempio il Comune di Prato) hanno disposto il divieto di utilizzo per i minorenni.

Riguardo l'intera platea dei giocatori potenziali, è importante riflettere sulla pubblicità dell'azzardo: prima della legge 96/2018, che ha introdotto il divieto assoluto per la pubblicità di giochi con vincita in denaro e scommesse (incluse le sponsorizzazioni e le forme indirette), il valore complessivo in Italia della pubblicità dell'azzardo era stimato sui 150-200 milioni € all'anno.

Le ricerche sul ruolo della pubblicità come *trigger*, cioè fattore scatenante l'impulso e la voglia di giocare, sono poche e non riescono ad approfondire la correlazione esistente fra pubblicità e gioco d'azzardo, ma indicano un'influenza negativa, specie sui giocatori problematici (compreso chi sta cercando di smettere di giocare) e sulle fasce di popolazione vulnerabili. Più in generale va considerato l'effetto cumulativo a medio-lungo termine della pubblicità nel suo complesso, verso la normalizzazione del comportamento di gioco e l'atteggiamento nella vita quotidiana: a tale proposito è sufficiente pensare a quante volte ci è capitato di dire o di sentirci dire "Ti piace vincere facile?", senza riferirsi nel discorso al gioco d'azzardo.

Analogamente all'alcol, paradossale è la sottolineatura della responsabilità dei comportamenti individuali, avulsi da un contesto che spinge al gioco d'azzardo⁷⁴: ciò dimostra una scarsa attenzione e responsabilità sociale nei confronti delle persone fragili, di varia età, che possono cercare o trovare nel gioco d'azzardo un'illusione di riscatto da fallimenti e frustrazioni o la speranza di uscire da situazioni economiche ristrette e faticose.

L'accento è posto solo sulle responsabilità del singolo individuo, senza nominare da un lato le responsabilità dell'industria del gioco d'azzardo, dall'altro le responsabilità dello Stato.

3.1.3. Istituzioni pubbliche e cittadini vulnerabili

Nel tempo si sono espressi e alternati divieti, concessioni, gestioni in proprio, istanze moralistiche, controllo orientato a una gestione ordinata di un ambito equivoco e delicato quale è quello dell'azzardo, possibilità di raccogliere denaro dalla collettività anche per dichiarate preoccupazioni del bene pubblico (es. patrimonio artistico), in una convivenza contraddittoria e ambivalente fra ordine pubblico e problemi sociali, profitto e aspetti etici, costi collettivi e libertà individuali (libertà di impresa economica, libertà di comportamento di gioco).

⁷⁴ Vedi note a fondo capitolo.

La storia italiana del gioco d'azzardo del '900 è caratterizzata da un regime di sostanziale proibizionismo, con notevoli eccezioni (lotto, Totocalcio, casinò, scommesse ippiche, lotterie nazionali), tutte legate strettamente allo Stato o ad amministrazioni pubbliche.

Il D Lgs 496/1948 affida allo Stato il controllo totale sul gioco pubblico: l'art. 1 afferma che sono riservati allo Stato l'organizzazione e l'esercizio dei giochi di abilità e dei concorsi pronostici in cui è prevista una ricompensa e il pagamento di una somma di denaro per poter partecipare, attribuendo al Ministero delle Finanze l'organizzazione e l'esercizio di tali attività (definite come ludiche), con una gestione che può essere sia diretta che data in concessione a terzi, tramite procedure di gara a evidenza pubblica.

Molti anni dopo, la legge 425/1995 ("Modifiche all'art. 110 del Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza, approvato con Regio Decreto 18/6/1931 n. 773, concernente le caratteristiche degli apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici da trattenimento e da gioco di abilità e degli apparecchi adibiti alla piccola distribuzione") regola le prime slot machine.

Negli anni Duemila diversi provvedimenti normativi intervengono sul mondo dell'azzardo, considerandolo un vero e proprio settore economico e affidando all'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS) le attività di organizzazione, esercizio e controllo di giochi, scommesse e concorsi pronostici. Si apre inoltre la strada al gioco telematico, anche con *bookmakers* esteri.

Emblematico è il cosiddetto decreto Abruzzo, del 2009. Per poter finanziare la ricostruzione post-terremoto si estende l'offerta dei giochi, tramite fra l'altro nuove slot digitali (VLT, collocate in sale apposite), la legalizzazione delle *poker room* on line, la lotteria istantanea *Win for Life*, che per la prima volta mette in palio non un premio da riscuotere tutto insieme, ma una rendita mensile per vent'anni. In particolare, le sale slot - che da lì in poi invaderanno le città - possono essere considerate, secondo la nota definizione dell'antropologo Marc Augé, come "non luoghi", cioè come spazi privi di identità, storia, relazione con la comunità.

Nel 2011 il cosiddetto decreto di Ferragosto liberalizza il gioco on line e assegna all'AAMS una maggiore autonomia e possibilità di introdurre nuovi giochi e nuove modalità di gioco. Nel 2012 l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM) assorbe le competenze dell'AAMS.

L'attenzione del legislatore alle persone con problemi di gioco arriva molto tardi. Un primo accenno è nella legge 220/2010, che dispone di adottare linee d'azione per prevenire, contrastare e recuperare fenomeni di ludopatia - questa è purtroppo la definizione utilizzata - conseguente a gioco compulsivo, prevedendo un termine di 60 giorni per l'adozione di un apposito decreto a più firme (Ministero Economia e Finanze-AAMS, Ministero Salute, Conferenza Unificata), che rimane disatteso. Successivamente la legge 189/2012 (nota come decreto Balduzzi, derivando da un DL convertito in legge) istituisce un apposito Osservatorio nazionale sul fenomeno e stabilisce che nei LEA venga inserita anche la dipendenza da gioco; si afferma quindi il diritto delle persone affette da ludopatia (definita ancora così) di accedere al SSN per ricevere le prestazioni di cui necessitano, analogamente ai cittadini con altre forme di dipendenza: viene riconosciuto ufficialmente per la prima volta in Italia che il gioco d'azzardo patologico è una malattia, ma non viene prevista la copertura finanziaria.

Solo con la legge 190/2014 (legge di stabilità 2015) si destinano 50 milioni € annui, per un triennio a decorrere dal 2015 e nell'ambito dei finanziamenti al SSN (quindi non con fondi aggiuntivi), a scopi di prevenzione, cura e riabilitazione di persone dipendenti dal gioco d'azzardo. La legge 208/2015 (legge di stabilità 2016) istituisce il Fondo per il gioco d'azzardo patologico, sempre per 50 milioni € annui, e affida al Ministero della Salute, coadiuvato dal MIUR, campagne di informazione e sensibilizzazione sui potenziali rischi del gioco d'azzardo da realizzarsi nelle scuole; si esprime inoltre riguardo alla riduzione, a partire dal 2017, del numero di slot machine attive⁷⁵ e riguardo alla pubblicità ingannevole.

Il cosiddetto decreto Dignità, convertito con legge 96/2018, sostituisce l'espressione ludopatia con quella di disturbo da gioco d'azzardo e vieta la pubblicità su giochi o scommesse con vincite in denaro; introduce

⁷⁵ Vedi note a fondo capitolo.

regole per quanto stampato sui biglietti delle lotterie istantanee (ad esempio la frase “Questo gioco nuoce alla salute”, analogamente a quanto riportato sui pacchetti di sigarette); prevede che l’accesso alle slot machine (AWP da remoto e VLT) avvenga tramite tessera sanitaria (per impedirne l’accesso ai minorenni); istituisce il logo “No slot” per identificare gli esercizi pubblici e i circoli privati senza slot machine.

Svariati atti normativi, sia fra quelli fin qui citati che altri appositamente emanati, regolamentano gli aspetti fiscali connessi al gioco d’azzardo, anche riguardo al contrasto all’evasione e alla tracciabilità dei flussi di denaro. Paradossale, comunque, appare la lotteria degli scontrini avviata nel 2021, che spinge all’uso di registratori di cassa telematici e di mezzi di pagamento elettronici tramite la partecipazione a una lotteria nazionale, collegata al programma Italia CashLess.

L’impegno istituzionale a protezione dei cittadini, specie al livello centrale, appare quindi timido e tardivo, a fronte di un fenomeno in crescita esponenziale - anche per l’enorme ampliamento dell’offerta di azzardo, da cui lo Stato, come abbiamo visto, non è escluso - e che è ormai una questione di salute pubblica, con costi elevati a livello individuale e familiare nonché forti ripercussioni a livello comunitario e sociale.

Al livello territoriale, dopo che la Corte Costituzionale ha riconosciuto alle Regioni e Province Autonome il potere di legiferare in materia di gioco d’azzardo - potere riconducibile anche agli ambiti sociale e sanitario e non solo a quello di tutela dell’ordine pubblico e della sicurezza - tutte le Regioni hanno approvato specifici provvedimenti, per prevenire la diffusione della dipendenza dal gioco e per tutelare le persone a rischio: le LR sono state approvate fra il 2012 e il 2020 (2012-2013: 7, 2014-2015: 8, 2016-2020: 5).

Già da alcuni anni una parte della società civile e delle comunità professionali si era impegnata, con tenacia e responsabilità, a contrastare il gioco d’azzardo e a sensibilizzare la popolazione e le istituzioni, segnalando e sottolineando i gravi problemi derivanti dall’azzardo. Per iniziativa di un medico e di uno psicologo sensibili al cambiamento in atto, nel 2000 era stato organizzato a Forte dei Marmi il primo congresso italiano sul gioco d’azzardo patologico; allo stesso periodo risale la costituzione delle principali realtà associative che raggruppano su scala nazionale studiosi e specialisti esperti e impegnati sul gioco d’azzardo, di varie professionalità (medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, ecc.). Diverse, poi, sono le iniziative a livello locale di gruppi e movimenti (es. movimento no slot).

Riguardo alla popolazione di età elevata, il gioco fra gli anziani è un fenomeno che comincia ad arrivare ai servizi per le dipendenze, ribaltando il concetto di familiare che si rivolge al servizio perché la persona direttamente coinvolta nel problema è poco propensa a chiedere aiuto: in passato si presentavano ai servizi genitori preoccupati per il figlio adolescente consumatore di droghe più o meno leggere, ora arrivano anche figli o nipoti preoccupati per il genitore o nonno giocatore d’azzardo. Tuttavia il gioco d’azzardo negli anziani è ancora poco oggetto di studi e di ricerche specifiche, in un quadro generale di approfondimento sul fenomeno in cui c’è ancora molto da fare.

3.1.4. La percezione del problema nella popolazione

Nel 2016 il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell’Istituto Superiore di Sanità ha realizzato una ricerca di scala nazionale sulla percezione del gioco d’azzardo⁷⁶, intervistando 3.000 italiani ultra15enni (il 25% over 65). La ricerca ha indagato - con riferimento alla popolazione intera, quindi non specificamente all’età anziana - la pratica dei giochi d’azzardo e la problematicità connessa a questo comportamento.

Oltre la metà degli intervistati non ha definito come giochi d’azzardo i Gratta e Vinci, il Totocalcio, il lotto e il SuperEnalotto, senza differenze rilevanti per classi di età e area geografica. I giocatori (intesi come chi ha praticato almeno un gioco nell’ultimo anno) sono risultati il 50% del campione; giochi più diffusi: Gratta e Vinci (31%), seguito da lotto e SuperEnalotto (15%).

⁷⁶ Mortali Claudia et al., “Percezione del fenomeno gioco d’azzardo nella popolazione generale”, in ISS Istituto Superiore di Sanità, *Disturbo da gioco d’azzardo: risultati di un progetto sperimentale*, rapporti ISTISAN 18/5, Roma 2018.

Alla domanda sugli interlocutori che potrebbero essere di aiuto, i rispondenti indicano lo psicologo (specie al Sud) e i servizi del SSN e/o del privato sociale (specie al Centro e al Nord), poi i familiari. Interessante osservare che gli intervistati over 65 indicano come interlocutori significativi, più di ogni altra fascia di età, anche il medico di base e l'assistente sociale.

Per limitare il gioco d'azzardo, il provvedimento ritenuto più utile è l'eliminazione delle slot machine da bar e locali pubblici, indicato dal 52% degli intervistati. Difficoltà economiche e disagio sociale sono le motivazioni al gioco più scelte dal campione, seguite dal desiderio di sfidare la sorte, da difficoltà particolari (divorzio, lutto, licenziamento) e dalla solitudine.

Sempre nel 2016 è stata condotta su scala nazionale un'altra ricerca sulla percezione del gioco d'azzardo⁷⁷, che ha coinvolto 2.008 maggiorenti, di varie fasce di età (il 26% over 65). La ricerca ha indagato - con riferimento alla popolazione intera, quindi non specificamente all'età anziana - i comportamenti di gioco, i giochi preferiti (nell'ordine Gratta e Vinci, lotto e SuperEnalotto, scommesse sportive), le differenze di genere riguardo alla spesa quotidiana (più bassa per le femmine) e alle motivazioni (fuga dalla solitudine e dalle incombenze quotidiane per le femmine, competizione e ricerca di emozioni forti per i maschi).

I dati più interessanti di questa ricerca attengono alla valutazione delle politiche pubbliche. Il 92% del campione pensa che l'impegno nella prevenzione da parte di Comuni e Regioni sia importante, per l'85% le norme politiche rispetto alla prevenzione sono inefficaci: in particolare, il 19% ritiene che lo Stato non abbia interesse a ridurre ciò che è ritenuto una fonte di guadagno, il 14% pensa che il fenomeno sia troppo diffuso, il 9% indica controlli insufficienti e scarsa prevenzione, il 4% segnala l'assenza di campagne di sensibilizzazione. Il 15% ritiene che alcuni Comuni si siano impegnati per migliorare la situazione.

Infine, fanno riflettere i punteggi attribuiti ad alcune affermazioni proposte dai ricercatori: il gioco illegale è controllato prevalentemente dalla criminalità (8 su 10), la politica ha un atteggiamento poco serio sul tema del gioco d'azzardo (8 su 10), vietare il gioco non serve a nulla perché le persone giocheranno comunque in qualche modo (7 su 10), il proibizionismo sul gioco è un errore in quanto favorisce il gioco illegale (7 su 10), al momento il tema del gioco d'azzardo è nell'agenda di un politico o di un partito (5 su 10).

3.2. La definizione di gioco d'azzardo e di giocatori

3.2.1. Gioco e gioco d'azzardo

Il gioco è un'attività di intrattenimento con finalità di svago, che presenta alcune caratteristiche basilari:

- insieme di regole predefinite, conosciute e condivise dai partecipanti;
- svolgimento in una situazione spazio-temporale precisa (area o campo di gioco, durata prefissata o orario di inizio o di fine, momento dedicato e altro rispetto al tempo di studio o di lavoro);
- possibilità di aderire volontariamente all'attività e, quindi, anche di ritirarsi;

inoltre, se il gioco si configura come competizione/gara:

- vittoria conclusiva da parte di un singolo o una coppia o un gruppo;
- possibile previsione di un premio o una ricompensa finale (anche in denaro);
- compresenza di una quota di abilità (che può essere incrementata tramite esperienza, studio, riflessione ed esercizio) e una quota di caso/fortuna.

Il gioco d'azzardo è sostanzialmente una scommessa, cioè la promessa di un premio o di una ricompensa finale (per lo più in denaro) a chi preveda esattamente un evento futuro e dall'esito incerto, in cui il caso / la fortuna determina il risultato; per scommettere il giocatore mette in palio una posta (quasi sempre in denaro) che, una volta scommessa, non può più essere ritirata.

Il termine azzardo significa di per sé attività rischiosa: il caso è decisivo, mentre l'abilità conta poco o nulla, e da ciò origina il rischio.

⁷⁷ Guerreschi Cesare, "Indagine nazionale sulla percezione del gioco d'azzardo nella popolazione generale", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2017.

A qualunque età e ovunque, il gioco (zona intermedia fra realtà e fantasia) è necessario, è parte insostituibile dell'esistenza umana, è un'attività che fa acquisire o mantenere capacità personali e sociali, è una parentesi di piacere e di libertà dalla routine e dalle incombenze della vita quotidiana (studio, lavoro, casa, famiglia, impegni di altro tipo). Il gioco d'azzardo, invece, è inutile e può anche divenire pericoloso.

Per le persone anziane, i giochi di vario tipo e abilità (giochi a carte, giochi di società, scacchi, ecc.), praticati in luoghi domestici o aggregativi (generici o specifici per la terza età), possono favorire la continuità dei processi di apprendimento, mantenere o migliorare la funzionalità cerebrale, rappresentare occasioni di socializzazione e relazione positiva, tutti aspetti assenti in varie forme di gioco d'azzardo.

A lungo nel nostro Paese si è espressa una certa resistenza e ambiguità nel definire il gioco d'azzardo come tale, utilizzando cioè parole che includessero i rischi e i danni connessi a un comportamento sempre più diffuso e problematico. A tale proposito è emblematico il ricorso all'espressione ludopatia (anche in testi di legge): questa espressione ha ambiguamente occultato un fenomeno di sanità pubblica e individuale, riferendolo al comportamento poco responsabile di cittadini incapaci di accontentarsi di una dimensione ludica e ricreativa; in sostanza, un'espressione che da un lato assolve l'industria dell'azzardo e le istituzioni colpevolmente assenti, dall'altro lato condanna le persone vulnerabili che cascano nella trappola e nella spirale distruttiva del gioco d'azzardo.

3.2.2. *Tipologie di giocatori d'azzardo*

In relazione alla frequenza e modalità di comportamento, si possono distinguere:

- non giocatore = chi non gioca mai, in nessuna occasione, nemmeno a scopo esclusivamente ludico;
- giocatore sociale o ricreativo = chi ha un comportamento di gioco d'azzardo occasionale o poco frequente ed è motivato da desideri di competizione, divertimento, socializzazione; la spesa è generalmente contenuta e rientra nei limiti delle proprie disponibilità economiche; la possibilità di perdere il denaro puntato è contemplata: il giocatore sociale non torna a giocare per rifarsi delle perdite e può interrompere quando desidera; il gioco d'azzardo ricreativo è un comportamento che non presenta rischi e problemi, se non si trasforma in gioco problematico;
- giocatore problematico = chi ha un comportamento di gioco periodico, che determina un aumento progressivo del tempo trascorso giocando, con modifica del significato attribuito al gioco (da divertimento e socializzazione a opportunità di guadagno, di realizzazione o di rivalsa) e aumento del denaro speso; i problemi di gioco possono essere lievi oppure moderati: il comportamento è a rischio per la salute (fisica, mentale, sociale) e necessita di intercettazione precoce e di intervento, per non evolvere in gioco patologico; i rischi, come i danni, aumentano costantemente quanto più spesso si gioca e quanto più denaro si investe nel gioco d'azzardo;
- giocatore patologico = chi ha un comportamento di gioco costante e intensivo (in ambienti sempre più specializzati), caratterizzato da eccessivo coinvolgimento in tempo, denaro, spazio mentale ed emotivo occupato dal gioco; il giocatore patologico ha perso il controllo perché è dominato dal *craving* (desiderio spasmodico e irrefrenabile di giocare), spende quantità di denaro elevate, fino a pesanti indebitamenti affrontati anche ricorrendo a prestiti d'usura o commettendo atti illeciti; il gioco d'azzardo patologico è una malattia/dipendenza a base neuro-psico-biologica, con gravi ricadute sanitarie e psicosociali, che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione; il giocatore patologico può percepire o meno le ricadute negative del suo comportamento e la necessità di essere aiutato: spesso è convinto di poter gestire e risolvere il problema da solo; analogamente alla dipendenza da alcol, nelle situazioni di patologia è molto importante non solo la misura del comportamento (quantità di tempo dedicato, frequenza, denaro speso), ma anche la relazione che si instaura fra chi gioca e il comportamento di gioco, cioè il significato che la persona attribuisce al proprio giocare d'azzardo.

Nel passaggio da uno stadio all'altro si possono riconoscere alcune caratteristiche tipiche: intensificazione degli accessi al gioco, aumento della spesa, comparsa di pensieri ricorrenti di gioco, comparsa di distorsioni cognitive e fantasie di super vincite, ricerca di ambienti di gioco sempre più specializzati (sale Bingo, agenzie di scommesse, sale VLT), comportamento di gioco come centro esclusivo di interesse.

Nessuno inizia come giocatore patologico; il percorso da un comportamento sociale a uno problematico e poi patologico avviene in un tempo lungo: la prevenzione e l'intercettazione precoce sono quindi fondamentali.

Per la diagnosi, il riferimento essenziale su scala mondiale è, come per l'alcol, il *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), la cui prima edizione risale al 1952.

Il gioco d'azzardo vi è inserito dal 1980 (DSM-III), all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi. Nell'edizione più recente (DSM-5, 2013) è stato rinominato e ricollocato: da gioco d'azzardo patologico (GAP) a disturbo da gioco d'azzardo (DGA), in inglese *gambling disorder*; dai disturbi del controllo degli impulsi alle dipendenze (*substance-related and addictive disorders*).

Il DGA è definito come comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi; è posto in una scala crescente (lieve, moderato, severo).

IL GIOCO D'AZZARDO E IL DSM-5

Per la diagnosi di DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO, nell'arco di 12 mesi continuativi devono esprimersi almeno 4 criteri fra i seguenti:

- attenzione completamente assorbita dal gioco d'azzardo (es. ricordi di esperienze passate, programmi di successive avventure, pensieri su come procurarsi denaro con cui giocare);
- necessità di giocare quantità crescenti di denaro, per ottenere l'eccitazione desiderata;
- ripetuti e infruttuosi sforzi per controllare, ridurre o interrompere l'attività di gioco d'azzardo;
- irrequietezza o irritabilità correlate ai tentativi di ridurre o interrompere l'attività di gioco d'azzardo;
- attività di gioco d'azzardo per sfuggire ai problemi o per alleviare un umore disforico (es. sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione);
- rincorsa delle perdite o *chasing* (attività di gioco d'azzardo successiva a perdite di denaro, per rifarsi delle perdite);
- menzogne a familiari o altri per nascondere il proprio livello di coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- compromissione o perdita di relazioni significative, lavoro, opportunità di studio o di carriera a causa del gioco d'azzardo;
- affidamento su altri per reperire il denaro necessario a risollevarne una situazione finanziaria disperata, causata dal gioco d'azzardo.

La diagnosi è di:

- disturbo da gioco d'azzardo lieve, se si rilevano 4 o 5 criteri nell'arco di 12 mesi;
- disturbo da gioco d'azzardo moderato, se si rilevano 6 o 7 criteri nell'arco di 12 mesi;
- disturbo da gioco d'azzardo severo, se si rilevano 8 o 9 criteri nell'arco di 12 mesi.

Infine, qualche riflessione sulle differenze di genere in età anziana, che assumono sfumature differenti fra consumo alcolico e gioco d'azzardo.

Riguardo all'alcol, il modello culturale tipico dei decenni in cui chi è ora nella terza età era giovane o adulto, considerava l'assunzione alcolica (anche non moderata) del tutto normale per i maschi, bizzarra o riprovevole per le femmine: le donne anziane di oggi - a differenza delle donne anziane del futuro - risultano quindi in qualche misura protette da un modello di consumo alcolico, ormai superato, che era centrato sul genere maschile.

Se l'alcol è presente fin dall'antichità nei luoghi di vita domestici e collettivi, come abbiamo visto solo negli ultimi tempi il gioco d'azzardo ha travalicato i confini spazio-temporali dedicati, per invadere i luoghi della vita collettiva e i tempi della vita quotidiana: come gli uomini, le donne anziane di oggi hanno vissuto e stanno vivendo questa invasione, molto diffusa e pervasiva.

Più in generale, è stato dimostrato che le donne:

- analogamente all'alcol, iniziano a giocare d'azzardo più tardi degli uomini;
- hanno motivazioni di approdo al gioco maggiormente legate a bisogni affettivi e difficoltà emotive (solitudine, isolamento sociale, senso di estraneità e di non appartenenza, delusioni affettive, situazioni relazionali infelici o conflittuali, traumi, violenze, problemi personali o familiari irrisolti, umore depresso, sindrome del nido vuoto, preoccupazioni e stress legate a un ruolo di *caregiver*);
- prediligono giochi passivi in cui prevale la componente di fortuna rispetto a quella di competizione (giochi di fuga, anziché giochi di azione), che sono molto additivi (con alto potenziale di favorire la dipendenza);
- privilegiano luoghi (bar, tabaccherie, supermercati e ipermercati, uffici postali, ecc.) poco connotati come specificamente dediti all'azzardo, convinte di risultare meno visibili e di non venire meno alle incombenze domestiche e al lavoro di cura dei propri familiari;
- fra i luoghi specifici dedicati all'azzardo, frequentano prevalentemente le sale Bingo (definite dalla legge istitutiva come "locali con funzione di intrattenimento e aggregazione sociale" e da alcuni come "il casinò dei poveri"), dove costituiscono circa l'80% dei giocatori;
- accedono meno degli uomini al gioco on line, che consente un comportamento nascosto e in anonimato, ma non risponde a bisogni di socializzazione e richiede abilità informatiche non ancora diffuse fra le giocatrici, di età media avanzata;
- hanno una progressione più rapida dal gioco sociale-ricreativo al gioco patologico, raggiungendo più velocemente la fase della disperazione;
- presentano più difficoltà nel chiedere aiuto e un accesso molto contenuto ai servizi specialistici, servizi spesso dediti anche a dipendenze da sostanze illegali e con utenza prevalentemente maschile, cui non è facile accostarsi da sole anche per la riprovazione sociale che interessa le donne con problemi di dipendenza.

La diffusione dell'azzardo fra le donne risulta in crescita, attestandosi attualmente - sia nel nostro Paese che in Europa - attorno a un terzo della popolazione femminile.

Le specificità di genere hanno indotto un'associazione di professionisti impegnata sull'azzardo ad attivare a Milano, fin dal 2010 e per la prima volta in Italia, un intervento terapeutico di gruppo dedicato, denominato significativamente "donne in gioco".

3.3. Cause e conseguenze del gioco d'azzardo problematico

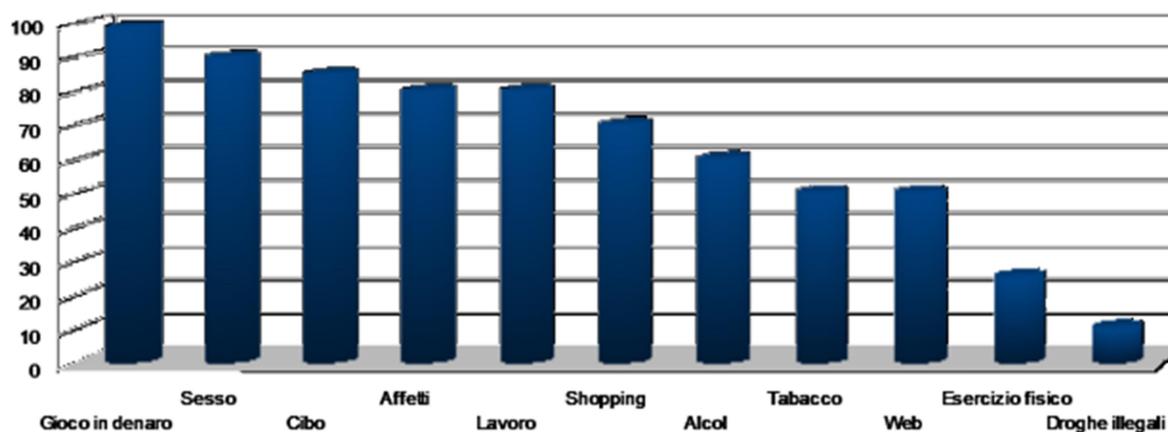
3.3.1. Influenze e ricadute socio-ambientali e familiari

L'iper-offerta dell'azzardo, la bassa soglia di accesso, la disponibilità continua e diffusa di un'enorme varietà di occasioni e di tipologie di gioco, l'invasione nelle vite di tutti, l'accettazione sociale dell'azzardo (anche per la definizione di "gioco legale" e per la sua correlazione a scopi nobili, quali ad esempio la raccolta di fondi destinata alla conservazione del patrimonio artistico del nostro Paese) determinano un contesto favorevole alla pratica del gioco d'azzardo, considerata fino a pochi decenni fa un vizio e oggi vissuta come

una forma di intrattenimento innocua. Tutto ciò è particolarmente critico per la popolazione anziana, che a differenza di altre fasce d'età dispone di molto tempo e di entrate economiche fisse e regolari, e per le persone vulnerabili di ogni età, vittime dei meccanismi di seduzione, illusione e inganno.

Fanno la loro parte anche i detti e le convinzioni popolari, quali "La fortuna aiuta gli audaci" o "Chi non rischia non rosica", così come l'associazione che spesso avviene fra fortuna e lungimiranza da un lato, sfortuna e inettitudine dall'altro lato.

Sicuramente la facilità di contatto con il gioco d'azzardo rappresenta un fattore di rischio notevole, che sfugge alla consapevolezza. Illuminante a tale proposito è il seguente grafico⁷⁸, che raffigura la probabilità di esposizione non intenzionale a un oggetto additivo/*trigger* per chi è già vulnerabile rispetto a quello specifico oggetto: il gioco in denaro appare al 1° posto; interessante osservare poi che l'alcol presenta una probabilità di esposizione più alta non solo delle droghe illegali, ma anche del tabacco.



Il contesto ambientale e socio-relazionale di riferimento può condizionare l'avvio o il rafforzamento di comportamenti di gioco: appartenere a un gruppo o a una rete, anche piccoli, in cui si pratica il gioco d'azzardo influisce sui comportamenti individuali, accettati e condivisi dagli altri membri; frequentare luoghi in cui si gioca, connotati da normalità e quotidianità (bar, tabaccherie), può avviare all'azzardo anche solo per curiosità, imitazione, contrasto alla noia. Tali ambienti possono anche favorire il consumo di alcol e di tabacco, altrettanto dannosi per la salute.

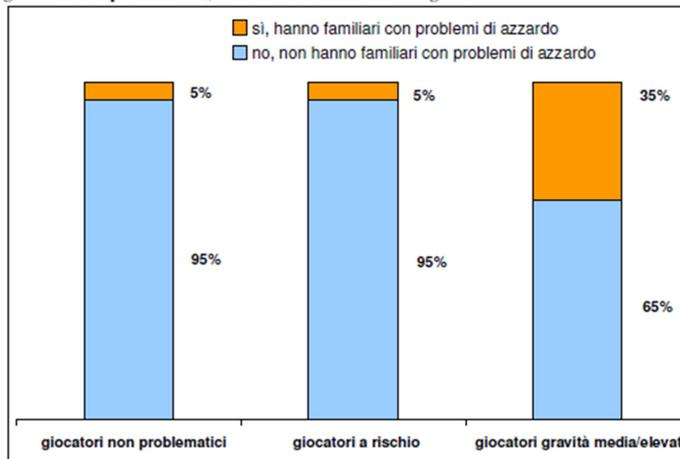
Un altro aspetto favorente è rappresentato dal contesto familiare: è stato rilevato che molti giocatori patologici provengono da famiglie caratterizzate da situazioni problematiche, tendenze a ipervalorizzare le possibilità di felicità legate a possesso di denaro, visione del gioco d'azzardo come unica soluzione a una situazione economica difficile, dovuta a mancanza di un lavoro stabile e di entrate regolari. Analogamente all'alcol, è stato dimostrato che le persone con genitori giocatori problematici o patologici hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di gioco patologico.

Fra le risposte a una domanda aperta rivolta agli assistenti sociali partecipanti alla nostra ricerca, il fattore di rischio "familiarità" è stato sottolineato per l'alcol, ma non per il gioco d'azzardo. Una ricerca-intervento su scala nazionale sul gioco d'azzardo in età anziana, realizzata coinvolgendo le sedi AUSER, ha confermato la correlazione con la presenza in famiglia di problemi di gioco d'azzardo, come ben mostrato dal grafico seguente⁷⁹.

⁷⁸ Jarre Paolo, "Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo", relazione presentata al 1° convegno nazionale *Il gioco d'azzardo in Italia*, Istituto Superiore di Sanità - Centro nazionale dipendenze e doping, Roma 18/10/2018, p. 37.

⁷⁹ Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013, p. 35.

Grafico 23: confronto su presenza/assenza, in percentuale, di familiari con problemi di azzardo tra giocatori non problematici, a rischio e di media/elevata gravità



Pearson Chi-Square: Value=48,435* (0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,15)

Il contesto socio-relazionale e l'ambiente familiare possono, come sempre, rappresentare la fonte del comportamento problematico o patologico, ma anche risentirne: il giocatore può perdere i contatti con amici e conoscenti che non giocano, ritrovandosi in una condizione di solitudine e di isolamento sociale; i rapporti familiari, in nuclei conviventi o meno, possono diventare connotati da distanza affettiva, perdita di fiducia e di stima, rabbia e conflitto.

In particolare, i familiari dei giocatori sperimentano diversi problemi di salute psicofisica, di varia tipologia e misura: ad esempio stanchezza, insonnia, cefalea, maggiore consumo di alcol tabacco o farmaci, perdita di appetito, anemia, ipertensione arteriosa, ansia, depressione, timore per il futuro. Rilevanti e pesanti da sopportare sono le preoccupazioni finanziarie determinate dal comportamento di gioco; svariate sono le esperienze che i familiari possono sperimentare, ad esempio scoprire l'esistenza di debiti o ammanchi, essere contattati da terzi riguardo agli impegni contratti per il gioco o agli impegni familiari non onorati dal giocatore, essere costretti a rinunciare a vacanze o eventi sociali, ritrovarsi in un ruolo da "detective" per ricostruire le spese del giocatore, farsi carico totalmente degli aspetti finanziari della famiglia.⁸⁰ Le ripercussioni interessano sia la qualità della vita dei familiari stessi, sia le relazioni con il giocatore e con persone esterne al nucleo.

È fondamentale sapere che i danni economici, relazionali, psicologici e fisici subiti dalle famiglie (principali vittime del gioco d'azzardo passivo) permangono per molto tempo, dopo che il comportamento di gioco d'azzardo è cessato.

3.3.2. Le distorsioni cognitive e i meccanismi dell'inganno

Sembra che Albert Einstein abbia affermato: "Nessuno può davvero vincere alla roulette, a meno che non rubi dei soldi dal tavolo mentre il croupier non sta guardando"⁸¹. Il gioco d'azzardo, infatti, esiste per far guadagnare chi lo organizza, non chi lo pratica: questa semplice constatazione dovrebbe convincere di per sé sulla bassissima probabilità di vincere, sul fatto che giocare non sia vantaggioso per il giocatore, sulla preponderanza dell'illusione e dell'inganno. Purtroppo tutto questo, specie per le persone più vulnerabili, non riesce a contrastare il fascino attraente e irresistibile della vincita, l'idea di poter trovare una falla nel meccanismo e di riuscire ad aggirare il sistema a proprio favore, le distorsioni cognitive - ben note all'industria dell'azzardo - che inducono a interpretare la realtà in modo distorto (appunto).

⁸⁰ AND Azzardo e Nuove Dipendenze, *Il gioco d'azzardo, la tua famiglia e tu. Manuale di autoaiuto per i familiari*, Edizioni AND-in-carta, 2013, p. 14 e 16.

⁸¹ Canova Paolo, Rizzuto Diego, *Fate il nostro gioco. Gratta e Vinci, azzardo e matematica*, add editore, Torino 2016, p. 50.

Nell'opinione comune si ignora che l'industria dell'azzardo si avvale di gruppi di matematici, statistici, esperti della comunicazione e del marketing che studiano in modo scientifico i meccanismi del gioco (ad esempio l'alternanza di perdite e piccole vincite, la calibrazione delle probabilità di vincere, le "quasi vincite"), i messaggi e i prodotti da proporre al consumatore, i percorsi di ingaggio e di fidelizzazione.

L'inganno del gioco d'azzardo inizia a partire dalle parole che si utilizzano, prima fra tutte "vincita": cosa significa vincere? Quando si può affermare di avere vinto effettivamente qualcosa?

In molti giochi, il concetto di vincita non tiene conto di quanto si è speso: nel Gratta e Vinci (il gioco preferito e più diffuso fra gli italiani, di ogni età) il giocatore può "vincere" un premio in denaro, che riceve dall' esercente, a cui poco prima ha dato una somma uguale o superiore per acquistare il o i biglietti. In sostanza nel migliore dei casi il giocatore è rientrato nella spesa, altrimenti ha perso del denaro. Ad esempio, i divulgatori scientifici Canova e Rizzuto hanno calcolato matematicamente la probabilità di vincita riguardo un tipo di Gratta e Vinci molto venduto (il Miliardario), rapportandola al denaro speso: a fronte di un costo del biglietto pari a 5 €, la probabilità di non vincere alcunché è del 74%, di rientrare nella spesa del 13%, di vincere una cifra fino a 50 € del 12%, di vincere una cifra superiore a 50 € dell'1%.⁸²

Nel percorso di ingaggio e fidelizzazione del consumatore, le piccole "vincite" (o pseudo vincite) sono essenziali per premiare di tanto in tanto la fedeltà, condizionando il giocatore a continuare: imprevedibilità e intermittenza della gratificazione creano aspettativa e tensione, che rendono difficile smettere di giocare. Come abbiamo visto, il rinforzo intermittente è in grado di strutturare un comportamento di dipendenza, che persiste anche con scarsi o infrequenti rinforzi: le idee irrazionali, le false credenze e le aspettative illusorie di vincita del giocatore acquistano un valore rinforzante, facendo mantenere il comportamento di gioco anche nel periodo in cui manca la ricompensa. Il giocatore pensa che la sua perseveranza potrà essere premiata e che solo continuando "a provarci" la ricompensa potrà arrivare: l'espressione "se non gioco, non vinco" corrisponde a una convinzione diffusa, quando invece l'unica certezza è "se non gioco, non perdo".

Altro inganno fondamentale è quello della probabilità di vincita, infinitamente più bassa di quanto i giocatori si aspettino. La probabilità di totalizzare 6 al SuperEnalotto con una sestina è pari a 1 su 622.614.630, quella di vincere il premio massimo al *Win for Life* è pari a 1 su 1.847.560, quella di vincere cifre importanti al lotto è pari a 1 su 511.038 per la quaterna e a 1 su 43.949.268 per la cinquina⁸³, ma i giocatori non sembrano pensarci. Ad esempio, il SuperEnalotto ha una probabilità di vincita molto più bassa di altri giochi analoghi diffusi in Europa o negli Stati Uniti: paradossalmente le vincite italiane meno frequenti determinano una crescita continua del jackpot, con un conseguente aumento dell'attrattiva del gioco, in un circolo vizioso che si autoalimenta.

Le distorsioni cognitive del giocatore sono molto diffuse (anche fra chi gioca a scopi sociali e ricreativi) e possono essere considerate predittive rispetto al gioco problematico. Si tratta di:

- *gambler's fallacy* (fallacia dello scommettitore), spiegata già nei primi anni '70 dagli psicologi israeliani Amos Tversky e Daniel Kahneman, fondatori di una disciplina del tutto nuova definita economia comportamentale; secondo lo stereotipo della casualità, che è alla base della fallacia dello scommettitore, esistono una serie di "regole estetiche" che governano il caso, di cui siamo poco consapevoli ma che ci condizionano: ad esempio l'equità ci induce a pensare, in giochi con due possibilità come testa o croce nel lancio di monete oppure rosso o nero alla roulette, che in una serie dovrebbe uscire un numero abbastanza simile dell'una e dell'altra possibilità; ancora, secondo la regola dell'alternanza saremmo stupiti e sospettosi di una lunga sequenza ininterrotta di teste o di croci, così come di rosso o di nero;

⁸² Canova Paolo, Rizzuto Diego, *Fate il nostro gioco. Gratta e Vinci, azzardo e matematica*, add editore, Torino 2016, p. 154.

⁸³ Canova Paolo, Rizzuto Diego, *Fate il nostro gioco. Gratta e Vinci, azzardo e matematica*, add editore, Torino 2016, p. 73, 79 e 120.

- *trends in number picking* (tendenze nei numeri), corrispondente a una convinzione statistica molto diffusa ad esempio fra gli appassionati del lotto, informatissimi e molto attenti ai cosiddetti “numeri ritardatari”, cioè quelli che per periodi prolungati non vengono estratti su una determinata ruota; altrettanto diffusa è la convinzione, del tutto errata, che un numero appena estratto abbia meno probabilità degli altri di essere estratto nei turni immediatamente successivi; i numeri ritardatari sono di grande interesse per l’industria dell’azzardo, potendo determinare un picco di scommesse⁸⁴: chiunque tramite il web può accedere a statistiche molto precise e aggiornate delle estrazioni su tutte le ruote, con tabelle già predisposte o ricerche apposite messe a disposizione da Lottomatica;
- *near miss* (quasi vincita o vincita mancata per poco), che consiste nella sensazione di avere “quasi vinto” anche se in realtà si è perso, ad esempio perché i numeri estratti non sono quelli puntati ma sono il numero prima o il numero dopo di quelli su cui si è scommesso oppure perché è stata sfiorata la combinazione vincente in una slot; questa distorsione è sfruttata magistralmente dall’industria dell’azzardo: la frustrazione per una serie ripetuta di risultati palesemente negativi (*full miss*) farebbe ritenere troppo difficile vincere e quindi porterebbe a smettere di giocare;
- *overconfidence* (eccesso di fiducia nelle proprie capacità) e illusione del controllo del gioco, che prescindendo da dati di realtà conducono a ritenersi più bravi e capaci degli altri nel prevedere l’esito della scommessa, nel comprendere a proprio vantaggio i meccanismi del gioco, nel definire e implementare strategie di gioco efficaci, quindi nel controllare eventi casuali (per definizione imprevedibili);
- *availability of other wins* (vincite altrui), secondo cui la conoscenza di vincite realizzate da altri giocatori (tramite mass media, passaparola o cartelli affissi nelle ricevitorie interessate) rinforza la credenza che vincere è possibile, che se è capitato ad altri può capitare anche a noi, che vale quindi la pena continuare a provarci;
- *illusory correlations* (correlazioni illusorie), cioè la convinzione che esista una relazione, un nesso di causa-effetto tra elementi che sono in realtà indipendenti l’uno dall’altro; ad esempio la tendenza a lanciare i dadi con forza e velocità per ottenere un numero alto, oppure una vincita a una lotteria associata al fatto che il rivenditore indossasse un vestito del proprio colore preferito o al fatto che il biglietto fosse stato acquistato in una località dove si vorrebbe vivere.

Molte distorsioni cognitive dipendono da una convinzione diffusa e pervasiva, cioè che quanto è già successo influenzi quello che deve ancora succedere: in realtà ogni lancio di moneta o di dadi, ogni estrazione di numeri, ogni giro di roulette è un evento a sé, in cui testa o croce, numero o colore hanno una probabilità di uscita identica alla precedente e alla successiva. Nel caso delle slot machine, il mito della “macchina calda”, cioè l’idea che una vincita possa essere prevista individuando il momento in cui la slot “deve restituire”, è molto diffuso ma privo di fondamento, in un gioco del tutto imprevedibile per il consumatore e svantaggioso per definizione.

I ricordi delle vincite (specie se cospicue) restano più impressi nella memoria del giocatore rispetto alle tante piccole perdite: forniscono un’emozione fortissima e indimenticabile, rafforzano la convinzione che vincere sia possibile, incatenano al gioco nella speranza illusoria del grande colpo di fortuna. A un giocatore costante capita prima o poi di vincere: è una questione statistica ben nota all’industria dell’azzardo, che la manovra a proprio favore; ciò che conta è il bilancio complessivo fra le entrate (rare, anche se talvolta importanti) e le uscite (continue, frammentate in cifre anche modeste, difficili da conteggiare): nella stragrande maggioranza si tratta di un bilancio in perdita.

Alcuni giochi (specie le slot) hanno un ritmo talmente veloce da creare una corsa affannata alla ricerca della vincita, da far perdere l’autocontrollo e faticare a tenere il conto complessivo dei soldi spesi (o, meglio,

⁸⁴ Vedi note a fondo capitolo.

perduti). Un contributo in tal senso è fornito anche dalla smaterializzazione del denaro, dato che non casualmente ogni banconota inserita in una VLT viene convertita in “crediti”, che appaiono sullo schermo e che durante il gioco risultano difficilmente riconducibili a soldi reali; anche nel gioco on line l’assenza di denaro contante pregiudica la percezione delle perdite.

In ogni caso, nel medio-lungo periodo la coscienza, per quanto confusa, della perdita totalizzata spesso non rappresenta un deterrente al gioco e un invito a fermarsi: chi gioca da molto tempo può anche sapere di avere perso più battaglie di quante ne abbia vinte, ma resta convinto che gli esiti della guerra siano ancora tutti da decidere e che un giorno potrà riscattarsi; quindi non ha alcuna intenzione di smettere di giocare e di ritirarsi da una guerra che è invece perduta per definizione, ancor prima di iniziare a “combattere” con il banco, in una sfida impari.⁸⁵

3.3.3. I fattori neurobiologici e psicologici

La ricerca scientifica ha rilevato che le analogie fra gioco d’azzardo patologico e dipendenze da sostanze vanno ben oltre la fenomenologia comportamentale (*craving*, tolleranza, ecc.): gli studi neurobiologici e di *neuroimaging* hanno mostrato sovrapposizione dei quadri di *addiction*, innanzitutto riguardo le diverse dipendenze chimiche, poi fra dipendenze chimiche e dipendenze non chimiche o comportamentali. Questa evidenza ha fornito chiavi di lettura significative del comportamento dei giocatori e indicazioni per strumenti di intervento precoce e di trattamento.

Non a caso, probabilmente, il gioco d’azzardo problematico o patologico coesiste spesso con consumo alcolico rischioso o dannoso e con tabagismo: alcol e tabacco possono essere usati come fattori di disinibizione, elementi di rituali connessi al gioco, modulatori dell’umore (amplificando l’euforia in caso di vincita o placando la sensazione di *down* in caso di perdita).

Sull’insorgere di comportamenti di gioco incidono fattori neurobiologici, riconducibili a caratteristiche genetiche predisponenti e ad anomalie nella disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori (dopamina, serotonina, noradrenalina) coinvolti rispettivamente nei sistemi di attivazione, inibizione e mantenimento del comportamento. In particolare la dopamina ha un ruolo significativo e molto complesso; è implicata nei meccanismi di ricompensa, gratificazione (piacere), apprendimento per rinforzo (più efficace quando il rinforzo è intermittente e casuale, quindi impreveduto).

Diversi studi hanno dimostrato che, rispetto ai soggetti non vulnerabili, i giocatori d’azzardo patologici presentano:

- una maggiore risposta dopaminergica agli stimoli da *gambling*;
- una durata minore della soddisfazione da ricompensa (il che spiega la ricerca continua di stimoli immediati, continuando a giocare);
- livelli di dopamina maggiori durante l’attesa della ricompensa, ma minore gratificazione in caso di vincita;
- minore livello di controllo prefrontale durante la pratica di gioco.

Ai comportamenti di gioco d’azzardo sono spesso associati disturbi psichiatrici (tipicamente depressione, ansia, disturbi ossessivo-compulsivi); il gioco viene vissuto come una forma di fuga efficace da condizioni di stress e stati di disforia intollerabili per chi li prova.

Ricorrenti (specie nei maschi adulti) sono tratti psicologici di personalità quali ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima; per persone con queste caratteristiche, l’azzardo è un veicolo per ottenere l’eccitamento psicofisico alimentato dall’aspettativa di poter trionfare sul destino e di ottenere riscatto e riconoscimento del proprio potere e grandezza. Dal canto loro le attività di gioco d’azzardo e i loro esiti possono influire sulla concentrazione e attenzione ad

⁸⁵ Vedi note a fondo capitolo.

altre attività e possono causare variazioni del tono dell'umore, oltre che ansia, nervosismo, insonnia, disturbi dell'appetito e ulcera (*stress related syndrome*).

La pratica del gioco d'azzardo è di per sé un fattore di stress. I cambiamenti neurobiologici che determina (iper-reattività del sistema nervoso autonomo, livelli elevati di cortisolo, dopamina e noradrenalina), mostrati da diversi studi, possono aumentare il rischio di patologie croniche.

Riguardo agli anziani, la possibile neurodegenerazione correlata al processo di invecchiamento, che colpisce il lobo frontale connesso all'autocontrollo, può influire sulla propensione al gioco compulsivo. Le persone anziane con deterioramento cognitivo sono più esposte al rischio di sottovalutare i possibili danni arrecati dal gioco e avere maggiori difficoltà nel ricordare le recenti perdite o la frequenza di gioco.

Inoltre, è noto da tempo che i farmaci dopaminergici assunti in eccesso dalle persone con morbo di Parkinson aumentano la vulnerabilità al gioco d'azzardo patologico, per disturbi nella regolazione degli impulsi connessi alla sindrome da disregolazione della dopamina. Può essere una situazione perversa: alcuni pazienti, consapevoli del lento ma inesorabile declino motorio e cognitivo che li attende, causano un sovradosaggio dei farmaci dopaminergici per loro essenziali, perché in difficoltà nel vedere diminuire le prestazioni motorie o nel definirsi come malati (non riferiscono correttamente gli effetti o addirittura mentono al neurologo sull'efficacia del dosaggio prescritto, oppure frequentano più neurologi per ottenere più farmaci). Il sovradosaggio può determinare comportamenti compulsivi e dipendenze comportamentali (non solo gioco d'azzardo ma anche sesso, shopping, cibo).

In termini più generali, tipicamente il percorso di approdo al gioco d'azzardo in età anziana può essere ricondotto a due tipologie:

- il *grief pathway* (percorso del dolore), caratterizzato - analogamente al percorso dei *late-onset drinkers* - da eventi dolorosi, lutti, malattie proprie e altrui, mancanza di strumenti per elaborare le perdite (vedovanza, pensionamento, ruoli sociali dismessi o modificati); sono presenti depressione, solitudine, isolamento, percezione di mancanza di alternative; in queste situazioni la speranza di vincere denaro non motiva al gioco e le eventuali vincite sono ininfluenti;
- l'*habit pathway* (percorso dell'abitudine), in cui in assenza di eventi dolorosi si esprimono noia, pigrizia, solitudine, sensazione di non avere nulla da fare, che uniti alla cosiddetta fortuna del principiante (una vincita iniziale) possono condurre a una pratica abitudinaria al gioco d'azzardo; qui prevalgono motivazioni legate allo svago, al bisogno di riempire ore vuote e di socializzare (in qualche modo), ma il desiderio di vincere denaro è comunque presente.

Per entrambe le situazioni, la carenza di occasioni aggregative, culturali e di rinforzo del tessuto relazionale a livello territoriale può rappresentare un fattore di peggioramento.

3.3.4. *Gli aspetti economici e giuridici*

Le condizioni economiche possono costituire sia la causa, sia la conseguenza del gioco d'azzardo.

Innanzitutto le condizioni economiche disagiate, la mancanza di entrate regolari, l'illusione di riscatto da esistenze faticose possono spingere persone di ogni età verso il gioco d'azzardo.

Anche quando le condizioni economiche di base non rappresentano una causa, il prolungarsi delle attività di gioco, quindi inevitabilmente delle perdite di denaro, può avere serie ripercussioni, quali indebitamento crescente, utilizzo di denaro altrui oppure ricorso a entrate o risparmi accumulati e destinati inizialmente ad altri scopi. In genere il giocatore percepisce le proprie difficoltà finanziarie (pur pensando di spendere al gioco meno di quanto succeda in realtà) molto prima di essere consapevole di avere un problema di gioco: questo influisce sulla motivazione al cambiamento.

Le persone anziane risultano in una situazione paradossale: generalmente dispongono di un'entrata regolare, di varia entità, che può rappresentare una fonte di protezione ma che al contempo - specie per chi non ha impegni economici dovuti o volontari verso i propri cari oppure è in condizione di solitudine e di noia - può viceversa rappresentare una fonte di accesso continua a comportamenti di gioco.

Riguardo alla disponibilità di denaro fornita dai redditi pensionistici, è interessante osservare la seguente tabella⁸⁶, che mette in evidenza l'elevata consistenza di popolazione che dispone di un'entrata regolare e sicura. Si rileva una differenza di genere, anche a causa delle pensioni di reversibilità, di importo inferiore alle pensioni da lavoro (peraltro più elevate per i maschi che per le femmine). Non emerge invece una differenza per fascia di età: anche in tarda età la disponibilità di denaro rende l'anziano un soggetto interessante per il mercato dell'azzardo.

Tabella 3.1 - Numero di pensionati, reddito pensionistico complessivo e medio lordi per fasce d'età pari o superiore a 65 anni al 31.12.2018

Classi di età	Sexso	Numero pensionati	Reddito pensionistico complessivo annuo (mln €)	Reddito pensionistico medio annuo (€)
65 - 69	M	1.434.344	35.976	25.081,57
	F	1.292.619	22.224	17.193,16
	TOT	2.726.963	58.200	21.342,35
70 - 74	M	1.520.917	36.253	23.836,54
	F	1.451.025	22.704	15.647,18
	TOT	2.971.942	58.958	19.838,15
75 - 79	M	1.239.788	28.194	22.741,01
	F	1.352.552	20.736	15.330,74
	TOT	2.592.340	48.930	18.874,70
80 - 84	M	926.962	19.898	21.466,18
	F	1.218.269	18.871	15.489,76
	TOT	2.145.231	38.769	18.072,19
85 - 89	M	519.351	10.645	20.497,02
	F	895.395	14.979	16.728,81
	TOT	1.414.746	25.624	18.112,12
90 - 94	M	183.549	3.931	21.413,94
	F	454.311	8.346	18.369,62
	TOT	637.860	12.276	19.245,64
> 95	M	39.207	893	22.781,28
	F	141.187	2.755	19.513,18
	TOT	180.394	3.648	20.223,47
TOTALE	M	5.864.118	135.790	23.156,08
	F	6.805.358	110.615	16.254,10
	TOT	12.669.476	246.405	19.448,71

Fonte: Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali su dati Casellario centrale dei pensionati

Riguardo alle conseguenze economiche, va considerato che le ripercussioni del gioco d'azzardo degli anziani possono incidere direttamente anche sulle condizioni economiche dei familiari (conviventi o meno): questo in considerazione del ruolo sempre più centrale di sostegno al reddito familiare rivestito dalle persone anziane.

Negli ultimi tempi questo ruolo è divenuto sempre più rilevante: fra il 2007 e il 2018 - periodo segnato dalla crisi economica - gli anziani si sono rivelati un prezioso ammortizzatore sociale per molte famiglie. Grazie soprattutto al progressivo pensionamento di coorti di persone maggiormente istruite, con carriere lavorative più lunghe e regolari, gli anziani hanno acquisito una centralità sempre più marcata nel contesto sociale ed economico della famiglia di appartenenza. Le loro pensioni, dunque, hanno controbilanciato la mancanza o l'insufficienza di altri redditi familiari, in un periodo storico caratterizzato per buona parte da una congiuntura economica sfavorevole.⁸⁷

Ai problemi economici (difficoltà ad affrontare le spese connesse alla vita quotidiana, condizione debitoria, scarsa capacità di gestione e di pianificazione finanziaria) possono collegarsi problemi legali, ad esempio per emissione di assegni scoperti, furti per procurarsi denaro, mancato pagamento dei debiti, evasione fiscale.

⁸⁶ Osservatorio sulla spesa pubblica e sulle entrate 2020, *Silver Economy, una nuova grande economia. Le opportunità dell'invecchiamento in ottica sociale, economica e di sostenibilità*, Centro studi e ricerche Itinerari Previdenziali, Milano 2020, p. 38.

⁸⁷ ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, p. 29.

Nelle situazioni più gravi, il giocatore di qualunque età può ritrovarsi nel giro dell'usura⁸⁸; può commettere reati per procurarsi denaro (la cosiddetta criminogenicità diretta del *gambling*) oppure può essere adescato dalla criminalità organizzata (ad esempio con il ruolo di prestanome o come fonte di informazioni riservate).

Molti reati rimangono invisibili, perché compiuti nella cerchia delle relazioni del giocatore (familiari, colleghi, datori di lavoro, amici, conoscenti che - pur reagendo all'evento con richieste di riparazione e/o chiusura del rapporto - non procedono alla denuncia); tuttavia, varie ricerche compiute in altri Paesi hanno dimostrato una maggiore incidenza di arresti e carcerazioni fra i giocatori patologici, rispetto ai giocatori non patologici e ai non giocatori.

In casi estremi, il giocatore può tentare il suicidio, quando raggiunge la fase della disperazione in cui non vede altra via di uscita.

La necessità di giocare sempre più spesso e sempre più denaro, collegata al passare da un comportamento problematico a un comportamento patologico, può determinare quella che giuridicamente è definita come incapacità di provvedere personalmente ai propri interessi, amministrando adeguatamente reddito e patrimonio.

Il tema della protezione giuridica dell'incapace è molto antico: già nel diritto romano erano previste formule apposite per i prodighi. Attualmente l'amministrazione di sostegno, che rappresenta l'istituto di protezione giuridica più recente, è una delle opzioni per tutelare patrimonio e reddito (personale e familiare) e per contenere la progressione dei danni economico-finanziari, specie nelle situazioni in cui il giocatore è coniugato con regime di comunione legale dei beni ed è convivente con il coniuge e/o altri familiari (es. pignoramento mobiliare nell'esecuzione forzata).

L'amministratore di sostegno (AdS) viene nominato per affiancare o sostituire il giocatore nel gestire gli aspetti della vita quotidiana compromessi a causa dell'incapacità di rapportarsi razionalmente con il denaro: gestione di entrate e uscite dal conto corrente, eventuale ricorso a prestiti e finanziamenti, obblighi assunti precedentemente (es. canoni di locazione, bollette per utenze domestiche).

Il procedimento può essere attivato per iniziativa dei familiari o dei servizi, territoriali o specialistici⁸⁹. Più che in altre situazioni che ne determinano la necessità, l'AdS è solitamente una figura estranea alla famiglia (es. avvocato, commercialista, operatore o volontario formato a tale ruolo): spesso è opportuno che sia un terzo neutro, meno coinvolto in quanto è accaduto.

La nomina dell'AdS non è un passaggio obbligato: non è cioè prevista sempre; si tratta di uno strumento possibile, analogamente al tutoraggio economico e al piano di risanamento dei debiti.

L'AdS può aiutare il giocatore a fronteggiare adeguatamente esigenze e impegni economici personali e familiari, proteggendolo nel contempo dall'aumento delle perdite da gioco; se il provvedimento di nomina lo prevede, può intervenire non solo a protezione del patrimonio, ma anche a favore di un nuovo progetto di vita. L'AdS può però essere vissuto dal beneficiario come un'intrusione nella propria sfera personale e come un'ulteriore limitazione della libertà individuale, talvolta in età anziana già compromessa per altri aspetti (es. limitazioni nell'uso della patente di guida).

⁸⁸ Vedi note a fondo capitolo.

⁸⁹ Vedi note a fondo capitolo.

NOTE AL CAPITOLO 3 - IL GIOCO D'AZZARDO

Nota 68

In questo senso si sono espresse varie voci, sottolineando come la legalizzazione del gioco non sia risultata sufficiente a proteggere l'enorme business dell'azzardo dall'attenzione delle organizzazioni criminali, dai tentacoli dell'illegalità e dalla penetrazione delle mafie (pratiche di usura, riciclaggio di denaro sporco, estorsione, ecc.).

Ad esempio, Filippo Torrigiani, consulente della Commissione Parlamentare Antimafia, ha affermato: "La criminalità di stampo mafioso non si è lasciata sfuggire l'opportunità di penetrare in un settore dal quale derivano introiti ingenti e attraverso il quale possono essere riciclate ed investite, senza gravi rischi, elevatissime somme di denaro. (...) Le stesse dichiarazioni dei pentiti e le conversazioni intercettate forniscono un quadro preciso di quale e quanta sia l'attenzione della criminalità organizzata nei confronti di un settore che, in ragione della permeabilità e della vulnerabilità, consente guadagni elevati, importanti tanto quanto quelli provenienti dal traffico di stupefacenti, con rischi di gran lunga inferiori sotto il profilo della reazione dello Stato. Le numerose e sempre più raffinate indagini di Polizia e Magistratura hanno messo in evidenza la capacità delle organizzazioni criminali di inserirsi in una qualsiasi delle articolazioni della filiera del gioco in tutto il territorio nazionale, sfruttando le opportunità offerte dalla pratica dell'azzardo." Fonte: Torrigiani Filippo (a cura di), *Gioco sporco, sporco gioco. L'azzardo secondo le mafie*, CNCA Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, Roma 2017, pp. 11-12.

Riguardo alle attività del Parlamento, fino alla XV Legislatura le varie Commissioni antimafia non hanno affrontato sistematicamente il tema del gioco d'azzardo, prendendolo in considerazione nell'esame dei fenomeni criminosi osservati in singole aree territoriali o con riferimento alle diverse organizzazioni criminali. Nella XVI Legislatura la Commissione antimafia istituita dalla legge 132/2008 ha avviato un'analisi sistematica, confluita in alcune Relazioni relative al gioco lecito e illecito (2010, 2011, 2013). Nella XVII Legislatura è stato affidato al X Comitato, istituito nel 2016, il compito di analizzare le infiltrazioni mafiose e criminali nel gioco lecito e illecito e di svolgere un'attività istruttoria, anche ai fini di formulare adeguate proposte normative di prevenzione e contrasto.

Nota 73

Curiosamente, il termine *addiction* deriva dal latino *addictus*: nell'antica Roma si utilizzava *addictus* per indicare chi era in condizione di schiavitù a causa di debiti e lo rimaneva fino alla loro estinzione, *servus* per indicare chi era in condizione di schiavitù fin dalla nascita, in quanto figlio di schiavo.

Nota 74

Si fa riferimento ai messaggi tipo "Gioca responsabilmente" o "Gioca il giusto" o "Gioca senza esagerare", che non casualmente omettono l'espressione "d'azzardo" e appaiono come una vera e propria ipocrisia etica, in quanto espressi dagli stessi soggetti attivi nel mercato del gioco (es. Lottomatica, Sisal). A questo proposito il comico Maurizio Crozza nel 2012 ha affermato che "Gioca responsabilmente" è come dire "Annega con cautela" o "Sparati con prudenza" o "Buttati dalla finestra, ma copriti che fa freddo...".

L'invito a "giocare il giusto" richiama le capacità di autocontrollo dei singoli, potenzialmente disfunzionali alle esigenze di introito dell'industria dell'azzardo. "In un mondo costruito e giustificato intorno al modello di consumo, di libera impresa, di libertà individuale e sul principio organizzatore ed etico della libertà del consumatore, bisogna dimostrare di essere capaci di esercitare tale libertà in maniera responsabile, dominando i propri impulsi irrazionali e dimostrando capacità di autocontrollo. Ecco allora l'invito a giocare responsabilmente, che equivale a concedersi degli eccessi calcolati. Se davvero i giocatori giocassero responsabilmente e se la campagna di 'responsabilizzazione del giocatore' avesse successo, secondo autorevoli opinioni l'industria del gioco 'chiuderebbe per mancanza di introiti'." Fonte: Poli Riccardo, De Facci Riccardo, Iori Matteo, "Malati d'azzardo. Responsabilità in gioco", *Welfare Oggi*, n. 4, 2016.

Nota 75

A fine 2016 risultano attive 461.589 slot (407.323 AWP + 54.266 VLT), che a fine 2017 diventano 412.223 (366.399 AWP + 55.824 VLT) e a fine 2019 321.136 (263.198 AWP + 57.938 VLT). Fonti: ADM Agenzia Dogane Monopoli, *Organizzazione, attività e statistica. Anno 2016*, Roma 2017, p. 77; *Libro blu 2017. Organizzazione, statistiche, attività*, Roma 2018, p. 79; *Libro blu 2019. Relazione*, Roma 2020, p. 94

In effetti si registra una diminuzione delle slot complessive, ma anche un aumento delle VLT, che sono le slot più evolute tecnologicamente, più performanti e collocabili solo in luoghi specifici (sale giochi, agenzie di scommesse, sale VLT), a differenza delle AWP che possono essere presenti in vari luoghi aperti al pubblico (bar, tabaccherie, edicole, ristoranti, alberghi, ecc.) e in circoli privati.

Per fornire un'idea della quantità enorme di slot comunque esistente nel nostro Paese, basta prendere come paragone il numero di slot machine presenti in tutto il Nevada, Las Vegas compresa: nel 2015 erano 149.364. Riguardo in specifico alle VLT, un terzo di tutte quelle esistenti al mondo è collocato in Italia; nonostante siano molto meno numerose delle AWP, la spesa complessiva dei giocatori italiani si divide circa a metà fra le due tipologie di slot. Fonte: Canova Paolo, Rizzuto Diego, *Fate il nostro gioco. Gratta e Vinci, azzardo e matematica*, add editore, Torino 2016, p. 250 e p. 194.

Nota 84

A inizio 2005 sulla ruota di Venezia è uscito il numero 53, dopo ben 182 estrazioni di assenza: nel 2004 le entrate nelle casse di Lottomatica sono praticamente raddoppiate rispetto agli anni precedenti, per poi tornare agli importi consueti. Si era creata una tale psicosi in tutta Italia, da spingere addirittura il Codacons, tramite un esposto alle procure di Roma e di Venezia, a proporre di "sequestrare" il numero 53 perché troppo pericoloso per il benessere economico, psicologico e sociale dei cittadini.

Molto precedente è un altro ritardo storico, quello del numero 8 sulla ruota di Roma, non estratto per ben 202 volte consecutive fra il 1937 e il 1941: all'epoca qualcuno avanzò l'ipotesi che fosse stato Benito Mussolini a togliere dall'urna la pallina numero 8, per finanziare con i consistenti incassi delle scommesse l'entrata in guerra dell'Italia.

Fonte: Canova Paolo, Rizzuto Diego, *Fate il nostro gioco. Gratta e Vinci, azzardo e matematica*, add editore, Torino 2016, pp. 128-130.

Nota 85

Sulla fatica a uscire dalla trappola della perdita continua, così si è espresso il poeta Ovidio: "*Sic, ne perdidit, non cessat perdere lusor*" (Così il giocatore perdente, per non restare in perdita, continua a perdere).

Nota 88

Una delle motivazioni più frequenti dell'indebitamento è il gioco d'azzardo. Attualmente il gioco d'azzardo è al 1° posto delle condizioni di rischio per l'usura, mentre nel 2000 era all'8° posto e nel 2012 al 3° posto.

La cifra stimata dell'usura legata all'azzardo è di circa 750 milioni €. Fonte: Perilli Maria Cristina, *Giocati dall'azzardo. Mafie, illusioni e nuove povertà*, Sensibili alle foglie, Roma 2015, p. 151.

Nota 89

Alcune osservazioni interessanti derivano dall'elaborazione dei dati raccolti con la nostra ricerca, riferiti alle risposte fornite da 87 AS che lavorano in servizi per le dipendenze che si occupano di gioco d'azzardo (su 139 AS totali che lavorano in servizi per le dipendenze) e dalle risposte fornite da 897 AS che lavorano in servizi per/con anziani con giocatori anziani in carico (su 1.095 AS totali che lavorano in servizi per/con anziani).

Nei loro servizi, il coinvolgimento di almeno un familiare rappresenta, in modo molto simile, la strategia d'intervento di elezione con i giocatori anziani (82% servizi dipendenze, 83% servizi anziani); differenze significative emergono riguardo all'attivazione dell'amministrazione di sostegno (35% servizi dipendenze, 54% servizi anziani), oltre che al tutoraggio economico e piano di risanamento dei debiti (29% servizi dipendenze, 41% servizi anziani) e al supporto e consulenza legale (17% servizi dipendenze, 9% servizi anziani).

4. GIOCO D'AZZARDO E ALCOL NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

4.1. Il gioco d'azzardo nella popolazione anziana italiana

Nonostante la crescente diffusione del fenomeno, nel nostro Paese disponiamo ancora di pochi studi e ricerche, riferiti alla popolazione in generale (quindi non solo all'età anziana); questa situazione è stata riconosciuta dalle stesse istituzioni, sia pure qualche anno fa.⁹⁰

La necessità di conoscere approfonditamente il fenomeno del gioco d'azzardo in termini epidemiologici ha diverse motivazioni: innanzitutto la sottovalutazione (effetto iceberg) di quanto già esistente; poi le prospettive di aumento degli anziani interessati, per il progressivo invecchiamento della popolazione, il superamento della soglia di ingresso nell'età anziana da parte dei *baby boomers*, l'aumento costante di offerta e accessibilità al gioco d'azzardo, la crescente accettazione sociale dell'azzardo.

In questo paragrafo vengono presentati i dati riferiti ad alcuni materiali disponibili, di varia fonte e origine; è importante sottolineare che sono stati pubblicati dal 2013 in poi, mentre il consumo di alcol - come vedremo nel prossimo paragrafo - è oggetto di una rilevazione su scala nazionale fin dal 1993.

Riferimento fondamentale è lo studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale realizzato dall'ISS⁹¹, attraverso 12.000 interviste face-to-face al domicilio a un campione rappresentativo della popolazione, tramite 300 rilevatori distribuiti sul territorio e il coinvolgimento dei Comuni interessati e dei media locali. Lo studio ha consentito di stimare in 18.450.000 gli italiani giocatori d'azzardo (36% della popolazione); gioca il 44% dei maschi e il 30% delle femmine.

Gli anziani giocano meno dei giovani adulti, degli adulti e dei tardo adulti (31% dei 65-79enni e 20% degli over 80 vs 37% dei 25-39enni, 41% dei 40-49enni, 41% dei 50-64enni), ma gli *young old* giocano più dei giovani (31% dei 65-79enni vs 27% dei 18-24enni).

Il seguente grafico⁹² raffigura la stima del fenomeno nella popolazione italiana maggiorenne. In base alle stime effettuate, i giocatori a rischio sarebbero 3.400.000 (2.000.000 a basso rischio + 1.400.000 a rischio moderato), i giocatori problematici sarebbero 1.500.000. In tutti i profili di rischio, i maschi sono più delle femmine.

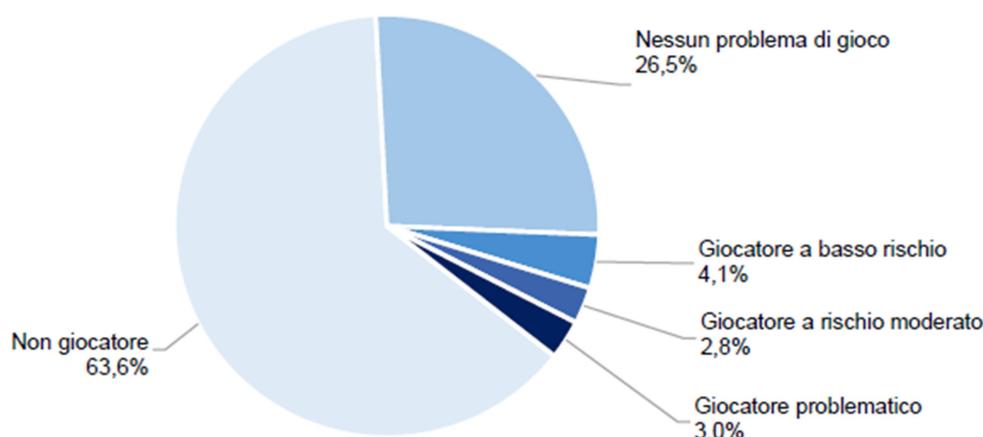


Figura 2. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale dei profili di rischio del giocatore d'azzardo secondo il PGSI

⁹⁰ Vedi note a fondo capitolo.

⁹¹ ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*, rapporti ISTISAN 19/28, Roma 2019.

⁹² Ivi, p. 15.

Il grafico successivo mostra le stime di rischio in rapporto alle fasce di età dei rispondenti; quello seguente suddivide i giocatori, nei loro vari profili, in rapporto alle fasce di età.⁹³ Il problema sembra riguardare le persone di età elevata in misura inferiore alle persone adulte, ma non molto diversa dalle persone giovani; anzi, le stime indicano più giocatori problematici in età over 65 che giocatori problematici 18-24enni.

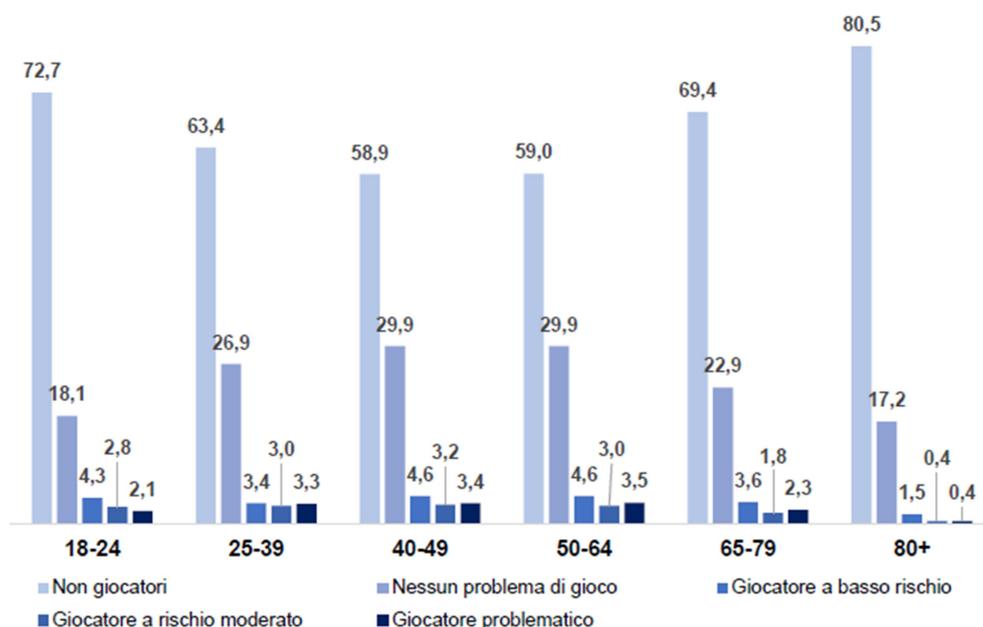


Figura 5. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di non giocatori e giocatori d'azzardo per profilo di rischio, per fasce d'età

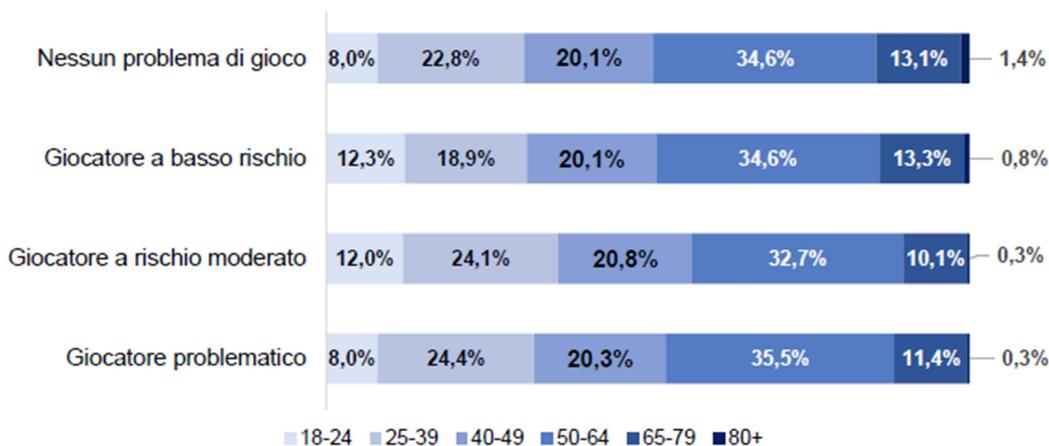


Figura 17. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale delle classi di età per profilo di rischio

Gli italiani dichiarano di avere iniziato a giocare soprattutto per curiosità (65%) e per divertimento (42%), meno per imitazione dei pari (20%) o per la convinzione di poter vincere facilmente (15%). Giocano spesso da soli (62%), soprattutto in tabaccherie (83%) e bar (62%); il 47% gioca vicino a casa.

Fra i vari profili di rischio, i giocatori problematici sono quelli che frequentano maggiormente le sale VLT: frequenta tali sale specializzate il 16% dei giocatori problematici, il 12% dei giocatori a rischio moderato, il 4% dei giocatori a basso rischio, l'1% dei giocatori senza alcun problema di gioco.

⁹³ Ivi, p. 17 e p. 26.

La possibilità di sviluppare un comportamento di gioco problematico è associata al consumo di tabacco (2 volte più possibilità per i forti fumatori), all'uso di sostanze stupefacenti (5 volte più possibilità), al consumo di superalcolici (9 volte più possibilità), al *binge drinking* (18 volte più possibilità). Altri fattori associati: persone vicine che hanno o hanno avuto problemi di gioco (5 volte più possibilità), situazione economica familiare con nessun risparmio o uscite superiori alle entrate nell'ultimo anno (5 volte più possibilità).

La frequenza di gioco aumenta all'aumentare del livello di rischio/problema.

Entrando nel merito del gioco d'azzardo nella terza età, in generale va anzitutto sottolineato che gli anziani rappresentano un bacino di interesse per l'industria dell'azzardo molto importante: costituiscono una quota numericamente consistente della popolazione e hanno disponibilità di molto tempo libero, nonché di denaro immediatamente e regolarmente utilizzabile (pensione, sussidio, rendita, spesso anche risparmi accumulati nella vita)⁹⁴; in genere hanno minori responsabilità economiche di tipo familiare che possano fungere da deterrente e vivono sovente una condizione di solitudine, che fa venire meno sia il sostegno che il controllo.

A differenza di altri contesti (es. Stati Uniti), nel nostro Paese gli studi sul gioco d'azzardo nella popolazione anziana sono molto limitati, nonostante le posizioni occupate dall'Italia nelle classifiche mondiali sia per l'invecchiamento demografico, sia per il gioco d'azzardo.

È comunque possibile rilevare alcune stime e suggestioni in linea generale da alcune ricerche svolte a livello locale, che hanno indagato il fenomeno con specifico riferimento all'età anziana o più spesso confrontando grandi fasce di età (giovani, adulti, anziani)⁹⁵; poi soprattutto da alcune ricerche svolte a livello nazionale, che si sono interessate specificamente al fenomeno in età anziana.

Il gioco d'azzardo, nelle sue varie forme (compreso il gioco on line), interessa più i giovani e gli adulti che gli anziani, ma gli anziani giocatori dedicano più tempo al gioco (sia in quantità che in frequenza) e spendono più denaro rispetto alle altre fasce di età, con grave rischio di impoverimento non solo economico.

Vengono preferite le attività di gioco molto semplificate, con scarso impiego di potenziale cognitivo (i cosiddetti giochi di intrattenimento passivo, che risultano a maggiore rischio di dipendenza), in luoghi della vita quotidiana (tabaccherie, bar). Rispetto ai giovani e agli adulti, gli anziani si concentrano su un numero di giochi più limitato, risultando più abitudinari e meno propensi a sperimentare ciò che non conoscono.

Analogamente alle donne adulte, gli anziani privilegiano lotterie, lotto, Bingo⁹⁶ e slot machine; rispetto ad altre fasce di età, il contrasto alla noia - con il ricorso a giochi semplici, meno strategici e meno competitivi - è la più frequente motivazione al gioco.

Approfondendo le differenze di genere, va anzitutto sottolineato che le donne anziane presentano condizioni di rischio peculiari e maggiori rispetto ai coetanei maschi: sono spesso vedove (quindi tendenzialmente sole); vivendo più a lungo sono più suscettibili di malattie croniche età-correlate, che possono determinare depressione, ansia, prestazioni cognitive peggiori o desiderio di rivalsa; generalmente dispongono di redditi inferiori, il che non le protegge tout-court dal gioco d'azzardo, ma viceversa le espone al rischio di perdere soldi destinabili all'acquisto di farmaci e alle cure di patologie croniche.

Premesso questo, da una ricerca-intervento su scala nazionale emerge che fra i giocatori anziani i maschi sono superiori alle femmine (58% M, 42% F); il genere maschile predomina nettamente fra i giocatori a rischio (62% M, 38% F) e fra quelli problematici (68% M, 32% F)⁹⁷.

Nella tabella di pagina seguente vengono riassunti e posti a confronto i dati principali (diffusione nella popolazione, giochi più praticati, luoghi di gioco, motivazioni, fattori di rischio per gioco problematico) ricavabili da tre documenti su scala nazionale, che affrontano il tema del gioco d'azzardo nella popolazione anziana italiana.

⁹⁴ Vedi note a fondo capitolo.

⁹⁵ Vedi note a fondo capitolo.

⁹⁶ Vedi note a fondo capitolo.

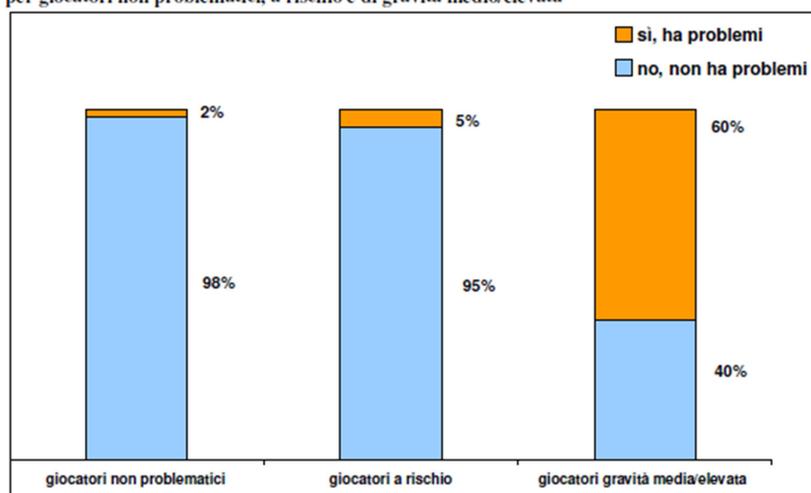
⁹⁷ Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013, p. 37.

Il gioco d'azzardo nella popolazione anziana italiana	Fonte
<p>Suddivisione popolazione anziana: 71% non giocatori 22% giocatori sociali 3% giocatori a basso rischio 2% giocatori a rischio moderato 2% giocatori problematici</p> <p>-----</p> <p>1.200.000 giocatori problematici 65-74 anni (in media 100 € al mese) 500.000 giocatori patologici 65-74 anni (in media 400 € al mese)</p>	<p>ISS - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, <i>Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Scheda 2: focus over 65</i>, Roma 2018</p> <p>-----</p> <p>FIPAC Confesercenti, <i>Il gioco non ha età. Ludopatia all'epoca della crisi</i>, dossier, Roma 2013</p>
<p>Giochi più praticati: lotterie istantanee e lotto⁹⁸.</p> <p>Giocatori ad AWP: 44% problematici vs 11% sociali. Giocatori a VLT: 31% problematici vs 1% sociali. Giocatori a scommesse sportive: 19% problematici vs 1% sociali.</p> <p>-----</p> <p>Giochi più praticati (sia in termini di tipologia di gioco preferita, sia in termini di frequenza di gioco): Gratta e Vinci, lotterie istantanee, lotto e SuperEnalotto.</p>	<p>ISS - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, <i>Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Scheda 2: focus over 65</i>, Roma 2018</p> <p>-----</p> <p>Gruppo Abele, AUSER, Libera, <i>L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER</i>, report di ricerca, 2013</p>
<p>Luoghi di gioco più frequenti: tabaccherie, bar.</p> <p>Vicinanza a casa (64%), gioco in solitaria (66%).</p> <p>Motivazione: gusto di giocare (41%).</p> <p>Inizio: per curiosità (60%).</p> <p>-----</p> <p>Luoghi di gioco più frequenti: ricevitorie, tabaccherie, bar.</p> <p>Motivazioni: vincere denaro (45%), divertirsi (20%), provare eccitazione (10%), incontrare persone (9%), rilassarsi (8%), tenere lontani i problemi (5%).</p>	<p>ISS - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, <i>Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Scheda 2: focus over 65</i>, Roma 2018</p> <p>-----</p> <p>Gruppo Abele, AUSER, Libera, <i>L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER</i>, report di ricerca, 2013</p>
<p>Fattori di rischio per gioco problematico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - titolo di studio medio-basso e mancanza di occupazione; - reddito inferiore ai 15.000 €; - assenza di capacità di risparmio; - consumo abituale di superalcolici o di aperitivi alcolici; - <i>binge drinking</i>; - gioco d'azzardo (on line o in luogo fisico) per più di 30 minuti continuativi alla settimana; - vicinanza a persone con problemi (attuali o passati) di gioco. 	<p>ISS - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, <i>Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Scheda 2: focus over 65</i>, Roma 2018</p>

⁹⁸ Vedi note a fondo capitolo.

Al di là della diffusione del fenomeno del gioco d'azzardo in tarda età, un aspetto molto interessante, specie in ottica preventiva, concerne la consapevolezza della situazione da parte dell'anziano giocatore. Il seguente grafico, estrapolato da una ricerca qui riportata, evidenzia la dichiarazione della presenza di problemi (di denaro, tempo, qualità delle relazioni, ecc.) da parte di anziani giocatori: i giocatori a rischio meritano una riflessione particolare, in quanto appaiono meno consapevoli delle conseguenze dei loro comportamenti rispetto ai giocatori problematici⁹⁹.

Grafico 19: presenza/assenza di problemi o difficoltà attribuiti al giocare d'azzardo, in percentuale, per giocatori non problematici, a rischio e di gravità medio/elevata



Pearson Chi-Square: Value=2,402E2² (0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,24)

4.2. Il consumo di alcol nella popolazione anziana italiana

A differenza del fenomeno del gioco d'azzardo, la cui espansione in tutte le fasce di età è relativamente recente, il consumo di alcol accompagna la storia del nostro Paese e la vita di persone e famiglie da moltissimo tempo.

Inoltre, la contestualizzazione in ambito alimentare e l'antico prevalere di un consumo moderato o considerato tale ha consentito di dotarsi di un sistema di rilevazione solido e costante: il consumo di alcol nella popolazione viene rilevato su scala nazionale dal 1993, nell'ambito dell'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana".

Tale indagine, di tipo campionario e con cadenza annuale, affronta molti argomenti, raggruppabili in quattro grandi aree (famiglia, abitazione e territorio in cui si vive; condizioni di salute e stili di vita; cultura, socialità e attività del tempo libero; interazione fra cittadini e servizi). Vari gli aspetti indagati sul consumo di alcol: sesso ed età dei consumatori, tipo di bevande consumate, quantità assunta e frequenza di consumo, eventuali comportamenti a rischio (quali assunzione fuori pasto, consumo eccessivo anche se ai pasti, *binge drinking*).

Ciò premesso, riflessioni significative possono derivare innanzitutto dalla lettura, nella seguente tabella, di alcuni dati ISTAT riferiti all'anno 2019 (cioè all'anno in cui è stato somministrato il questionario proposto agli AS lombardi nella ricerca oggetto di questo report): riguardo ai valori in percentuale, i dati espressi dall'ISTAT come numeri decimali vengono riportati, con arrotondamento, come numeri interi; riguardo ai valori assoluti, i dati espressi dall'ISTAT in migliaia vengono presentati in tabella moltiplicati per 1.000, in modo da agevolare la lettura.

⁹⁹ Vedi note a fondo capitolo.

Consumo di alcol in Italia nella popolazione over 65 (2019, dati ISTAT)	Maschi		Femmine	
	%	pari a	%	pari a
Frequenza di consumo:				
- quotidiana	49%	2.903.000	18%	1.375.000
- occasionale	32%	1.903.000	32%	2.430.000
- totale	81%	4.806.000	50%	3.805.000
Consumo fuori pasto ¹⁰⁰	28%	1.669.000	9%	681.000
Bevande consumate:				
- solo vino e birra	35%	2.057.000	32%	2.408.000
- altri alcolici (in aggiunta o meno a vino e birra)	46%	2.730.000	18%	1.369.000
Consumo abituale eccedentario (> 1 UA al giorno)	33%	1.942.000	8%	614.000
<i>Binge drinking</i>	5%	290.000	1%	86.000
Consumo di vino:				
- in generale (a prescindere da quantità e frequenza)	76%	4.532.000	45%	3.427.000
- oltre ½ litro di vino al giorno	6%	381.000	1%	96.000
Consumo di birra:				
- in generale (a prescindere da quantità e frequenza)	51%	3.019.000	22%	1.693.000
- tutti i giorni	4%	241.000	1%	85.000
Consumo di:				
- aperitivi alcolici	26%	1.561.000	10%	793.000
- amari	34%	2.011.000	11%	830.000
- liquori	28%	1.673.000	7%	558.000
Totale popolazione over 65	100%	5.953.000	100%	7.638.000

In linea generale, va innanzitutto sottolineata la grande diffusione del consumo quotidiano fra gli anziani: bevono ogni giorno 2.903.000 maschi (1.528.000 under 75 + 1.375.000 over 75) e 1.375.000 femmine (668.000 under 75 + 707.000 over 75). Preoccupano sia gli over 75 maschi - dato che a età più elevate corrispondono maggiore tossicità dell'alcol, più frequente polipatologia e politerapia farmacologica, maggiore rischio di cadute - sia le femmine, più suscettibili dei maschi agli effetti tossici della sostanza.

Il consumo abituale eccedentario, cioè quello che supera ogni giorno una unità alcolica, riguarda il 33% dei maschi e l'8% delle femmine, senza differenze fra chi è under 75 e chi è over 75. Nei maschi è più diffuso fra i meno istruiti (34% licenza elementare o media vs 28% laurea), mentre nelle femmine è più diffuso fra le più istruite (13% laurea vs 7% licenza elementare e 8% licenza media).

Il *binge drinking* sembra interessare maggiormente gli *young old* maschi: se nelle femmine coinvolge solo l'1%, senza differenze fra under 75 e over 75, nei maschi riguarda il 5%, con il 7% degli under 75 e il 3% degli over 75.

A questo punto risulta importante riflettere sul tema dei consumatori a rischio, secondo il criterio ISS. L'ONA-ISS (Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità) ha costruito questo indicatore di sintesi per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*. Questo approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza di tale indicatore, utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale e nella relazione al Parlamento.¹⁰¹

¹⁰⁰ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁰¹ ISS Istituto Superiore di Sanità, *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021*, rapporti ISTISAN 21/7, Roma 2021, p. 16.

Come mostrato dal seguente grafico, secondo il criterio ISS gli anziani (sia *young old* che *old* e *old old*) rappresentano - insieme ai quasi maggiorenti - le fasce di popolazione più a rischio.

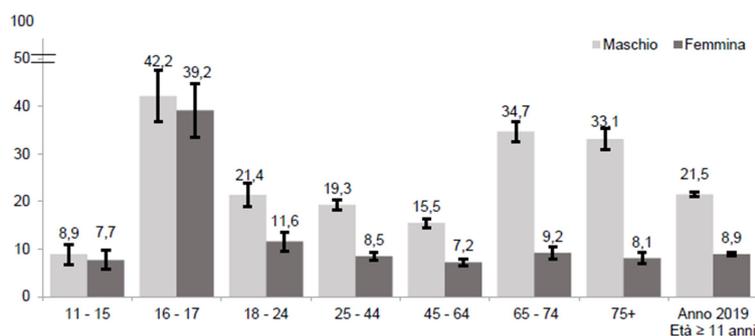


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2019)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

In concreto, l'Istituto Superiore di Sanità stima in 750.000 i minorenni e in 2.700.000 over 65 le persone considerabili a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, definendole anche come i target di popolazione sensibile per i quali l'OMS e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi di alcol alle raccomandazioni di sanità pubblica¹⁰². Si tratta di 1.450.000 *young old* (65-74 anni), 950.000 *old* (75-84 anni), 300.000 *old old* (85 anni e più). In altre parole, l'ISS considera a rischio circa 1 anziano su 5.

L'OMS considera gli anziani (oltre che le donne e i bambini) i target più sensibili della popolazione mondiale all'esposizione all'alcol: ridurre il più possibile il consumo di alcol in età anziana è fondamentale.

La seguente tabella¹⁰³ evidenzia come il consumo, moderato o a rischio, interessi più i maschi che le femmine e come riguardi anche le fasce di età più elevate, sia pure in misura minore degli *young old*.

Tabella 8. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2019)

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,2	54,2	78,8	47,9	74,5	42,0	80,7	49,8
Consumatori di vino	77,7	47,5	74,7	43,5	73,1	40,6	76,1	44,9
Consumatori di birra	60,0	29,3	43,0	19,4	29,6	8,5	50,7	22,2
Consumatori di aperitivi alcolici	32,3	13,8	21,0	9,2	13,2	3,6	26,2	10,4
Consumatori di amari	37,9	14,0	31,7	9,9	20,4	4,4	33,8	10,9
Consumatori di super alcolici	33,8	9,6	23,5	6,4	14,8	3,0	28,1	7,3
Consumatori abituali eccedentari	32,6	8,2	34,0	8,5	28,4	6,6	32,6	8,0
Consumatori di alcolici fuori pasto	32,6	10,9	24,4	8,6	17,4	4,3	28,0	8,9
Consumatori <i>binge drinking</i>	6,6	1,5	2,7	0,9	2,9	0,5#	4,9	1,1
Consumatori a rischio-criterio ISS	34,7	9,2	34,5	8,7	29,0	6,9	34,0	8,6

Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana.

Approfondendo le differenze di genere, un elemento di riflessione è fornito dal seguente grafico¹⁰⁴, che sintetizza le variazioni percentuali delle abitudini di consumo nella popolazione italiana in rapporto al genere, per tutte le fasce di età.

¹⁰² Ivi, p. 17.

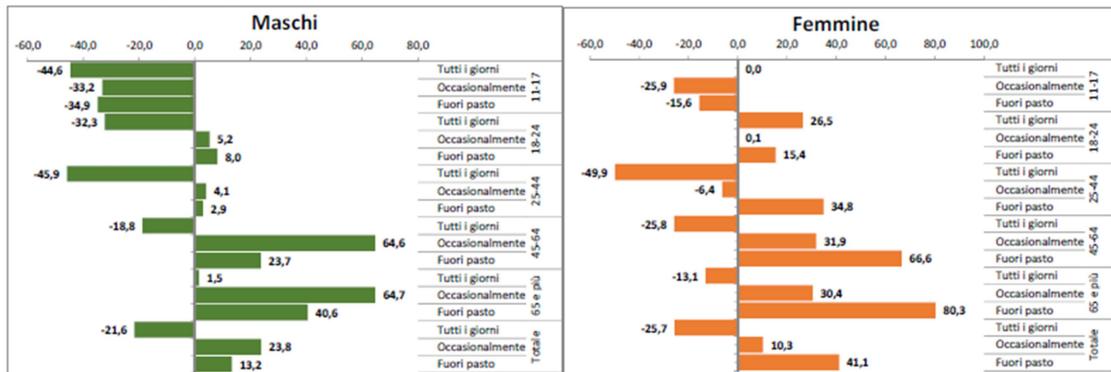
¹⁰³ Ivi, p. 49.

¹⁰⁴ ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (a cura di Bologna Emanuela), *Il consumo di alcol in Italia. I dati delle indagini ISTAT*, relazione presentata all'*Alcohol Prevention Day 2019* (18° edizione), Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol, Roma 15/5/2019.

Nell'arco di un decennio, a livello nazionale il consumo quotidiano di bevande alcoliche si è mantenuto sostanzialmente stabile per gli over 65 di sesso maschile, ed è invece diminuito per le anziane; colpisce molto l'aumento di chi consuma alcol fuori pasto (comportamento a rischio o già molto problematico), per gli over 65 sia di sesso maschile (+41%) che soprattutto di sesso femminile (+80%).

Consumo di alcol: Confronto a distanza di 10 anni

Persone di 11 anni e più che consumano bevande alcoliche tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per sesso e classe d'età. Anni 2008 e 2018, variazione percentuale dei valori assoluti



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Negli ultimi 10 anni cambiano soprattutto i comportamenti delle DONNE:

- Le consumatrici giornaliere scendono da 4 milioni 101 mila a 3 milioni 48 mila (-25,7% contro -21,6% dei maschi);
- Le consumatrici fuori dai pasti aumentano da 4 milioni 68 mila a 5 milioni 740 mila (+41,1% contro il 13,2% degli uomini);
- Le consumatrici occasionali passano invece da 11 milioni 354 mila a 12 milioni 518 mila (+10,3%).

Ma tra gli UOMINI : Consumo occasionale in aumento, da 10 milioni 197 mila a 12 milioni 620 mila (+23,8% contro +10,3% delle donne).

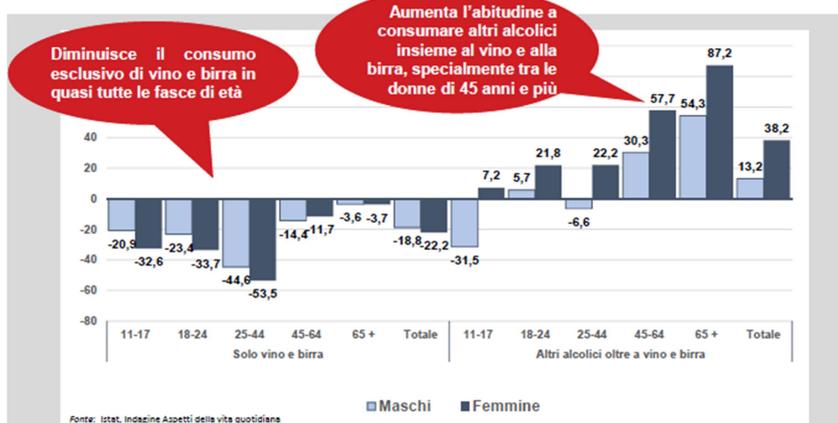
ROMA, 15 MAGGIO 2019 | ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' | IL CONSUMO DI ALCOL IN ITALIA

ALCOHOL PREVENTION DAY

La stessa relazione evidenzia come nel decennio 2008-2018 in Italia le persone anziane (a differenza delle altre fasce di età) non abbiano diminuito in modo significativo il consumo di vino e birra, risultando (specie le femmine) la fascia di popolazione in cui aumenta in modo estremamente significativo il consumo di altre bevande alcoliche, oltre a vino e birra.

Nel tempo cambiano i gusti in modo diverso nelle varie classi di età

Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, vino, birra e altri alcolici, per combinazioni di consumo sesso e classe d'età. Anni 2008 e 2018, variazione percentuale dei valori assoluti



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

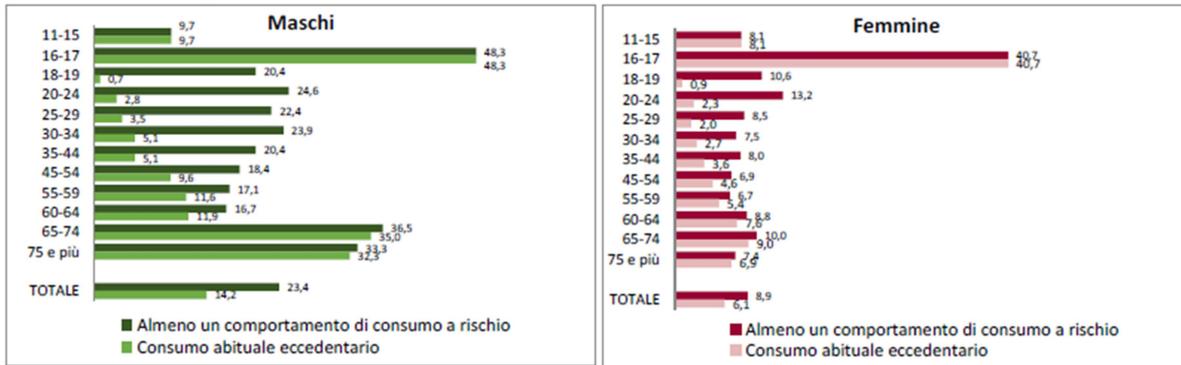
ROMA, 15 MAGGIO 2019 | ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' | IL CONSUMO DI ALCOL IN ITALIA

ALCOHOL PREVENTION DAY

Nel 2018 il consumo abituale eccedentario risulta il comportamento a rischio prevalente per le persone anziane (più per i maschi, che per le femmine). Anche qui i dati confermano che le persone over 65 rappresentano, insieme ai 16-17 anni, la fascia di popolazione in cui è più diffuso questo comportamento a rischio o già molto problematico.

Consumo abituale eccedentario

Persone di 11 anni e più con consumo abituale eccedentario(a), sesso e classe d'età. Anno 2018 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Il consumo abituale eccedentario riguarda il 14,2% degli uomini e il 6,1% delle donne.

Anziani e modello di consumo: per gli anziani di 65 anni e più il tipo prevalente di comportamento a rischio è pressoché coincidente con un consumo eccedentario, soprattutto durante il pasto (53,7% degli uomini e 70,5% delle donne).

(*) per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.

(a) il consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni (LARN 2014)

ROMA, 15 MAGGIO 2019 | ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' | IL CONSUMO DI ALCOL IN ITALIA

ALCOHOL PREVENTION DAY

A un doveroso senso di preoccupazione, presente nell'opinione pubblica e nei media nei confronti dei giovanissimi, non pare corrispondere un'analoga attenzione nei confronti degli anziani.

Su questo incidono sicuramente anche gli aspetti di clamorosità e di evidenza dei comportamenti di adolescenti e giovani, maggiormente coinvolti nell'intossicazione occasionale attuata fuori pasto (con *binge drinking*, legato a un'intenzione consapevole di raggiungere l'ubriacatura e la perdita del controllo, per "sballare e divertirsi") e al di fuori delle mura domestiche (discoteche, feste in locali, concerti, *rave party*).

Inoltre, adolescenti e giovani possono essere coinvolti in forme di consumo estremo, molto pericolose, come:

- la *neck nomination* (sfida di bevute lanciata tramite i social e videoripresa);
- l'*eye balling* (assunzione di superalcolici tramite gli occhi);
- il *tampax alcolico* (inserimento - in vagina per le femmine, nell'ano per i maschi - di un tampone imbevuto di alcol);
- il *balconing* (salto da un balcone dentro una piscina o dentro un altro balcone, dopo aver bevuto);
- la *drunkoressia* (variante dell'anoressia, con digiuno associato a elevato consumo di bevande alcoliche).

Come abbiamo visto, il modello di consumo degli anziani è invece essenzialmente di tipo tradizionale, poco evidente e clamoroso, caratterizzato dall'assunzione di vino durante i pasti, che supera però le quantità indicate come a minor rischio.

L'ISTAT correla la presenza molto elevata di anziani fra i consumatori a rischio con la scarsa conoscenza, da parte loro e di chi sta loro vicino, dei potenziali danni legati all'assunzione alcolica e dei limiti indicati dalla letteratura scientifica e dalle organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali. Inoltre, suppone che gli anziani mantengano comportamenti alcolici acquisiti nel corso della vita, perché inconsapevoli degli aumentati rischi per la salute all'avanzare dell'età. In altri termini, molti anziani "scivolerebbero" da una situazione di normalità a una situazione di rischio non per un aumento dell'assunzione, ma per una maggiore tossicità, in età anziana, del livello di consumo raggiunto in età adulta e mantenuto nel tempo.

Sembra inoltre importante sottolineare che la combinazione di alcol (specie superalcolici) e droghe in pasticche da parte di adolescenti e giovani, spesso in discoteca, allerta e viene riconosciuta dall'opinione

pubblica come un comportamento altamente a rischio e foriero di danni significativi; altrettanto non succede per la combinazione di alcol (spesso vino rosso, ritenuto addirittura protettivo per la salute cardiovascolare) e di farmaci (anch'essi composti chimici, ma con tutt'altro scopo ed effetto) da parte di anziani, all'interno delle mura domestiche o in contesti conviviali. Analogamente, nell'immaginario comune il policonsumo di cannabis e alcol da parte dei giovani viene associato all'idea di comportamento rischioso, dannoso, deviante; altrettanto non avviene per il policonsumo di alcol e psicofarmaci (ansiolitici, ipnotici, antidepressivi) da parte degli anziani.

Un ulteriore elemento di riflessione può derivare dagli accessi in pronto soccorso con diagnosi (principale o secondaria) totalmente attribuibile all'alcol: alcuni dati significativi sono disponibili grazie al sistema informativo EMUR (EMergenza URgenza), avviato nel 2010, che monitora le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.

Nel 2017 gli accessi hanno riguardato più anziani che minorenni, sia a livello nazionale che a livello lombardo; nel 2018 e nel 2019 la differenza di accessi fra minorenni e anziani si modifica, anche per effetto di un aumento degli accessi di minorenni ai pronto soccorso lombardi.

La seguente tabella evidenzia alcuni aspetti significativi. Va precisato che i dati qui presentati, riferiti agli anziani, comprendono anche gli *early-onset drinkers*, cioè persone che invecchiano sopravvivendo a problemi e patologie alcol-correlati, che li accompagnano fin dall'età giovane o adulta.

Accessi al pronto soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol

	2017 ¹⁰⁵	2018 ¹⁰⁶	2019 ¹⁰⁷
Totale accessi - Italia	39.182	40.083	43.148
- con arrivo in ambulanza	66%	66%	61%
- con codice verde al triage	64%	66%	66%
- con dimissione al domicilio	76%	77%	78%
Accessi per età - Italia			
- minorenni (< 18 anni)	3.237 (1.791 M + 1.446 F)	3.896 (2.181 M + 1.715 F)	4.723 (2.573 M + 2.150 F)
- anziani (65 anni e più)	4.004 (2.934 M + 1.070 F)	3.997 (2.911 M + 1.086 F)	4.374 (3.216 M + 1.158 F)
Accessi per età - Lombardia			
- minorenni (< 18 anni)	571 (317 M + 254 F)	777 (429 M + 348 F)	1.046 (574 M + 472 F)
- anziani (65 anni e più)	588 (459 M + 129 F)	636 (477 M + 159 F)	775 (580 M + 195 F)

Tramite le schede di dimissione ospedaliera (SDO), nel 2019 in Italia si rilevano complessivamente 54.001 dimissioni ospedaliere con almeno una patologia alcol-correlata come diagnosi principale di dimissione o come una delle diagnosi secondarie al ricovero, che hanno influenzato il trattamento terapeutico. La distribuzione per classi diagnostiche rilevate mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche (56%), seguite da sindromi da alcoldipendenza (22%) e da postumi dell'assunzione eccessiva, più o meno occasionale (17%).

Anche da questo punto di vista può risultare interessante riflettere sulla distribuzione per età delle dimissioni - da ricoveri in regime ordinario (RO) o in regime diurno, cioè day hospital (DH) - con diagnosi

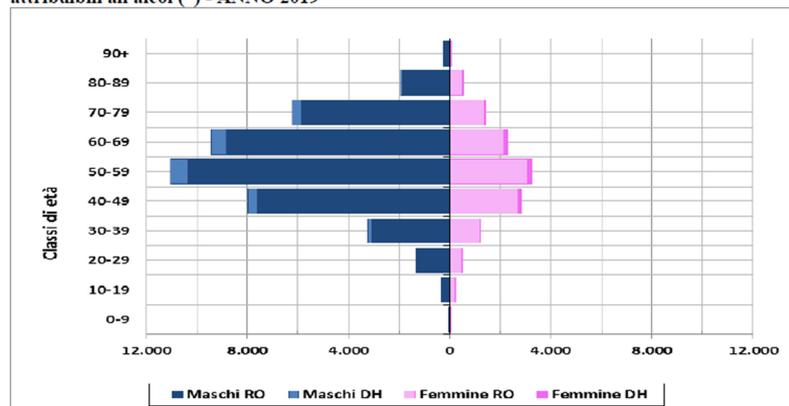
¹⁰⁵ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2018*, Roma 2019, pp. 29-36.

¹⁰⁶ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2019*, Roma 2020, pp. 37-44.

¹⁰⁷ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2020*, Roma 2021, pp. 35-42.

totalmente attribuibili all'alcol: il seguente grafico¹⁰⁸ evidenzia come le dimissioni riferite agli anziani, anche di fascia d'età elevata, siano maggiori di quelle riferite agli adolescenti e ai giovani.

GRAF.I.5 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2019



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Dalla stessa fonte¹⁰⁹ si evince che in Lombardia, su un totale di 7.611 dimissioni ospedaliere con diagnosi attribuibile all'alcol (5.816 M + 1.795 F), 77 riguardano minorenni (35 M + 42 F) e 2.136 riguardano anziani (1.744 M + 392 F).

In termini più generali, secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità risulta chiaro come l'elevata prevalenza di consumatori a rischio tra gli over 65 giustificherebbe un allarme sociale e sanitario pari a quello che stiamo vivendo per alcol e giovani. Il numero assoluto di bevitori a rischio in età anziana è destinato ad aumentare in modo esponenziale per il rapido invecchiamento della popolazione, cui andrà ad aggiungersi il fatto che questo segmento di popolazione in progressivo aumento sarà in gran parte composto dai cosiddetti *baby boomers* (ossia i nati dopo la seconda guerra mondiale), i quali per disposizione culturale e disponibilità economica sono molto più propensi delle precedenti generazioni all'acquisto e al consumo di alcol e droghe.¹¹⁰

Nel corso del 2020, per effetto della pandemia e delle sue conseguenze il consumo di alcol è stato interessato da alcune specificità¹¹¹:

- aumento della vulnerabilità dei consumatori a rischio, specie se in età anziana (sia l'alcol che il virus Covid-19 aggrediscono il sistema immunitario);
- diffusione di *fake news* su presunti effetti protettivi dell'alcol rispetto al contagio;
- impennata delle vendite a domicilio;
- peggioramento dello stile di vita (per contemporanei aumento del fumo di sigaretta, diminuzione dell'attività fisica abituale, modifica delle abitudini alimentari con tendenza a surplus calorico, maggiore consumo di farmaci ansiolitici, incremento del gioco d'azzardo on line);
- minore accesso ai servizi da parte di persone con problemi non adeguatamente intercettate già pre-pandemia (l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS stima che già il 90% dei consumatori dannosi di alcol, con bisogno di qualsiasi forma di trattamento, non ne fruiva, né per mancata propria richiesta, né per mancato invio da parte di professionisti che dovrebbero individuare le persone a rischio).

¹⁰⁸ Ivi, p. 47.

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ ISS Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol, *Consumo rischioso di alcol negli anziani: un problema reale che va affrontato con urgenza per oltre 2.700.000 ultra65enni*, Roma 2019, p. 2.

¹¹¹ ISS Istituto Superiore di Sanità, "Conclusioni", in *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2020*, rapporti ISTISAN 20/7, Roma 2020.

Da questo punto di vista, un gruppo di esperti ha subito sottolineato¹¹² che il problema sanitario legato al tema dell'alcol, anche per una più accentuata comorbidità con altre condizioni (tabagismo, gioco d'azzardo, uso inadeguato di psicofarmaci, ecc.), è evidente e sottovalutato in termini di esigenza di riorganizzazione del sistema di identificazione precoce (intercettazione e screening), di diagnosi, intervento e riabilitazione. Alle criticità e difficoltà appena citate, che afferiscono ai servizi pubblici (o privati accreditati) impegnati nell'area delle dipendenze, vanno aggiunte le problematiche che hanno interessato i gruppi di auto mutuo aiuto. Le modalità di comunicazione virtuale imposte dalla pandemia hanno condizionato e minato le possibilità di legame, vicinanza fisica e affettiva, accompagnamento e sostegno reciproco caratterizzanti questi gruppi; ciò - insieme a difficoltà, restrizioni, conseguenze economiche, psicologiche e socio-relazionali anche future correlate alla pandemia - ha comportato in diversi casi ricadute, ansia e depressione; nei casi più difficili, ritorno al precedente stile di vita anche dopo anni di astinenza.

4.3. Stime dalla ricerca su pensieri ed esperienze degli AS lombardi

Riassumendo quanto esposto riguardo alla popolazione interessata, la percentuale di anziani giocatori a rischio in Italia è stimata fra il 6% e il 7% (compreso un 2% di giocatori con problemi severi): sugli oltre 13 milioni di anziani, quasi 1 milione sarebbe a rischio, di cui circa 270.000 giocatori problematici gravi.

Decisamente più diffusi i problemi con l'alcol: secondo l'indagine ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana, il consumo abituale eccedentario riguarda il 33% dei maschi e l'8% delle femmine in età anziana, il *binge drinking* il 5% dei maschi e l'1% delle femmine.

I consumatori di alcol a rischio (criterio ISS) sono quantificati in 2.700.000, di cui 1.500.000 *young old* (65-74 anni), 900.000 *old* (75-84 anni), 300.000 *old old* (85 anni e più). In altre parole, l'ISS considera a rischio circa 1 anziano su 5 (sono qui compresi anche gli anziani erroneamente considerati con un consumo moderato).

Ponendo a confronto i dati emersi dalla ricerca sulle opinioni ed esperienze degli AS lombardi con quanto stimato a livello nazionale, colpisce il fatto che questi professionisti considerino più diffuso il gioco d'azzardo a rischio o già problematico rispetto al bere tardivo:

- ritiene che il problema interessi oltre il 15% della popolazione anziana il 24% degli AS riguardo al bere tardivo, il 43% degli AS riguardo al gioco d'azzardo;
- pensa che il problema coinvolga più di un anziano su cinque l'8% degli AS per il bere tardivo, il 20% degli AS per il gioco.

Va precisato che, nonostante intenzioni e dichiarazioni del gruppo di ricerca fossero orientate ai *late-onset drinkers*, meno numerosi degli *early-onset drinkers* ma più suscettibili di intercettazione precoce da parte degli AS non specialistici, è possibile che i rispondenti abbiano considerato i bevitori anziani tout-court, compresi quindi anche gli *early-onset drinkers*, anche per difficoltà di individuazione e di distinzione fra le due tipologie.

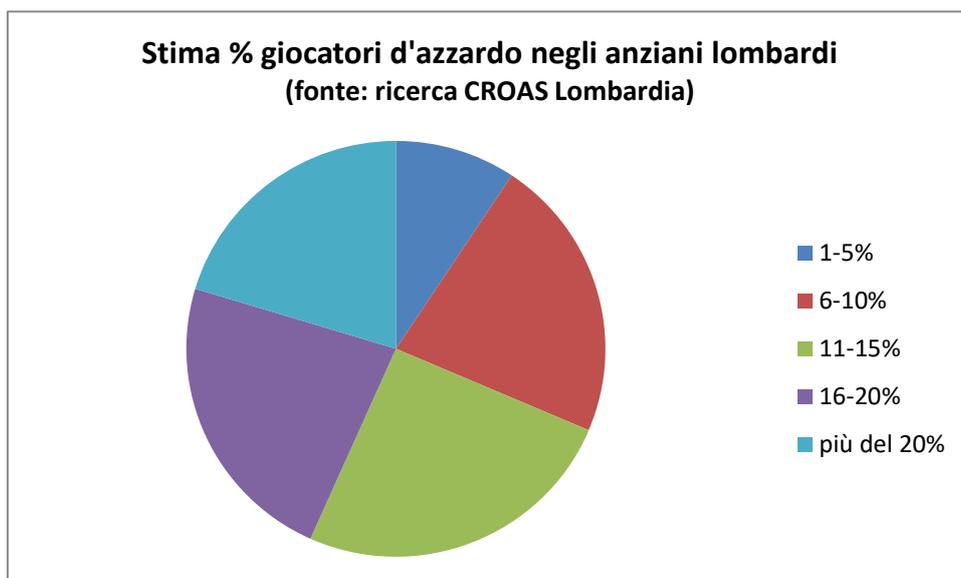
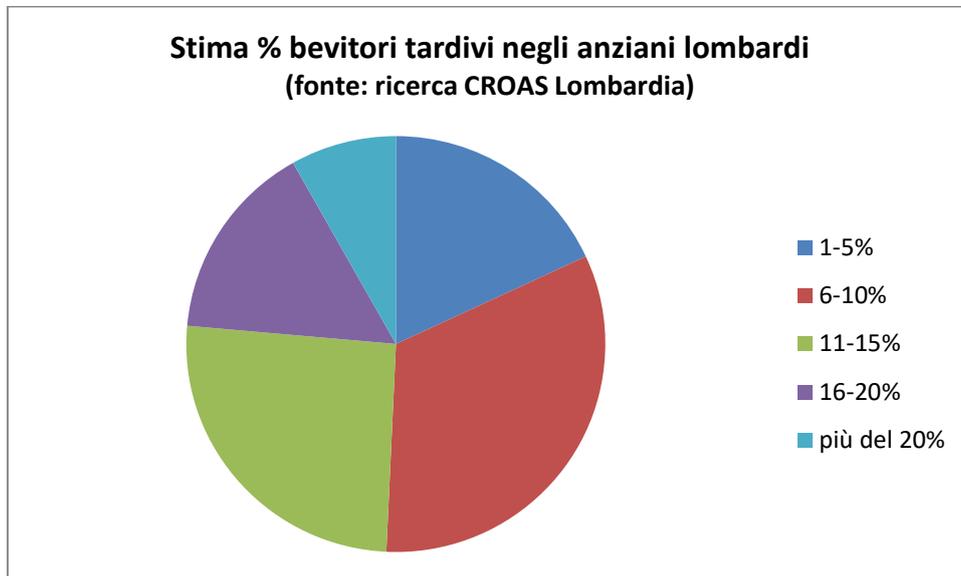
È altrettanto possibile che su queste percezioni incida una maggiore visibilità del problema e una maggiore sensibilità al tema del gioco d'azzardo rispetto a quello dell'alcol:

- il consumo alcolico continua a risentire di pervicaci, antiche e fuorvianti resistenze culturali, con perdurante sottovalutazione dei suoi effetti;
- il gioco d'azzardo è oggetto di una crescente attenzione, specie da parte di enti locali, associazioni, servizi e professionisti attenti e consapevoli.

In ogni caso la stima da parte degli AS appare elevata in rapporto alla marcata carenza di percorsi di aiuto dedicati e a una consuetudine di collaborazione fra servizi per / con persone anziane e servizi per le dipendenze ancora da costruire: entrambi questi aspetti possono influire sull'emersione del problema e sulla percezione della sua diffusione nella popolazione.

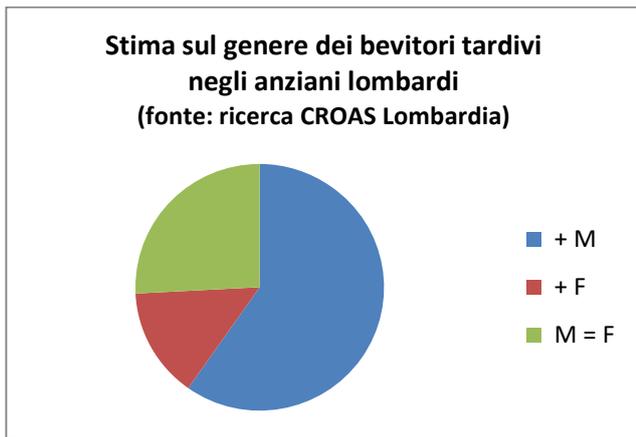
¹¹² Scafato Emanuele et al., "Alcol e coronavirus disease-19: la prevenzione che manca. Necessità e urgenza di rinnovamento organizzativo e funzionale della rete di cura del sistema sanitario nazionale", *Alcolologia*, n. 40, 2020, p. 14.

I dati nazionali presentati nei due precedenti paragrafi e quelli riferiti alla ricerca sugli AS lombardi non si prestano a un confronto diretto e preciso: diversi sono i parametri di riferimento, le modalità di rilevazione, gli interlocutori interpellati. Tuttavia, è possibile affermare che è necessario e improcrastinabile un salto culturale: mantenendo l'interesse verso il gioco d'azzardo, va decisamente incrementato quello verso l'alcol.



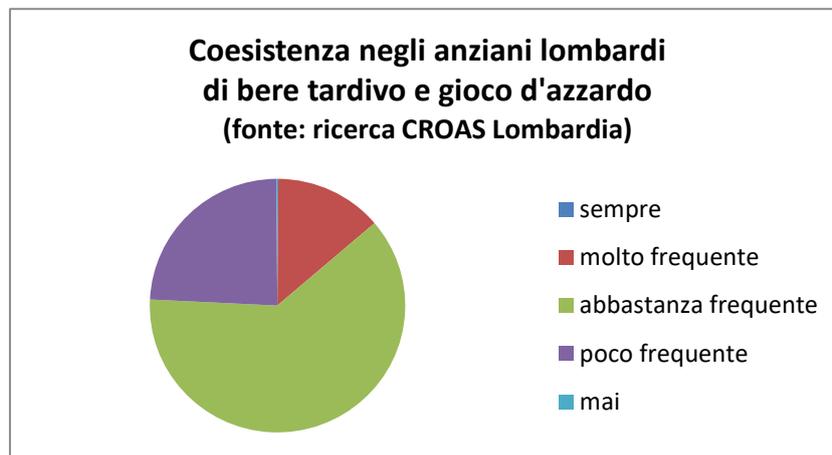
Riguardo alle differenze di genere, nell'opinione dei 2.080 AS partecipanti alla ricerca il consumo eccessivo di alcol viene correlato maggiormente al sesso maschile, mentre curiosamente il gioco d'azzardo viene attribuito più al sesso femminile, anche se in misura meno eclatante rispetto all'alcol.

Come abbiamo visto, nel nostro Paese sono molto più consistenti e stabili le rilevazioni sul consumo di alcol rispetto a quelle sulla pratica del gioco d'azzardo: è possibile quindi affermare con un certo grado di sicurezza che le stime degli AS lombardi sono in linea con i dati disponibili a livello nazionale riguardo all'alcol, che sottolineano il perdurare di una connotazione maschile del problema, pur in presenza di segnali di modifica dei comportamenti femminili anche in età anziana (consumo fuori pasto); riguardo al gioco d'azzardo, dai pochi studi disponibili è evidente una predominanza maschile, sia fra i giocatori problematici e patologici che fra gli ancora contenuti giocatori anziani utenti dei servizi specialistici.



Infine, i 2.080 assistenti sociali lombardi che hanno partecipato alla ricerca ritengono che i problemi del bere tardivo e del gioco d'azzardo tendano a coesistere: solo il 24% dei rispondenti pensa che la coesistenza di tali problemi sia poco frequente.

La coesistenza di questi due problemi è nominata nella letteratura consultata, ma non ancora quantificata.



In sintesi, quindi, nonostante la carente possibilità di effettuare un confronto puntuale fra quanto emerso dalla ricerca sugli AS lombardi sulla diffusione delle situazioni a rischio o già problematiche in età anziana e quanto rilevato, in modi e da tempi molto diversi, su scala nazionale, è possibile affermare che le percezioni degli AS lombardi colgono l'esistenza del problema, ma lo sottostimano (alcol) o lo sovrastimano (gioco d'azzardo): mantenendo alta l'attenzione verso il gioco d'azzardo, va quindi sostanzialmente incrementata quella verso l'alcol.

A conclusione si segnala che nel report 1 della presente ricerca (sezione 3) gli esiti qui ripresi sono rapportati all'età dei rispondenti, all'anzianità professionale complessiva, all'esperienza personale con bevitori tardivi o con giocatori anziani (in ambito professionale o meno), all'esperienza professionale nell'ambito di servizi per le dipendenze, al servizio di impiego attuale, al tempo-lavoro attuale dedicato a persone anziane, oltre che alla provincia di residenza o domicilio del professionista.

Un aspetto interessante è che anche chi non ha avuto esperienze personali con bevitori tardivi e/o con giocatori anziani (in ambito professionale o meno) ha una percezione di una diffusione significativa nella popolazione anziana dei problemi indagati, l'idea che il bere tardivo interessi maggiormente il genere maschile, l'opinione di una frequente coesistenza fra bere tardivo e gioco d'azzardo.

NOTE AL CAPITOLO 4 - GIOCO D'AZZARDO E ALCOL NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Nota 90

“La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto ad oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo [...]. La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012).”

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, a cura di Serpelloni Giovanni, *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*, Roma 2013, p. 12.

Nota 94

“[...] nei giorni di ritiro della pensione si verifica un'impennata di ogni sorta di giochi. Del resto i «gratta e vinci» sono regolarmente venduti negli uffici postali dove si ritira l'assegno previdenziale. [...] (l'Italia è il primo Paese al mondo per la vendita di «gratta e vinci»)”.

Fonte: Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013, pp. 3-4.

Nota 95

La prima ricerca specifica sugli anziani a livello locale è stata realizzata nel 2014 dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, per iniziativa del Dipartimento Dipendenze dell'allora ASL di Bergamo e in collaborazione con molti soggetti pubblici e privati del territorio; si è avvalsa di un questionario postale autosomministrato, rivolto a un campione di 2.100 anziani 65-84 anni residenti in provincia. L'iniziativa è stata motivata dall'emergere del problema, rilevato da diversi soggetti (FederConsumatori, SERT e gruppi di auto mutuo aiuto, servizi sociali territoriali, amministratori e media locali).

Dai dati elaborati sui 773 questionari validi è emerso che gli anziani giocatori sociali sono il 41%, mentre una pratica di gioco a rischio o problematica (con frequenza più assidua, spesa crescente, *chasing*, perdita di autocontrollo sul comportamento di gioco) interessa il 9% dei rispondenti. I giochi più diffusi: Gratta e Vinci, lotto e SuperEnalotto. Luoghi: soprattutto bar e tabacchi, vicino a casa.

I comportamenti a rischio o problematici sono associati all'essere non coniugati, senza hobby, con scarsa percezione del rischio connesso al gioco, con difficoltà di natura neuropsicologica (disturbi nervosi, decadimento cognitivo, depressione, ansia), con aumento di patologie diagnosticate dal medico.

Fonte: ASL Bergamo, IFC-CNR Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, *Il gioco d'azzardo nella popolazione di 65-84 anni nella provincia di Bergamo*, Cerco Edizioni, Milano 2015

Nota 96

“La folta presenza di anziani alle sale Bingo dipende da una doppia combinazione tra crescita del senso della solitudine e aumento della crisi economica. [...] Alla base della dipendenza patologica da gioco, dunque, vi è una miscellanea di diversi fattori che, comunque, hanno come obiettivo quello di migliorare le proprie condizioni economico-sociali e vivere un momento adrenale e di socializzazione. Il meccanismo stesso delle sale Bingo genera dipendenza.” Fonte: FIPAC Confesercenti, *Il gioco non ha età. Ludopatia all'epoca della crisi*, dossier, Roma 2013, pp. 5-6.

Il Bingo viene tendenzialmente percepito come una sorta di tombola, aspetto sottolineato fin dalla sua presentazione nel 2002 davanti alla VI Commissione Finanze e Tesoro da parte dell'ex ministro Vincenzo Scotti, in qualità di cofondatore della società “Formula Bingo” che otterrà poi molte concessioni. “Per capire quanto questo gioco sia realmente somigliante alla tombola e favorente la socializzazione basta entrare in una sala Bingo: la velocità delle estrazioni del Bingo (trasmesse a video e contemporaneamente lette con altoparlanti) è frenetica e rende impossibile prestare attenzione ad altro che non sia la propria cartella da controllare. [...] all'interno di questi luoghi frequentemente non si trova solo il Bingo ma tanto altro; sono come dei veri piccoli casinò, con tanto di slot machine, videolottery, possibilità di scommesse, possibilità di acquisto di Gratta e Vinci, e altro ancora. La grande offerta di giochi e la possibilità di tenere aperto fino a tarda notte fanno di questi posti dei luoghi ad alto rischio di frequentazioni patologiche.” Fonte: Poli Riccardo, De Facci Riccardo, Iori Matteo, “Malati d'azzardo. Responsabilità in gioco”, *Welfare Oggi*, n. 4, 2016.

Nota 98

Da un'altra fonte si ricava la diffusione dei punti di vendita per tipologia di gioco: nel 2019 a livello nazionale si contano 58.790 punti vendita lotterie, 34.538 ricevitorie lotto, 10.061 operatori di gioco a base sportiva e 6.683 operatori di gioco a base ippica, 198 sale Bingo; a livello lombardo si tratta, rispettivamente, di 9.404, 5.029, 1.209, 982 e 26 punti di vendita. Fonte: ADM Agenzia Dogane Monopoli, *Libro blu 2019. Relazione*, Roma 2020, p. 93.

Nota 99

“Partendo dalla domanda «Il giocare le ha mai causato problemi o difficoltà?», abbiamo preso in considerazione le risposte delle persone che risultano giocatori e le abbiamo osservate in base al livello di «gravità». Quello che sembra possibile affermare è che i giocatori a rischio tendono ad apparire meno «consapevoli» dei problemi che il gioco può aver già causato loro una volta che si pone loro una domanda generica, laddove invece a una somministrazione di item più dettagliati sui comportamenti e sulle eventuali difficoltà, emergono le compromissioni a livello di vita a cui possono essere già andati incontro. I giocatori gravemente patologici rispondono in modo affermativo fin da subito alla domanda sui problemi legati al gioco.”

Fonte: Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013, p. 32.

Nota 100

Fra le persone che consumano alcolici fuori pasto abitualmente (almeno una volta a settimana nell'anno considerato), il numero medio di unità alcoliche fuori pasto a settimana è pari a 6 per i maschi over 65 e a 3 per le femmine over 65: va considerato che tale numero aumenta nella popolazione all'aumentare dell'età (per i maschi è pari circa a 3 per i minorenni, 4 per i giovani e gli adulti, 5 per i tardo adulti; per le femmine è pari a 2 per le minorenni e a 3 per le giovani, le adulte e le tardo adulte). Le persone anziane di sesso maschile appaiono quindi, probabilmente in modo inaspettato per molti, come i consumatori di più unità alcoliche fuori pasto nella popolazione.

5. DALLA RICERCA SU PENSIERI ED ESPERIENZE DEGLI AS LOMBARDI: PUNTI DI RIFLESSIONE E QUESTIONI APERTE

La ricerca su pensieri ed esperienze degli AS lombardi sui temi del gioco d'azzardo e dell'alcol in età anziana si presta a molti approfondimenti, considerazioni e rielaborazioni. Nell'ampio quadro di possibilità esistenti, il gruppo di ricerca ha individuato alcuni elementi, che propone in questo capitolo per condividere punti di riflessione ed evidenziare questioni aperte.

Prima di affrontarli, una breve spiegazione sul motivo della loro scelta:

1. la **prevenzione** è stata individuata per l'approccio preventivo e proattivo che la nostra comunità professionale dovrebbe assumere con convinzione e costanza; la nostra figura professionale si trova spesso a confrontarsi con problemi conclamati, in situazioni complesse e molto difficili da fronteggiare: nel rispetto dei limiti dettati dalle regole istituzionali e dalle modalità organizzative di enti e servizi per cui e in cui si lavora, è importante dal punto di vista culturale ampliare lo sguardo "dalla riparazione alla prevenzione";
2. fra i fattori di rischio per l'insorgenza del problema, proposti nel questionario, gli AS rispondenti alla ricerca hanno individuato come prevalente quello riferito a **solitudine dell'anziano e isolamento sociale**; si tratta di un tema che, per il progressivo incremento dei nuclei familiari unipersonali in età anziana, assume grande rilevanza dal punto di vista sia dell'analisi sociologica, sia delle sfide poste a politiche e servizi: nello scenario che sta emergendo, non solo in contesti urbani, politiche e servizi dovrebbero orientarsi sempre più alla popolazione invece che alla sola utenza in carico, per evitare di trascurare gli anziani più a rischio di invisibilità;
3. la **motivazione al cambiamento** e la **fiducia nelle possibilità di cambiamento** rappresentano temi con cui tradizionalmente gli AS si confrontano nel loro lavoro quotidiano: fa parte della nostra professione aiutare le persone a rileggere la loro storia e situazione in ottica evolutiva, a trovare o ritrovare senso e speranza nella propria esistenza anche se difficile, a individuare potenzialità e risorse in se stessi e nel contesto relazionale e di vita, a compiere un percorso di cambiamento affrontando anche le inevitabili pause e ricadute; riguardo ai temi indagati dalla ricerca esistono alcune peculiarità (la diffusa convinzione della scarsa possibilità di cambiare in età anziana, la difficoltà a rinunciare all'alcol e/o al gioco d'azzardo), che motivano la scelta di dedicare un approfondimento specifico a tale argomento; questo è inoltre risultato al primo posto nella graduatoria delle possibili difficoltà / criticità nel percorso di aiuto segnalate dagli AS rispondenti;
4. un aspetto trasversale emerso dalla ricerca riguarda i **familiari**, indicati dalla maggioranza degli AS rispondenti - a prescindere dal servizio di impiego e quindi dal grado di vicinanza operativa ai temi indagati - come essenziali nella segnalazione del problema ai servizi, nelle strategie di aiuto e nel percorso di cura; questo aspetto rimanda alla difficoltà delle persone con problemi di alcol e/o di gioco d'azzardo nell'essere consapevoli di rischi e danni che li riguardano e nel chiedere aiuto, sottolinea la criticità della situazione per gli anziani soli, interroga riguardo al rapporto possibile e agito fra servizi e famiglie;
5. il ruolo di **MMG e servizi sociali territoriali nell'intercettazione precoce** è stato individuato in relazione allo sguardo ai temi indagati dalla ricerca; riprendendo la metafora dell'iceberg riportata nelle introduzioni, occorre allargare lo sguardo dalla fascia molto contenuta di popolazione con un problema conclamato, che produce danni e compromissioni importanti in varie sfere della vita, alle persone coinvolte nei fenomeni definiti "alcol passivo" e "azzardo passivo", oltre che a larghi strati di popolazione (anche anziana) che presentano un consumo alcolico ritenuto erroneamente moderato o che possono transitare da un comportamento di gioco problematico, poco considerato tale, a un comportamento patologico; in questa direzione diventa quindi cruciale l'intercettazione precoce delle situazioni a rischio, in cui sia il MMG che i servizi sociali territoriali possono svolgere un ruolo determinante;

6. infine, la **preparazione/formazione degli AS**, risultata carente anche nella formazione continua e anche per alcuni AS che lavorano in servizi per le dipendenze; la formazione è emersa come la voce più ricorrente nelle risposte alla domanda aperta del questionario su proposte e possibili azioni di miglioramento; è stata indicata da molti AS nell'ultima domanda del questionario, su eventuali commenti e osservazioni al lavoro di ricerca, esprimendola come un auspicio rispetto al prosieguo dei lavori del Gruppo Anziani post-ricerca; va inoltre sottolineato che la formazione continua è un tema molto importante per l'Ordine degli Assistenti Sociali, coinvolto nel complesso sistema di riconoscimento dei crediti formativi (convenzioni con enti formatori pubblici e privati, concessione di patrocinii, accreditamento dei singoli eventi, accreditamenti ex post, riconoscimento di esoneri) e nella promozione di iniziative formative specifiche, tramite i gruppi territoriali di supporto alla formazione continua (attivi su base provinciale) e i gruppi tematici di approfondimento.

Gli aspetti individuati trovano riscontro nel Codice Deontologico dell'assistente sociale:

1. il contributo dell'AS alla **prevenzione** e alla salute è citato nell'art. 6; l'attenzione nel proprio lavoro anche alla dimensione biologica delle persone viene sottolineata nell'art. 8;

art. 6: "L'assistente sociale afferma i principi della difesa del bene comune, della giustizia, della solidarietà e dell'equità sociale e, nel promuovere la cultura della sussidiarietà, della prevenzione e della salute, opera affinché le persone creino relazioni di reciprocità all'interno delle comunità alle quali appartengono."

art. 8: "L'assistente sociale riconosce la centralità e l'unicità della persona in ogni intervento; considera ogni individuo anche dal punto di vista biologico, psicologico, sociale, culturale e spirituale, in rapporto al suo contesto di vita e di relazione."

2. l'attenzione alle situazioni che rischiano l'invisibilità, fra cui rientrano gli **anziani in solitudine**, è rinvenibile nell'art. 39;

art. 39: "L'assistente sociale contribuisce a promuovere, sviluppare e sostenere politiche sociali integrate, finalizzate al miglioramento del benessere sociale e della qualità di vita dei membri delle comunità, con particolare riferimento a coloro che sono maggiormente esposti a situazioni di fragilità, vulnerabilità o a rischio di emarginazione, tenuto conto del livello di responsabilità che egli ricopre e in funzione degli effetti che la propria attività può produrre."

3. il tema della **fiducia** nelle persone è evidenziato fin dal preambolo; sul tema si esprimono anche l'art. 11 e l'art. 26;

preambolo: "La relazione con la persona, anche in presenza di asimmetria informativa, si fonda sulla fiducia e si esprime attraverso un comportamento professionale trasparente e cooperativo, teso a valorizzare tutte le risorse presenti e la capacità di autodeterminazione degli individui."

art. 11: "L'assistente sociale promuove opportunità per il miglioramento delle condizioni di vita della persona, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle loro diverse aggregazioni sociali; ne valorizza autonomia, soggettività e capacità di assunzione di responsabilità, sostenendole nell'uso delle risorse proprie e della società, per prevenire e affrontare situazioni di bisogno o di disagio e favorire processi di inclusione."

art. 26: "L'assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminarsi e di agire attivamente; impegna la propria competenza per instaurare una relazione di fiducia e per promuovere le potenzialità, l'autonomia e il diritto della persona ad assumere le proprie scelte e decisioni, nel rispetto dei diritti e degli interessi legittimi degli altri."

4. l'art. 10 sottolinea lo sguardo alle **famiglie**, fondamentale in tutti i pensieri e le azioni professionali;

art. 10: "L'assistente sociale riconosce le famiglie, nelle loro diverse e molteplici forme ed espressioni, nonché i rapporti elettivi di ciascuna persona, come luogo privilegiato di relazioni significative."

5. riguardo all'**intercettazione precoce dei problemi** delle persone e alla collaborazione sinergica fra gli attori principali del sistema di aiuto a livello locale, un riferimento importante, anche se indiretto, è dato dall'art. 40;

art. 40: "L'assistente sociale non può prescindere da una approfondita conoscenza della realtà territoriale in cui opera e da una adeguata considerazione del contesto storico e culturale e dei relativi valori. Ricerca la collaborazione dei soggetti attivi in campo sociale, socio-sanitario e sanitario per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera integrata ai bisogni della comunità, orientando il lavoro a pratiche riflessive e sussidiarie."

6. infine, il tema della **formazione continua** e della sua importanza è trattato nell'art. 24;

art. 24: "L'assistente sociale è tenuto alla propria formazione continua al fine di garantire prestazioni qualificate, adeguate al progresso teorico, scientifico, culturale, metodologico e tecnologico. A tal fine, contribuisce alla ricerca, alla divulgazione della propria esperienza, anche fornendo elementi per la definizione di evidenze scientifiche. Il professionista si adopera, inoltre, affinché si sviluppi la cultura della supervisione professionale."

5.1. La prevenzione: c'è ancora molto da fare

Nonostante il processo di invecchiamento demografico del nostro Paese e la consistenza della popolazione anziana, purtroppo sembra ancora da diffondere e consolidare una specifica cultura della prevenzione - in senso gerontologico, oltre che geriatrico - che possa esprimersi in pensieri, riflessioni di senso, strategie di lungo respiro e specifici progetti. Prevale infatti ancora un orientamento a considerare le persone anziane come ormai tendenzialmente escluse da interventi preventivi, che appaiono "naturalmente" correlati alle prime fasi della vita o all'età adulta.

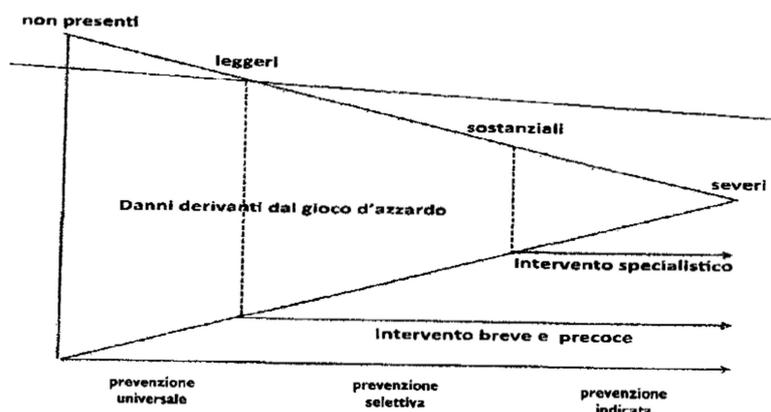
Pensando all'alcol, le ricadute dell'eccessivo consumo in età anziana già citate (accelerazione del processo di decadimento cognitivo, aumento del rischio di insorgenza di tumori, maggiori probabilità di cadute e conseguenti - molto temute - fratture di femore, interazioni inattese e non monitorate con le abituali terapie farmacologiche, ecc.) appaiono molto onerose non solo a livello individuale e familiare, ma anche a livello sociale (costi del servizio sanitario nazionale): è difficile comprendere lo scarso interesse per la prevenzione su questo tema quando riguarda la terza età, sia da parte delle istituzioni pubbliche che da parte della popolazione.

Adeguati programmi educazionali per una buona preparazione al pensionamento e a un uso attivo e positivo del tempo divenuto "libero" possono incidere positivamente, infatti, già a livello di prevenzione primaria; semplici interventi di socializzazione e psicogeriatrics possono risultare efficaci per aiutare l'anziano bevitore tardivo ad affrontare adeguatamente i fattori che hanno causato l'avvio del consumo dannoso.

Riguardo al gioco d'azzardo, il seguente grafico¹¹³ evidenzia diversi tipi di prevenzione, da quella universale rivolta a tutta la popolazione a quella selettiva, indirizzata a specifiche fasce di popolazione a rischio (ad esempio gli anziani), a quella indicata, mirata a chi ha già manifestato segni e sintomi derivanti da un comportamento di gioco d'azzardo disfunzionale.

È evidente che gli interventi di prevenzione coinvolgano soprattutto gli operatori formati a tale scopo ma interpellino anche, con contributi consapevoli e fondati che possono essere forniti nella propria pratica lavorativa quotidiana, gli assistenti sociali e le altre figure (ad esempio gli operatori di *front office*) che incontrano nel loro lavoro le persone anziane.

¹¹³ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Osservatorio per il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, *Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico (GAP)*, Roma 2017, p. 7.



Fonte: Adattato da Korn e Shaffer (1999)

Fatte queste premesse, i “nuovi” Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) inseriscono l’offerta di *counseling* individuale quale prestazione per prevenire e contrastare il consumo rischioso di alcol e il tabagismo, oltre che per promuovere l’attività fisica e la sana alimentazione, accanto a campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici.¹¹⁴

Successivamente, il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025:

- riconosce la salute come processo complesso e dinamico che implica interdipendenza fra fattori e determinanti personali, socio-economici e ambientali;
- individua nel MMG la figura chiave per favorire l’*health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) e l’*empowerment* dei cittadini e per contrastare le disuguaglianze;
- sottolinea che lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita, rimarcando che le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono i più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio oggetto del PNP e ai fattori di stress che minano la resilienza;
- individua il Comune quale “*super-setting*” in cui gli altri *setting* (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari) convergono per promuovere salute e realizzare interventi di prevenzione.

Fra le azioni centrali del PNP, una (la linea n. 11) riguarda la definizione di un Piano nazionale / linee di indirizzo per le dipendenze, orientato a ridurre i danni, limitare i rischi, organizzare il sistema dei servizi socio-sanitari dedicati e motivato dal fatto che le attività socio-sanitarie rivolte alle dipendenze risultano incomplete, frammentate e in gran parte superate dalle veloci trasformazioni dei fenomeni¹¹⁵.

Vengono individuati indicatori riferiti agli obiettivi strategici:

- per il macro obiettivo M-01 (malattie croniche non trasmissibili¹¹⁶), in totale 60 indicatori: di questi, 9 riguardano solo gli over 65, 21 la popolazione di età 18-69 anni, 5 alcune fasce di popolazione anziana (65-69 anni o 70-74 anni); nel complesso gli indicatori riferiti all’alcol (non solo per l’età anziana) sono 6;
- per il macro obiettivo M-02 (dipendenze e problemi correlati), in totale 14 indicatori: di questi, nessuno riguarda solo gli over 65, 4 la popolazione di età 18-69 anni, 1 la popolazione di età 15-74 anni; nel complesso gli indicatori riferiti all’alcol sono 3 (di cui 2 per la popolazione di età 18-69 anni), quelli riferiti al gioco d’azzardo sono 2 (di cui 1 per la popolazione di età 15-74 anni).

¹¹⁴ DPCM 12/1/2017, “Definizione e aggiornamento dei LEA di cui all’art. 1 comma 7 del D Lgs 502/1992”, allegato 1 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica, voci F4 (alcol e fumo), F5 (attività fisica) e F6 (alimentazione).

¹¹⁵ Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria, *Piano nazionale della prevenzione 2020-2025*, Roma 2020, pp. X e 21-22.

¹¹⁶ Vedi paragrafo 1.3.5 in questo report.

Sul fronte delle strategie, nel macro obiettivo M-02 (dipendenze e problemi correlati) si richiama l'opportunità di adottare approcci strategici multicomponente, che mirino da un lato a contrastare e ridurre l'offerta (adottando politiche volte a regolare l'accesso), dall'altro a ridurre la domanda (operando sulla modifica degli atteggiamenti). Le azioni derivanti da tali strategie sono rivolte:

- a tutta la popolazione (prevenzione universale e ambientale),
- a gruppi vulnerabili che presentano un rischio specifico superiore alla media della popolazione (prevenzione selettiva),
- a soggetti che hanno avuto un consumo problematico ma che ancora non hanno sviluppato dipendenza (prevenzione indicata).

Quest'ultimo tipo di destinatari è quello di maggiore interesse per la ricerca condotta fra gli AS lombardi: anziani che presentano un consumo alcolico rischioso o dannoso e/o che hanno un comportamento di gioco d'azzardo problematico, non ancora intercettati dai servizi specialistici per le dipendenze ma incontrati dai servizi per/con anziani diffusi sul territorio.

Riguardo all'alcol, nel macro obiettivo M-02 si esprime la necessità di diffondere l'identificazione precoce e il *counseling* breve nel contesto della medicina generale; si sottolinea inoltre la necessità di prevedere interventi di sostegno destinati alle famiglie dei bevitori, favorendo la collaborazione fra servizi alcolologici territoriali, servizi sociali e realtà di auto mutuo aiuto, per promuovere il cambiamento dei comportamenti non solo di chi è coinvolto direttamente nel problema, ma anche dell'intera comunità.

Più in generale nel PNP viene sottolineata la necessità di un approccio combinato e integrato fra:

- strategie di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting);
- strategie basate sul singolo individuo, per individuare tempestivamente soggetti a rischio e identificare malattie in fase precoce;
- interventi efficaci centrati sulla persona (es. *counseling* individuale sugli stili di vita) mirati a seconda dei fattori di rischio specifici per quella persona e della sua disponibilità al cambiamento.

Ancora, si sottolinea la necessità di incentivare e rafforzare le reti e il sostegno informali, la cittadinanza attiva e l'*empowerment* individuale e collettivo degli anziani e di chi si prende cura di loro. Anziani attivi e *caregiver* risultano attori strategici per interventi adeguati ai bisogni degli anziani, nella prospettiva di un approccio inclusivo e partecipato e di un sistema che offra, oltre che servizi efficienti e prestazioni di qualità, anche occasioni capaci di generare integrazione e coesione sociale.

Sul fronte regionale¹¹⁷, nell'ambito della prevenzione rispetto a qualità della vita e stato di benessere, le misure lombarde, attivate a partire dal 2015, sono inserite all'interno del documento di programmazione comunitaria POR e vedono come destinatari le persone ultra65enni con queste caratteristiche:

- con un reddito ISEE uguale o inferiore a 20.000 € annui;
- al proprio domicilio;
- con compromissione funzionale lieve o condizioni che possono comportare una minore cura di sé e dell'ambiente domestico;
- in condizione di povertà relazionale, intesa come rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato ecc., con conseguenti importanti effetti dal punto di vista del decadimento psico-fisico;
- eventualmente anche *caregiver* di familiari non autosufficienti, con necessità di sollievo e supporto per mantenere un'adeguata qualità della vita.

Al 2020 non sono previsti strumenti di concertazione/coordinamento (ad esempio un tavolo regionale permanente dedicato all'invecchiamento attivo). Nel concreto sono stati emanati 3 provvedimenti, l'ultimo organizzato "a sportello" (cioè a esaurimento risorse).

¹¹⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche per la Famiglia, INRCA Health and Science on Aging, *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia*, Roma 2020, p. 4.

Nell'ambito del documento di programmazione comunitaria POR, le politiche sociali che riguardano le persone anziane fanno parte della prevenzione secondaria, sono cioè misure che non si fermano a fornire informazioni e sollecitare attività (sportive, relazionali, ricreative, ecc.), ma prevedono un intervento vero e proprio in quelle situazioni considerate più a rischio di avviarsi verso la non autosufficienza. Esempi di destinatari: anziani *caregiver*, anziani soli nelle grandi città o nelle zone di montagna, anziani invisibili che non accedono ai servizi esistenti.

Queste politiche si traducono in progetti individualizzati, costruiti ad hoc dagli operatori del Comune insieme alla persona e anche alla famiglia se necessario, in base alle offerte del territorio e a un catalogo delle prestazioni. La persona anziana viene accompagnata in un percorso che dura 12 mesi e ha la finalità di sviluppare la voglia di rimettersi in gioco, di avviare un processo di invecchiamento attivo "autogenerato", verso una ritrovata qualità della vita, anche nello svolgimento, ad esempio, della funzione di *caregiver* familiare.

Per questi interventi relativi al miglioramento della qualità della vita e allo stato di benessere, dal 2015 al 2020 sono state impegnate risorse pari a circa € 5.000.000. Le risorse non vengono erogate direttamente alla persona anziana ma tramutate in voucher, da utilizzare per l'acquisto di servizi (identificabili attraverso un catalogo).

Riguardo specificamente al gioco d'azzardo, la Regione Lombardia ha emanato un'apposita legge riferita anche alla prevenzione (LR 8/2013, "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico", modificata con successive LR nel 2015, 2019 e 2021), che coinvolge i Comuni singoli o associati, le ATS, le ASST, il terzo settore, le imprese e le associazioni di categoria, le associazioni di tutela dei diritti di consumatori e utenti. Questa legge prevede interventi a favore di tutta la popolazione e in particolare a favore di persone affette da gioco d'azzardo patologico, loro familiari e fasce di popolazione più deboli e più esposte ai rischi da DGA: tali interventi si inquadrano negli indirizzi di programmazione e nelle azioni del SSR, con particolare riferimento alle strategie e ai programmi di promozione della salute e prevenzione del PRP (Piano Regionale di Prevenzione).

Successivamente, alcune DGR hanno progressivamente definito l'impegno della Regione Lombardia sul fenomeno, disegnando un modello di governance che intende valorizzare e consolidare le azioni e i progetti intrapresi a livello locale in una logica programmatica, oltre che promuovere l'integrazione fra Comuni e ATS. Si tratta di:

- DGR 585/2018 (approvazione del programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico);
- DGR 1114/2018 (realizzazione di un modello organizzativo territoriale per la programmazione e gestione sul territorio delle azioni di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico);
- DGR 2609/2019 (azioni locali di sistema nel contesto degli ambiti territoriali in materia di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico).

Parallelamente, dal 2015 la Regione ha messo a disposizione fondi appositi, inizialmente tramite bandi di co-finanziamento di progetti sviluppati nei vari territori e successivamente tramite delibere di riparto e assegnazione alle ATS.

La DGR 4674 del 10/5/2021 (realizzazione terza annualità del programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla DGR 585/2018 - riparto e assegnazione alle ATS delle risorse anno 2018 di cui al DM Salute 26/10/2018) ha distribuito, in base alla consistenza demografica dei territori, circa € 8.262.000, di cui il 13% destinato all'obiettivo 1 (promuovere aumento di conoscenze e competenze finalizzate a sostenere processi di *health literacy* nei diversi target), il 47% destinato all'obiettivo 2 (potenziare l'attività di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico nei setting scuola, luoghi di lavoro, comunità locali) e il 40% destinato all'obiettivo 3 (potenziare le opportunità di diagnosi precoce, cura e riabilitazione a livello territoriale, in linea con l'assetto organizzativo).

5.2. La solitudine dell'anziano e l'isolamento sociale

Nel nostro Paese, la quota di persone anziane che vivono sole aumenta all'aumentare dell'età; gli anziani over 75 che vivono soli costituiscono una piccola quota della popolazione complessiva, ma una quota molto importante della popolazione anziana.

Il rischio di isolamento sociale aumenta all'avanzare dell'età, essendo determinato e amplificato da fattori oggettivi che si presentano e si acquiscono durante il processo di invecchiamento: riduzione dell'autonomia funzionale, minori possibilità di movimento, perdita di persone di riferimento significativo (per morte o malattia grave), conseguente riduzione della rete familiare o amicale di relazione e di supporto. Questi fattori possono risultare aggravati da limiti o condizionamenti ambientali, notevole lontananza dalla residenza dei figli, scarsa presenza di servizi di prossimità e di sostegno, condizioni economiche difficili.

Le caratteristiche del contesto di vita (alloggio ed edificio in cui è collocato, quartiere e contesto esterno di prossimità, trasporti pubblici) influiscono sulle condizioni oggettive e soggettive di benessere (sicurezza percepita, soddisfazione, attaccamento ai luoghi, senso di appartenenza a una comunità) e sulle possibilità di muoversi nell'ambiente e di mantenere e coltivare le relazioni sociali (di vicinato, di quartiere e più ampie), per attività della vita quotidiana o per attività sociali e culturali. In questo senso l'ambiente può caratterizzarsi come "protetico" (a misura della persona, domiciliare e comunitario) oppure non funzionale al sostegno e alle relazioni, oltre che colmo di barriere non solo fisiche e architettoniche, ma anche percettive, psicologiche, socio-culturali, economiche.

Se il vivere da soli si accompagna all'assenza di severe patologie limitanti e quindi a buoni livelli di autonomia e a discrete capacità di mobilità fisica, alla proprietà dell'abitazione, a un reddito da pensione abbastanza adeguato, esiste una possibilità (teorica) di vivere relazioni sociali intense e potenzialmente soddisfacenti.

Nonostante l'isolamento sociale possa essere considerato non solo in termini quantitativi o strutturali (presenza, numero e frequenza di contatti sociali), ma anche in termini qualitativi o funzionali (qualità dei contatti sociali e soddisfazione che ne deriva), spesso viene considerato come una condizione oggettiva di carenza o mancanza di relazioni e di referenti significativi. Viceversa, la solitudine è più frequentemente oggetto di distinzioni concettuali.

Innanzitutto va differenziata la condizione oggettiva di solitudine - definita da situazione abitativa, stato civile e di convivenza, rete familiare e sociale di supporto, relazioni intergenerazionali - dalla condizione soggettivamente percepita come fonte di malessere psicologico e di disagio esistenziale: il vissuto di solitudine, che può essere presente anche in persone anziane che non vivono da sole e che hanno familiari in qualche modo presenti, fa soffrire e, come abbiamo già visto, fa ammalare.

Sentirsi soli, perfino trascurati o abbandonati, non coincide necessariamente con i dati oggettivi osservati e rilevati da chi entra in contatto con le persone anziane. È la solitudine percepita, quindi, quella che conta. Emblematica, a questo proposito, una testimonianza: "C'è la solitudine anche se ti senti protetta dalle persone, dalle attenzioni dei figli. Però la solitudine intima, che non la faccio vedere, la sento tanto."¹¹⁸

Dinamiche di disallineamento fra aspettative soggettive specifiche dell'anziano e qualità e affettività della presenza e della cura familiare possono determinare un vissuto di solitudine anche in chi è immerso in una rete familiare di supporto fitta e solida. Questo aspetto è emerso anche nelle videointerviste che i componenti del Gruppo Anziani hanno realizzato con diversi AS, successivamente alla fase di prima elaborazione dei dati raccolti con il questionario della nostra ricerca.

Sulla distanza fra solitudine oggettiva e solitudine percepita è interessante il progetto ALONE, che ha indagato su scala europea, tramite una ricerca qualitativa, le opinioni, le percezioni e le esperienze di

¹¹⁸ Melchiorre Maria Gabriella et al., *Anziani soli e reti di cura: una comparazione territoriale*, Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali, Working Papers n. 3/2021, p. 24.

operatori sanitari e sociali che individuano e affrontano la solitudine esistenziale delle persone anziane nel loro lavoro quotidiano.¹¹⁹

In Italia la maggior parte degli operatori intervistati riferisce che tutti gli anziani di cui si occupano hanno sperimentato la solitudine, almeno una volta nella vita, e ne riconoscono due diversi aspetti: uno positivo, riferito a una solitudine cercata e voluta, una sorta di intima necessità; e uno negativo nel caso di solitudine forzata, che provoca sofferenza.

Tutti concordano sul fatto che ci si possa sentire soli anche quando si è circondati da altre persone. Spesso la solitudine nelle persone anziane è legata alla morte del coniuge, con una situazione peggiore in caso di coppie molto unite, con pochi contatti sociali. Talvolta si tratta di anziani con figli, che magari abitano vicino e sono presenti nelle loro vite, ma questo sembra non prevenire il fatto di sentirsi soli. Analogamente, essere circondati da persone con cui non si avverte di avere affinità e qualcosa in comune, o che non siano in grado di comprendere i propri pensieri e sentimenti più profondi, può accompagnare il sentirsi soli.

La solitudine esistenziale è qualcosa che va molto in profondità, portando con sé un senso di vuoto incolmabile, perché riconducibile a un senso di perdita irreversibile di qualcosa o qualcuno sentito come molto importante (il coniuge, una persona cara, l'identità personale, il benessere fisico o mentale, il senso stesso della vita): questo senso di vuoto è dovuto a qualcosa che va oltre una mancanza oggettiva.

La solitudine viene correlata da questi intervistati a: mancanza di relazioni con le altre persone ma anche con se stessi, una sorta di "deserto" caratterizzato dall'assenza di contatto con la propria storia e valori; percezione da parte dell'anziano di non aver nulla di importante nella propria vita; inadeguate modalità adottate per affrontare le difficoltà e gli eventi critici della vita (es. pensionamento, lutti); carenti abilità di ricostruire se stessi e di mantenere le relazioni nel tempo; sensazione di non sentirsi compresi e di non cogliere interesse altrui (anche dei figli) al proprio stato d'animo; senso di invisibilità, paura di essere dimenticati o abbandonati; aspettative personali disattese; contatti forzati con persone che cercano di prevaricare; strategia per proteggere se stessi dal resto del mondo.

Infine, una solitudine particolare è quella vissuta dai *caregiver* che a volte, dopo la diagnosi, tendono ad allontanarsi dai contesti di vita frequentati in precedenza, per vari motivi (non hanno informazioni su possibili aiuti, si sentono soli nell'affrontare la situazione, non ricevono realmente aiuti da persone vicine, soffrono perché il loro caro non è più la stessa persona che hanno conosciuto e con cui hanno condiviso una vita intera).

Su un piano più generale, alcuni autori distinguono la solitudine "sociale", caratterizzata da sentimenti negativi derivanti dall'assenza di relazioni significative e di integrazione sociale, dalla solitudine "emotiva", riferita più alla mancanza percepita di una figura di riferimento, con cui si sente affinità, condivisione, possibilità di comprensione autentica e profonda.

In letteratura è stato espresso il concetto di *loneliness threshold* (soglia di solitudine), riferito alle aspettative delle persone anziane verso le relazioni sociali: questo concetto spiega, in studi su scala europea, la distanza fra il basso senso di solitudine rilevato fra gli anziani dei Paesi nordici e il più elevato senso di solitudine rilevato fra gli anziani dei Paesi mediterranei, a prescindere dall'ampiezza delle reti relazionali in cui vivono.

Un'interessante ricerca realizzata nel 2019 dal Laboratorio di Politiche Sociali del Politecnico di Milano ha indagato le condizioni degli anziani fragili che vivono soli (o con badante), tramite interviste in tre differenti regioni, in contesti urbani di media grandezza e in aree interne: in Lombardia sono state realizzate, al domicilio degli anziani coinvolti, 24 interviste a Brescia e 16 interviste in provincia di Pavia (Oltrepò Pavese). Dalla ricerca è emersa, fra l'altro, la differenza fra *loneliness threshold*, più bassa a Brescia che a Reggio Calabria (altra città interessata dall'indagine): pur in presenza di reti familiari di supporto, il senso di

¹¹⁹ Manattini A. et al., *Prospettive e ostacoli incontrati dai professionisti sanitari e sociali nell'interfacciarsi con la solitudine esistenziale degli anziani. Report internazionale*, Unione Europea - Programma Erasmus+, ALONE Innovative Health Professionals Training Program on Existential Loneliness among Older People, 2019-1.

solitudine è più alto a Reggio Calabria che a Brescia, a causa di diverse aspettative degli anziani - anche per un differente contesto sociale - che possono risultare più facilmente deluse se di livello elevato.¹²⁰

Da questa ricerca emerge la situazione degli anziani che, pur essendo in condizioni fisiche discrete o solo moderatamente compromesse, sembrano presentare condizioni di isolamento sociale più problematiche, da cui discende - soprattutto nei contesti urbani - anche una percezione di solitudine piuttosto pronunciata. Sono anziani che, proprio perché ancora autosufficienti, sembrano ricevere (o richiedere) minore attenzione da parte degli altri, in una fase della vita in cui le relazioni sociali si stanno “naturalmente” assottigliando e in cui è dunque più facile cadere nella trappola dell’(auto)isolamento.

Si tratta di una condizione all’apparenza paradossale, che indica tuttavia quanto sia importante non dare per scontata l’equazione fra benessere fisico e inserimento sociale degli anziani, anche per evitare, in un’ottica preventiva, che il senso di solitudine incida negativamente su di essi sotto il profilo del decadimento cognitivo, spesso apripista di quello fisico e funzionale.

Riguardo al rapporto fra isolamento sociale e solitudine, da questa ricerca emerge che per le persone anziane che vivono sole, essere inserite in una rete di relazioni di confidenza certamente è un antidoto al senso di solitudine. Tuttavia, questa relazione non è completamente chiara e lineare: le reti ampie non sembrano ridurre il rischio di sentirsi soli decisamente di più di quelle ristrette. Emerge invece l’importanza della varietà di relazioni che costituiscono la rete: una rete composta da figure familiari, ma anche da amici, vicini e conoscenti, risulta più efficace (specie per chi vive in contesti urbani) nel contenere il livello di solitudine, rispetto a una rete composta unicamente da familiari.

Un secondo risultato interessante riguarda la frequenza e la modalità di contatto con la rete: per ridurre il rischio di solitudine fra le persone anziane che vivono sole, è emersa in modo piuttosto chiaro e consistente (sia nelle aree urbane, sia in quelle interne) l’importanza dei contatti quotidiani, anche se - ma questo vale in particolare per i contesti urbani - a distanza.¹²¹

Un’ulteriore distinzione interessante rispetto alla solitudine ci viene suggerita dallo psichiatra Eugenio Borgna: “C’è solitudine e solitudine: la solitudine che fa sgorgare le risorse della propria anima e la solitudine che corrode l’anima, e la fa soffrire, dilatando la coscienza della propria fragilità (...)”¹²². Borgna differenzia la solitudine interiore (solitudine dell’anima, creatrice) dalla solitudine dolorosa (negativa, solitudine-isolamento). Alla prima, che può essere scelta di vita o circostanza più o meno temporanea, questo autore assegna dimensioni di riflessione, meditazione, serenità e speranza, apertura e nostalgia di dialogo e relazione; alla seconda, che può essere frutto di condizioni oggettive (malattia, dolore, povertà) oppure di scelte individuali (volontario distacco dal mondo delle persone e dal mondo delle cose, ricerca intenzionale di motivi e desideri unicamente individuali, indifferenza, noncuranza e disinteresse verso il destino degli altri-da-sé), correla condizioni di sofferenza psichica (specie di depressione) oppure deserti emozionali e aridità di cuore.¹²³

Dopo questo inquadramento sul tema, passiamo a visionare alcuni dati. Innanzitutto può essere interessante riflettere sulla progressiva espansione delle famiglie unipersonali in Lombardia e sull’incidenza degli anziani che vivono soli, tramite i dati di censimento (i più recenti messi a disposizione dall’ISTAT con dettaglio locale, riportati anche nelle schede per provincia in allegato): la lettura della seguente tabella evidenzia che tali tipologie di famiglie risultano diffuse in tutte le province e appaiono pregnanti nelle città capoluogo (specie Milano).

¹²⁰ Arlotti Marco, Cerea Stefania, *Invecchiare a domicilio nei contesti urbani e nelle aree interne. Fragilità, isolamento sociale e senso di solitudine*, Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali, Working Papers n. 4/2021, p. 16.

¹²¹ Ivi, pp. 25-26.

¹²² Borgna Eugenio, *La fragilità che è in noi*, Einaudi, Torino 2014, p. 59.

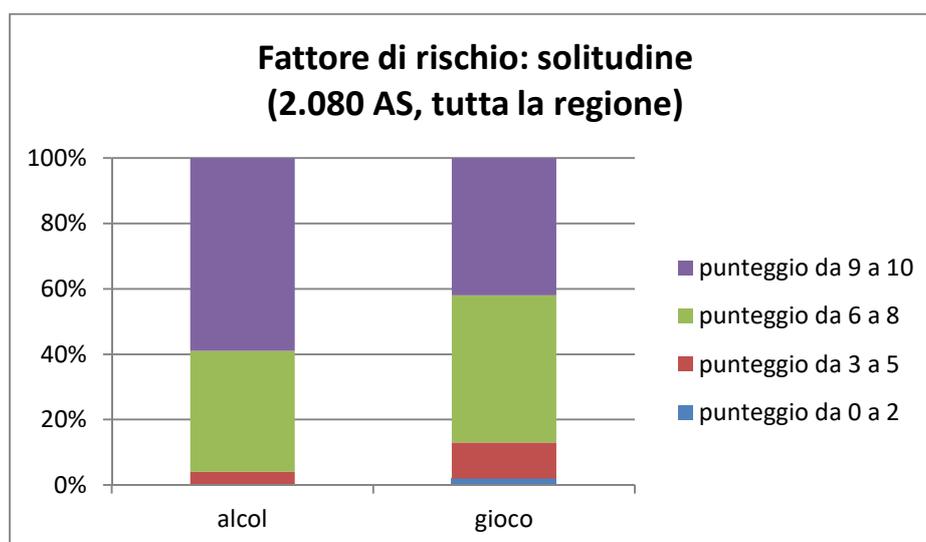
¹²³ Borgna Eugenio, *La solitudine dell’anima*, Feltrinelli, Milano 2017, pp. 11 e 21-22.

provincia	famiglie unipersonali 1971	famiglie unipersonali 1991	famiglie unipersonali 2011	% famiglie unipersonali su totale famiglie 2011	% over 65 che vivono soli su totale over 65 2011	% over 65 che vivono soli su totale over 65 nel capoluogo 2011
Bergamo	30.511	64.671	130.986	28%	27%	30%
Brescia	36.546	78.943	157.773	28%	27%	30%
Como	20.819	40.952	74.175	29%	27%	30%
Cremona	15.564	27.878	45.059	29%	28%	33%
Lecco	10.566	22.394	41.466	29%	27%	29%
Lodi	7.270	13.454	26.527	28%	28%	31%
Mantova	12.101	25.264	47.150	26%	24%	31%
Milano	163.465	288.478	492.084	34%	30%	34%
Monza B.	20.822	45.018	98.987	27%	25%	27%
Pavia	29.864	52.379	80.445	32%	30%	33%
Sondrio	7.231	14.664	25.168	31%	30%	32%
Varese	31.368	59.300	110.512	28%	27%	28%

Veniamo ora al questionario proposto agli AS lombardi, che ha raccolto le opinioni su alcuni fattori di rischio individuati dal gruppo di ricerca; fra questi, l'isolamento sociale / solitudine è quello individuato come il principale, tramite l'attribuzione di punteggi (in decimi) molto elevati: ha scelto un punteggio pari a 9/10 o 10/10 il 59% dei 2.080 partecipanti alla ricerca riguardo al bere tardivo, il 42% riguardo al gioco d'azzardo.

Tale fattore di rischio riveste infatti un ruolo particolare per entrambi i temi indagati: la solitudine e l'isolamento sociale risultano fondamentali nell'avviare o rinforzare un consumo rischioso o già dannoso di alcol; con diverse sfumature e intensità, anche il gioco d'azzardo risente di queste condizioni¹²⁴.

È opportuno sottolineare che il questionario è stato somministrato a fine 2019, quindi pre-pandemia da Covid 19: se per il gioco d'azzardo le limitazioni hanno avuto un effetto protettivo, specie riguardo agli anziani non avvezzi al gioco on line, per l'alcol la già nota situazione di rischio connessa all'isolamento sociale e alla solitudine si è esacerbata per effetto di *lockdown*, confinamento domiciliare e distanziamento sociale¹²⁵.

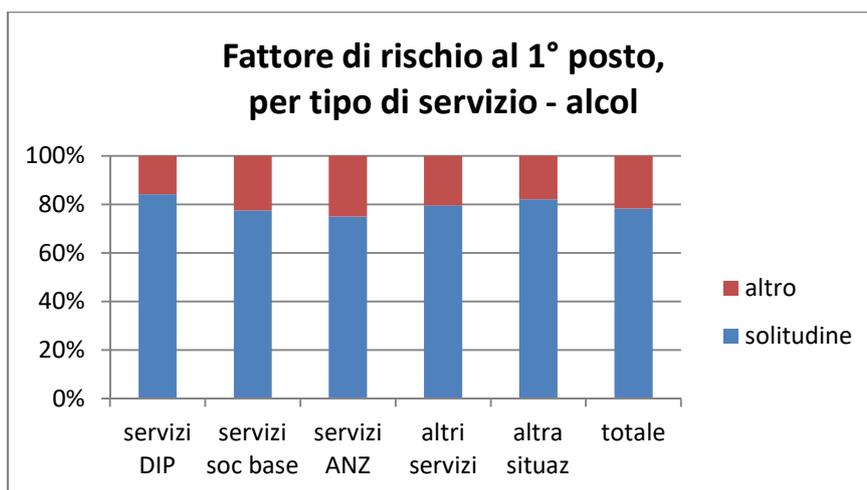


¹²⁴ Vedi note a fondo capitolo.

¹²⁵ Vedi note a fondo capitolo.

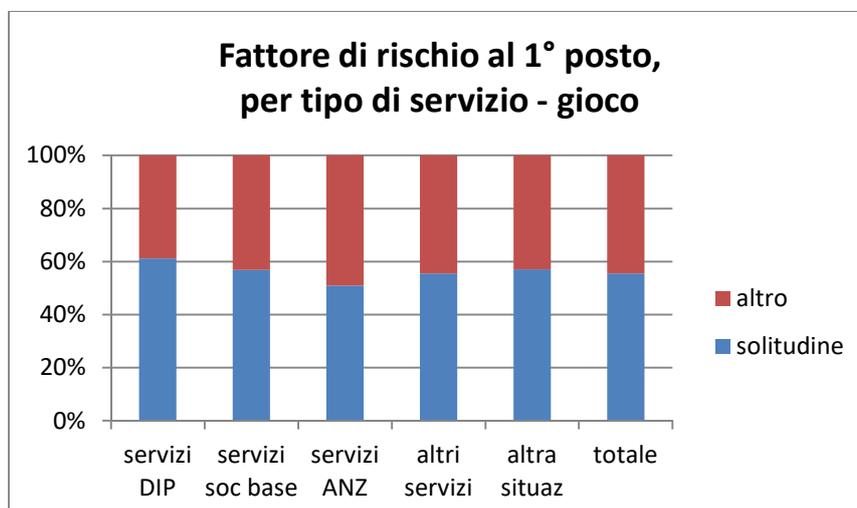
Tornando ai dati raccolti tramite il questionario, l'elaborazione di secondo livello non è risultata facile: punteggi molto elevati assegnati uniformemente dagli AS rispondenti a questo fattore di rischio hanno reso difficoltosa la fase di incroci fra variabili. Tuttavia sono emerse alcune suggestioni interessanti.

Analizzando quale fattore di rischio è stato posizionato al primo posto dagli AS, è significativo che riguardo all'alcol la solitudine risulta al primo posto per chi lavora in servizi per le dipendenze e per chi si trova in altra situazione di lavoro (es. formazione, supervisione); gli AS che lavorano in servizi sociali di base e ancor di più gli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane sono quelli che più frequentemente hanno posizionato al primo posto un altro fattore di rischio.



Lavorare in servizi per/con persone anziane sembra quindi, più di altre situazioni, far perdere la posizione di primo fattore di rischio alla solitudine. Una conferma arriva da un incrocio relativo non all'attuale servizio di impiego, ma all'aver maturato - nell'arco della propria carriera professionale - esperienza nei servizi per le dipendenze e/o nei servizi per/con persone anziane: il 22% di chi ha esperienza in entrambi pone altri fattori di rischio al primo posto, contro il 18% di chi ha esperienza in servizi per le dipendenze ma non in servizi per/con anziani.

Gli incroci effettuati mostrano una situazione sostanzialmente analoga riguardo al gioco d'azzardo: la solitudine risulta al primo posto per chi lavora in servizi per le dipendenze; gli AS che lavorano in servizi sociali di base e ancor di più gli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane sono quelli che più frequentemente hanno posizionato al primo posto un altro fattore di rischio.



Comprensibilmente, il fattore di rischio solitudine viene collegato, dagli AS rispondenti alla ricerca, più all'alcol che al gioco d'azzardo: tuttavia va rimarcato che quasi la metà dei rispondenti lo pone al primo posto per entrambi i fenomeni indagati.

AS rispondenti alla ricerca	Alcol - solitudine al 1° posto	Alcol - altri fattori al 1° posto	Totale
Gioco - solitudine al 1° posto	998 AS pari al 48%	153 AS pari al 7%	1.151 AS pari al 55%
Gioco - altri fattori al 1° posto	616 AS pari al 30%	313 AS pari al 15%	929 AS pari al 45%
Totale	1.614 AS pari al 78%	466 AS pari al 22%	2.080 AS pari al 100%

Elementi di riflessione provengono dall'incrocio fra possibili segnali del problema (domanda posta nel questionario a chi lavora in servizi per/con persone anziane e a chi lavora in altri servizi o in altra situazione) e posizionamento della solitudine come primo fattore di rischio. La visione di questi gruppi di AS, molto diversi riguardo al grado di vicinanza operativa con i temi indagati dalla ricerca, è molto simile: chi pone al primo posto fra i fattori di rischio la solitudine dell'anziano individua i segnali/sintomi più indicativi del problema - al di là di quelli specifici (alitosi alcolica e referti medici / relazioni cliniche / lettera di dimissione dall'ospedale per l'alcol, anomalie nella gestione economica / condizione debitoria per il gioco d'azzardo) - nei peggioramenti in comportamenti e relazioni, oltre che (specie per il gioco d'azzardo) nella segnalazione dai familiari.

ALCOL - FATTORE DI RISCHIO SOLITUDINE AL PRIMO POSTO	AS in servizi ANZ	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che pongono la solitudine al 1° posto fra i fattori di rischio	840	471
Segnali / sintomi più indicativi di un problema con l'alcol nelle persone anziane:		
- alitosi alcolica	60%	61%
- peggioramenti nei comportamenti e nelle relazioni	84%	86%
- segnalazione dei familiari	60%	65%
- segnalazione di altri servizi/operatori	25%	20%
- esplicitazione da parte dell'anziano	8%	9%
- referti medici / relazioni cliniche / lettera di dimissione dall'ospedale	61%	56%

GIOCO - FATTORE DI RISCHIO SOLITUDINE AL PRIMO POSTO	AS in servizi ANZ	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che pongono la solitudine al 1° posto fra i fattori di rischio	599	328
Segnali / sintomi più indicativi di un problema con il gioco d'azzardo nelle persone anziane:		
- anomalie nella gestione economica / condizione debitoria	99%	97%
- peggioramenti nei comportamenti e nelle relazioni	80%	86%
- segnalazione dei familiari	84%	83%
- segnalazione di altri servizi/operatori	27%	22%
- esplicitazione da parte dell'anziano	7%	10%

Ulteriori elementi di riflessione provengono dall'incrocio fra posizionamento della solitudine come primo fattore di rischio e possibili strategie di intervento messe in atto dal proprio servizio.

ALCOL - FATTORE DI RISCHIO SOLITUDINE AL PRIMO POSTO	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP che si occupano di alcol	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che pongono la solitudine al 1° posto fra i fattori di rischio	706	72	471
Strategie poste in atto dal proprio servizio con i bevitori tardivi:			
coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare	78%	85%	92%
intervento psico-socio-educativo individuale	-	83%	-
intervento psico-socio-educativo di gruppo	-	29%	-
prescrizione di una terapia farmacologica per l'alcol	-	68%	-
prescrizione di una terapia farmacologica per depressione/ansia	-	39%	-
coinvolgimento del medico di base	61%	31%	67%
invio a un servizio per le dipendenze	51%	-	49%
coinvolgimento/attivazione di un servizio sociale territoriale	-	46%	-
coinvolgimento/attivazione di un centro diurno per anziani o di una realtà aggregativa	-	19%	-
coinvolgimento/attivazione di un'associazione di volontariato	-	19%	-
attività di consulenza e di orientamento alle risorse di rete	37%	-	37%
attivazione dell'Amministratore di Sostegno	27%	31%	18%
invio a un gruppo di auto mutuo aiuto	20%	64%	55%

GIOCO - FATTORE DI RISCHIO SOLITUDINE AL PRIMO POSTO	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP che si occupano di gioco	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che pongono la solitudine al 1° posto fra i fattori di rischio	482	51	328
Strategie poste in atto dal proprio servizio con i giocatori anziani:			
coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare	84%	92%	90%
intervento psico-socio-educativo individuale	-	86%	-
intervento psico-socio-educativo di gruppo	-	49%	-
prescrizione di una terapia farmacologica per depressione/ansia	-	47%	-
coinvolgimento del medico di base	34%	14%	33%
invio a un servizio per le dipendenze	48%	-	49%
coinvolgimento/attivazione di un servizio sociale territoriale	-	33%	-
coinvolgimento/attivazione di un centro diurno per anziani o di una realtà aggregativa	-	16%	-
coinvolgimento/attivazione di un'associazione di volontariato	-	14%	-
attività di consulenza e di orientamento alle risorse di rete	44%	-	41%
attivazione dell'Amministratore di Sostegno	54%	63%	52%
invio a un gruppo di auto mutuo aiuto	15%	57%	57%

In tutte le situazioni considerate, il coinvolgimento dei familiari appare come la strategia d'elezione del servizio: una strategia purtroppo poco praticabile nel caso di anziani soli.

Riguardo ai servizi per le dipendenze, esistono margini di miglioramento nella proposta di interventi psico-socio-educativi di gruppo (specie per l'alcol) e nel coinvolgimento di risorse del territorio (in particolare centri diurni per anziani, realtà aggregative, associazioni di volontariato): i primi vanno ovviamente

inquadri nel profilo specifico del servizio (es. NOA o SERD) e richiedono professionalità competenti nella conduzione di gruppi e spazi dedicabili; il secondo interroga sul dialogo possibile fra realtà che si trovano agli estremi della filiera (ad esempio, volontariato non specifico sulle dipendenze e servizio specialistico). Infine, i servizi per/con persone anziane, molto più di altri, non sembrano considerare l'invio a un gruppo di auto mutuo aiuto come una strategia da attuare con bevitori tardivi e giocatori anziani. Si possono ipotizzare diverse cause (scarsa conoscenza di obiettivi e modalità dei gruppi di auto mutuo aiuto da parte dei servizi per/con persone anziane, prevalente frequentazione dei gruppi da parte di persone adulte, scarsa promozione dei gruppi di auto mutuo aiuto presso i servizi per/con persone anziane); tuttavia, sembra di poter auspicare un cambiamento nella conoscenza reciproca e nella possibile collaborazione, anche in considerazione degli effetti su socializzazione, consapevolezza del problema e strategie di fronteggiamento, determinati dalla frequenza a un gruppo di auto mutuo aiuto, a qualunque età.

5.3. La motivazione al cambiamento e la fiducia nelle possibilità di cambiamento

Come è stato evidenziato nella premessa di questo capitolo, la motivazione al cambiamento e la fiducia nelle possibilità di cambiamento rappresentano temi con cui tradizionalmente gli AS si confrontano nel loro lavoro quotidiano, ma che assumono sfumature peculiari riguardo ai temi indagati dalla ricerca: questo sia rispetto al cambiamento in età anziana, sia rispetto alla rinuncia a sostanze o comportamenti di cui la persona, spesso con scarsa consapevolezza, non riesce più a fare a meno. Inoltre, la scarsa motivazione al cambiamento è risultata al primo posto nella graduatoria delle possibili difficoltà / criticità nel percorso di aiuto, segnalate dagli AS rispondenti alla ricerca.

Innanzitutto è importante riflettere su quanto sia radicata la convinzione che a una certa età sia impossibile o non valga più la pena cambiare. Tale convinzione può essere correlata:

- a un periodo storico in cui la durata della vita intera e della fase conclusiva dell'esistenza erano più contenute, e in cui le tappe basilari di cambiamento dell'esistenza (conclusione degli studi, ingresso e uscita dal mondo del lavoro, età al matrimonio e alla nascita del primo figlio) erano piuttosto definite e definitive;
- a una visione della terza e quarta età come "naturalmente" connesse a declino fisico e cognitivo, perdita (di capacità funzionali, di possibilità esistenziali, di senso e prospettiva), quindi a rinuncia, ritiro, malinconia e depressione;
- alla presunta immodificabilità negli anziani dei tratti caratteriali e delle abitudini consolidate.

La convinzione che a una certa età sia impossibile o non valga più la pena cambiare permea tuttora l'atteggiamento verso stili di vita e comportamenti inadeguati degli anziani, minando alla base la possibilità di migliorare sensibilmente la qualità della vita di chi ha superato i 70 o anche gli 80 anni, per tutto il tempo che resta (spesso non pochi anni).

Anche la psicologia ha considerato a lungo l'ultima fase della vita come esclusa dalle possibilità di crescita e di cambiamento personale, considerate appannaggio di bambini, adolescenti, giovani e adulti: ha quindi trascurato, sia sul piano teorico e di ricerca che su quello di intervento con le persone, il mondo degli anziani. È solo con la psicologia del ciclo di vita che lo sguardo allo sviluppo psicosociale delle persone si è allargato, includendo anche la fase finale dell'esistenza ed esprimendo che:

- lo sviluppo riguarda tutta la vita;
- gli schemi di evoluzione e cambiamento presentano una notevole variabilità individuale, intrecciata alle dinamiche familiari e condizionata dal contesto sociale;
- il processo di sviluppo non segue un percorso lineare in termini di crescita-maturità-declino ma un percorso complesso, che presenta in ogni fase di età momenti o stadi evolutivi e momenti o stadi involutivi.

Ogni persona è quindi in costante trasformazione e può cambiare, a qualunque età; rispetto ai temi oggetto di questo testo, fondamentali risultano un'adeguata motivazione e l'affiancamento di "compagni di viaggio" (figure professionali o affettive, membri di un gruppo di auto mutuo aiuto) attenti e preparati.

Per l'elaborazione di una tesi di laurea in un corso di Servizio Sociale è stata condotta una ricerca, basata su un questionario anonimo somministrato on line ad assistenti sociali dei servizi per le dipendenze di tutta Italia, aventi esperienza con persone alcolodipendenti di varia età. Obiettivi della ricerca: indagare la visione degli AS riguardo al cambiamento delle persone alcolodipendenti, raccogliere le difficoltà e le resistenze delle persone coinvolte (bevitori e familiari).

I rispondenti all'indagine ritengono che il cambiamento sia un tema che riguarda non solo il bevitore ma anche i familiari, che la fiducia dell'AS nella possibilità del cambiamento è essenziale, che è necessario che la scelta di cambiare sia una scelta intenzionale della persona interessata, che il contesto familiare e di vita incida sul cambiamento individuale. Stabilire obiettivi perseguibili, operare in rete con altri operatori e servizi, valorizzare con l'utente il percorso compiuto, lavorare con utenti e familiari sono risultati - nell'ordine - gli elementi della relazione di aiuto ritenuti più favorevoli al cambiamento.

Il questionario somministrato on line si chiudeva con una domanda aperta, proponendo di raccontare qualcosa riferito alla propria esperienza come AS riguardo il percorso di cambiamento dei bevitori: la maggioranza dei rispondenti ha sottolineato l'importanza della partecipazione a un gruppo di auto mutuo aiuto, per motivi diversi (rafforzare la motivazione al cambiamento, essere sostenuti durante il percorso di cambiamento, riconoscere la propria condizione permanente di rischio di fronte all'alcol).

I racconti di questi AS non negano la grande difficoltà insita in un percorso volto all'autonomia; alcuni sono più sfiduciati, altri sostengono che il cambiamento è comunque possibile: quando si realizza, succede qualcosa di meraviglioso ("quando i diversi fattori convergono verso l'obiettivo prefissato mi ricordo con grande meraviglia l'imponderabilità dell'esistenza...", ha affermato un'AS).¹²⁶

Lo stesso elaborato di tesi sottolinea come sia emerso che le resistenze più diffuse negli utenti derivano dalla paura (del diretto interessato e dei familiari) di un possibile fallimento, dalla difficoltà ad ammettere il problema con l'alcol, dal forte legame con l'alcol, dalla cultura che incentiva il bere.¹²⁷

In effetti il cambiamento è difficile, lungo e faticoso, a ogni età: richiede un impegno costante e la disponibilità ad affidarsi, costringe ad affrontare le proprie fragilità, fa provare una certa sofferenza nel lasciare una "stampella" inadeguata ma sempre a disposizione, necessita un discreto volersi bene nel presente e un certo proiettarsi nel futuro. Tuttavia abbiamo visto le conseguenze, più o meno gravi, del consumo alcolico e del gioco d'azzardo, oltre che il percorso tipicamente "in crescendo" del problema nel tempo: considerato il prolungarsi della vita vale senz'altro la pena, anche in età avanzata, intraprendere un percorso di cura e di cambiamento, per migliorare la qualità di vita e trovare altrove equilibrio, serenità e benessere, che l'alcol e il gioco d'azzardo non possono dare.

Affrancarsi da sostanze o comportamenti quali l'alcol e il gioco d'azzardo non è semplice né automatico: richiede innanzitutto consapevolezza e riconoscimento del problema da parte della persona, ammissione di non poterlo affrontare da soli e di avere bisogno di aiuto; poi la proposta di un percorso di aiuto in cui sono necessari competenza, comprensione empatica, ascolto autentico e riflessivo, sospensione del giudizio, capacità di attesa, rispetto dei ritmi altrui, fiducia ma anche coerenza e rigore.

In questo percorso i servizi specialistici giocano un ruolo centrale, ma sono determinanti anche i riferimenti affettivi (familiari o meno) e gli altri soggetti presenti sulla scena (i vicini di casa, gli amici e i conoscenti, il medico di base, gli operatori dei servizi territoriali, i volontari delle associazioni del territorio, il parroco, i negozianti...). I servizi specialistici possono infatti formulare una strategia di intervento ottimale, ma se il contesto in cui la persona continua a vivere durante il percorso di aiuto non contribuisce alla rete di

¹²⁶ Pozzoni Sara, *Promuovere e sostenere il cambiamento: assistenti sociali, alcolisti e familiari raccontano*, tesi di laurea, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea in Servizio Sociale, Milano 2015, capitolo 2.

¹²⁷ Ivi, p. 71.

protezione e di sostegno o, ancora peggio, esprime messaggi e azioni di disconferma del problema e della necessità di affrontarlo, la motivazione al cambiamento può risentirne: il percorso di aiuto può allora interrompersi di fronte alle inevitabili difficoltà e ricadute.

Il desiderio e la voglia di cambiare devono infatti affrontare resistenze, ambivalenze, difficoltà e possibili ricadute, in un processo dinamico e interattivo di oscillazione fra cambiamento e mantenimento degli equilibri raggiunti, cui possono concorrere anche altri soggetti coinvolti (ad esempio familiari, gruppo dei pari, operatori)¹²⁸.

Una iniziale motivazione al cambiamento, per quanto vaga e ancora poco robusta, è indispensabile per avviare il percorso: se la persona direttamente interessata al problema non ha ancora maturato alcuna motivazione a cambiare, è difficile poter intervenire. Nella fase iniziale di apertura al cambiamento e soprattutto nei momenti di sconforto è altrettanto fondamentale che chiunque sia vicino o entri in contatto con la persona rinforzi la sua motivazione, direttamente (utilizzare opportune tecniche motivazionali, sostenere il raggiungimento e il mantenimento dell'astinenza, sottolineare positivamente i progressi effettuati e il percorso di cambiamento in corso, incoraggiare nei momenti di crisi e di rischio di abbandono del programma terapeutico) o indirettamente (evitare di minimizzare consumo alcolico o comportamento di gioco d'azzardo e loro conseguenze, contrastare solitudine e inattività, contribuire a ricucire i legami familiari e affettivi, aiutare a inserirsi in un contesto relazionale nuovo e significativo¹²⁹). È molto importante gratificare la persona anziana per ogni obiettivo, anche piccolo, raggiunto e sostenerla nei momenti di crisi.

Riguardo all'alcol, va considerato che in età anziana le ricadute durante il programma di trattamento possono essere maggiori che in età giovane o adulta, per le diverse leve terapeutiche (partner, figli, lavoro, qualità e aspettativa di vita) funzionali a superare le difficoltà determinate dall'assenza dell'alcol, specie nel primo anno di trattamento. Gratificazione e rinforzo alla motivazione devono quindi essere costanti.

In ogni caso, è opportuno tenere presente che l'ambivalenza è insita nel processo di cambiamento, di qualunque tipo e a qualunque età: Miller e Rollnick, autori fin dagli anni '90 di celebri testi sul colloquio motivazionale, sostengono che la maggior parte delle persone che hanno bisogno di cambiare sono ambivalenti nel farlo, vogliono e al contempo non vogliono cambiare, possono conoscere i vantaggi dei comportamenti corretti ma incontrano ostacoli nel metterli in pratica. L'ambivalenza è considerata una tappa del processo di cambiamento, addirittura un traguardo per le persone che non sentono l'esigenza di cambiare. L'oscillazione fra una direzione e l'altra si esprime tanto nei discorsi, con frasi che contengono sia affermazioni orientate al cambiamento che affermazioni orientate al mantenimento dello status quo, quanto nelle azioni.¹³⁰

In particolare Miller, che ha sviluppato i suoi studi nell'ambito del trattamento e della prevenzione delle dipendenze, nel narrare le origini del colloquio motivazionale richiama il ruolo dell'abilità dei professionisti nell'instaurare una relazione di qualità e l'importanza della fiducia nelle possibilità di cambiamento delle persone con problemi di dipendenza, dichiarando che è stato "confermato che i clinici considerano queste persone difficili, resistenti e intrattabili. È una profezia che si autoavvera."¹³¹

In letteratura esistono diversi modelli teorici che hanno cercato di spiegare il cambiamento del comportamento: alcuni sono stati formulati a partire dall'idea che le cognizioni (conoscenze, credenze, valori) possano essere le principali determinanti delle azioni delle persone (orientamento socio-cognitivo); altri hanno enfatizzato il ruolo dell'ambiente di vita e approfondito l'analisi del rapporto fra contesto e comportamento. È ormai assodato che, per essere efficaci, gli interventi di prevenzione e di promozione

¹²⁸ Cfr. Fruggeri Laura, "Cambiamento", in Annamaria Campanini (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013, pp. 112-113.

¹²⁹ Vedi note a fondo capitolo.

¹³⁰ Miller William R., Rollnick Stephen, "Conversazioni sul cambiamento", in *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Erickson, Trento 2014, pp. 25-26.

¹³¹ Ivi, p. 28.

della salute devono prevedere strategie integrate, finalizzate a cambiare i comportamenti delle persone contestualmente alle cognizioni che li sostengono e al contesto in cui si realizzano.

Molto noto e citato è il modello transteorico elaborato da Prochaska e Di Clemente all'inizio degli anni '80, nell'ambito dell'orientamento socio-cognitivo. Nel tentativo di modificare i propri comportamenti, le persone seguono un percorso ciclico articolato in fasi (gli stadi del cambiamento); il progresso da una fase all'altra è guidato da specifici processi, che permettono di modificare il modo di pensare, di sentire e di agire della persona rispetto al suo comportamento problematico.

Nel corso del tempo questo modello è stato applicato a una vasta gamma di comportamenti disfunzionali, compresi quelli riferiti ai determinanti di malattia correlati agli stili di vita (alimentazione non equilibrata, fumo, consumo di alcol, sedentarietà), per poi essere assunto nella prevenzione e nella promozione di comportamenti salutari.

La seguente figura¹³² sintetizza gli stadi del cambiamento, che rappresentano sia la fase del processo che le caratteristiche comportamentali della persona in quella fase. Le ricadute - parte integrante del processo - consistono nella ripresa del comportamento problematico, una o più volte, con conseguente ritorno a uno stadio precedente.

Questo modello sottolinea che il cambiamento è un processo graduale, continuo e dinamico; un processo che risponde a regole generali, ma che è comunque variabile in modo significativo da persona a persona.

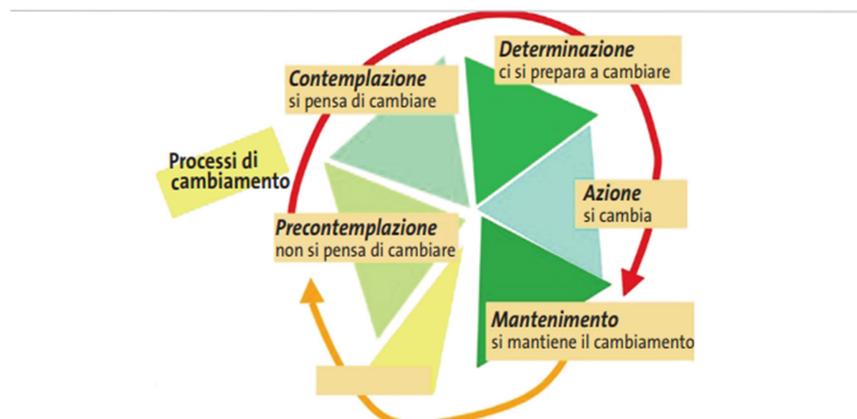


Fig.2 Gli stadi del cambiamento

Il modello di Prochaska e Di Clemente suggerisce che le persone passino attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento, prima di intraprenderlo. Mentre gli AS dei servizi specialistici possono incontrare anche persone che si trovano già nello stadio della contemplazione o della determinazione, è probabile che gli AS dei servizi per/con persone anziane si confrontino soprattutto con chi si trova ancora nello stadio della precontemplazione: persone che non contemplan l'idea di smettere o di modificare un proprio comportamento, non sono consapevoli, ignorano o minimizzano i possibili danni, non pensano di avere un problema e di necessitare di aiuto, si difendono da eventuali pressioni ambientali che spingono al cambiamento; nel modello transteorico di Prochaska e Di Clemente sono definite come persone non motivate o resistenti al cambiamento.

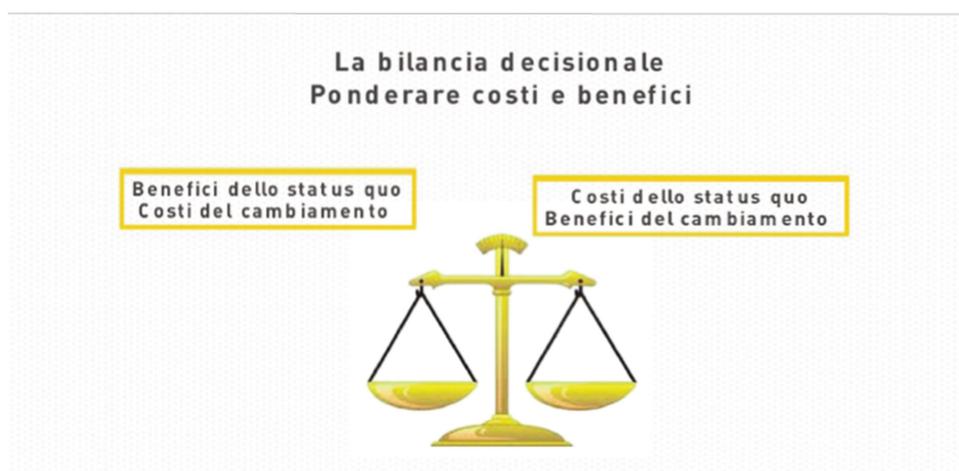
La bilancia decisionale, raffigurata di seguito¹³³, è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza e attiva i processi di cambiamento; affronta inoltre la compresenza di tendenza al cambiamento e tendenza al mantenimento dello status quo, che caratterizza l'ambivalenza tipicamente presente nel processo di cambiamento. Questa tecnica deriva dal modello originale per il processo decisionale elaborato da Janis e

¹³² ISS Istituto Superiore di Sanità, *Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari*, dossier di Guadagnare Salute, Editore Zadig, Milano 2015, p. 8.

¹³³ Ivi, p. 12.

Mann negli anni '70, che include quattro categorie di pro (vantaggi pratici per sé, vantaggi pratici per gli altri, approvazione personale, approvazione altrui) e quattro categorie di contro (svantaggi pratici per sé, svantaggi pratici per gli altri, disapprovazione personale, disapprovazione altrui).

Secondo quanto esaminato dagli studiosi del modello transteorico negli anni '90 con riferimento a dodici diverse tipologie di comportamento da modificare, per passare dallo stadio della precontemplazione allo stadio dell'azione è necessario che il rapporto fra pro e contro del cambiamento sia pari almeno a 2:1.



Passiamo ora ad analizzare quanto emerso sul tema nell'ambito della ricerca rivolta agli AS lombardi.

Innanzitutto la scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento è risultata la criticità nel percorso di aiuto che ha avuto attribuito un punteggio in decimi maggiore fra tutte le opzioni proposte nel questionario, riguardo sia ai bevitori tardivi (AS in servizi anziani 7,9 decimi, AS in servizi dipendenze 7,4 decimi, AS in altri servizi 8,2 decimi) che ai giocatori anziani (AS in servizi anziani 7,9 decimi, AS in servizi dipendenze 7,3 decimi, AS in altri servizi 8,2 decimi).

Confrontando i punteggi attribuiti nel dettaglio emerge chiaramente che gli AS in servizi dipendenze assegnano un peso inferiore alla motivazione al cambiamento come criticità, rispetto ai colleghi impegnati in altri tipi di servizi, forse perché si confrontano con bevitori tardivi e con giocatori anziani "più avanti" nel percorso di riconoscimento, accettazione e fronteggiamento del problema rispetto a bevitori tardivi e giocatori anziani incontrati dagli AS che lavorano in servizi non specialistici.

Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP	AS in altri servizi o altra situazione	totale
Alcol :				
- 0-5	9%	17%	7%	8%
- 6	7%	15%	7%	8%
- 7-8	41%	39%	37%	40%
- 9-10	43%	29%	49%	44%
Gioco:				
- 0-5	10%	14%	7%	9%
- 6	7%	18%	8%	8%
- 7-8	43%	41%	39%	41%
- 9-10	40%	27%	46%	42%
Totale	100%	100%	100%	100%

Ulteriori elementi di riflessione provengono dall'incrocio fra attribuzione alla scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento di punteggi elevati (9 o 10 decimi) con le strategie di intervento messe in atto dal proprio servizio.

ALCOL	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP che si occupano di alcol	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che assegnano un punteggio elevato (9 o 10 decimi) alla scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento come possibile difficoltà/criticità nel percorso di aiuto	394	26	290
Strategie poste in atto dal proprio servizio con i bevitori tardivi:			
coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare	79%	81%	94%
intervento psico-socio-educativo individuale	-	89%	-
intervento psico-socio-educativo di gruppo	-	46%	-
prescrizione di una terapia farmacologica per l'alcol	-	65%	-
prescrizione di una terapia farmacologica per depressione/ansia	-	58%	-
coinvolgimento del medico di base	61%	31%	67%
invio a un servizio per le dipendenze	50%	-	49%
coinvolgimento/attivazione di un servizio sociale territoriale	-	35%	-
coinvolg./attiv. di centro diurno per anziani o realtà aggregativa	-	15%	-
coinvolgimento/attivazione di un'associazione di volontariato	-	15%	-
attività di consulenza e di orientamento alle risorse di rete	35%	-	37%
attivazione dell'Amministratore di Sostegno	28%	39%	17%
invio a un gruppo di auto mutuo aiuto	20%	54%	53%

GIOCO	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP che si occupano di gioco	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che assegnano un punteggio elevato (9 o 10 decimi) alla scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento come possibile difficoltà/criticità nel percorso di aiuto	358	22	272
Strategie poste in atto dal proprio servizio con i giocatori anziani:			
coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare	87%	91%	90%
intervento psico-socio-educativo individuale	-	96%	-
intervento psico-socio-educativo di gruppo	-	36%	-
prescrizione di una terapia farmacologica per depressione/ansia	-	59%	-
coinvolgimento del medico di base	33%	14%	29%
invio a un servizio per le dipendenze	51%	-	52%
coinvolgimento/attivazione di un servizio sociale territoriale	-	41%	-
coinvolg./attiv. di centro diurno per anziani o realtà aggregativa	-	23%	-
coinvolgimento/attivazione di un'associazione di volontariato	-	27%	-
attività di consulenza e di orientamento alle risorse di rete	45%	-	42%
attivazione dell'Amministratore di Sostegno	58%	68%	60%
invio a un gruppo di auto mutuo aiuto	17%	68%	52%

Interessante è anche analizzare lo stesso incrocio, con riferimento ad alcune fra le strategie attuate dal proprio servizio, ampliando lo sguardo a tutti i punteggi attribuiti all'influenza sulla riuscita del percorso di aiuto della motivazione al cambiamento da parte dell'anziano.

ALCOL	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP che si occupano di alcol	AS in altri servizi o in altra situazione
<p>Totale AS che indicano il coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare come strategia di intervento</p> <p>Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 - 6-8 - 9-10 	<p>717</p> <p>8%</p> <p>49%</p> <p>43%</p>	<p>75</p> <p>17%</p> <p>55%</p> <p>28%</p>	<p>539</p> <p>6%</p> <p>43%</p> <p>51%</p>
<p>Totale AS che indicano il coinvolgimento del MMG (medico di base) come strategia di intervento</p> <p>Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 - 6-8 - 9-10 	<p>561</p> <p>8%</p> <p>49%</p> <p>43%</p>	<p>28</p> <p>18%</p> <p>53%</p> <p>29%</p>	<p>376</p> <p>6%</p> <p>42%</p> <p>52%</p>
<p>Totale AS che indicano l'invio a un servizio per le dipendenze come strategia di intervento</p> <p>Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 - 6-8 - 9-10 	<p>482</p> <p>8%</p> <p>51%</p> <p>41%</p>	<p>-</p>	<p>288</p> <p>7%</p> <p>44%</p> <p>49%</p>
<p>Totale AS che indicano l'invio a un gruppo di auto mutuo aiuto come strategia di intervento</p> <p>Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-5 - 6-8 - 9-10 	<p>177</p> <p>11%</p> <p>45%</p> <p>44%</p>	<p>55</p> <p>13%</p> <p>62%</p> <p>25%</p>	<p>328</p> <p>7%</p> <p>46%</p> <p>47%</p>

GIOCO	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP che si occupano di gioco	AS in altri servizi o in altra situazione
Totale AS che indicano il coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare come strategia di intervento	748	78	524
Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:			
- 0-5	9%	15%	6%
- 6-8	49%	59%	47%
- 9-10	42%	26%	47%
Totale AS che indicano l'attivazione dell'Amministratore di Sostegno come strategia di intervento	485	49	323
Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:			
- 0-5	9%	16%	6%
- 6-8	48%	53%	44%
- 9-10	43%	31%	50%
Totale AS che indicano l'invio a un servizio per le dipendenze come strategia di intervento	424	-	289
Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:			
- 0-5	8%		5%
- 6-8	49%		46%
- 9-10	43%		49%
Totale AS che indicano l'invio a un gruppo di auto mutuo aiuto come strategia di intervento	129	43	323
Punteggio (in decimi) attribuito a scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento:			
- 0-5	6%	16%	6%
- 6-8	46%	49%	50%
- 9-10	48%	35%	44%

Gli AS partecipanti alla ricerca che lavorano in servizi per le dipendenze dichiarano che le strategie di intervento proposte vengono accolte abbastanza spesso (55% per bevitori tardivi, 66% per giocatori anziani); viceversa, gli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane dichiarano che le strategie proposte vengono accolte poco frequentemente (80% per bevitori tardivi, 79% per giocatori anziani). Abbiamo già detto che questa differenza può essere ricondotta a una diversa posizione negli stadi del processo di cambiamento degli anziani che giungono ai servizi per le dipendenze, rispetto a quelli incontrati dai servizi per/con persone anziane. Sarebbe comunque interessante comprendere se la scarsa motivazione

dell'anziano, sottesa alla non adesione alle strategie di aiuto proposte dai servizi non specialistici, possa disincentivare il coinvolgimento del MMG o l'invio a un servizio per le dipendenze e/o a un gruppo di auto mutuo aiuto.

Infine, nel rispondere alle domande aperte su esigenze formative specifiche, gli AS dei servizi per/con persone anziane hanno sottolineato la peculiarità della motivazione al cambiamento in età anziana; questi AS si interrogano su come aiutare l'anziano a desiderare un cambiamento, su come condurre un colloquio motivazionale con una persona anziana, su come creare una *compliance* con un utente con queste problematiche, auspicando iniziative di formazione continua che li rendano più consapevoli e più attrezzati.

5.4. L'importanza dei familiari, dall'individuazione del problema al percorso di cura

La famiglia - intesa sia come il nucleo affettivo convivente, sia come famiglia estesa - rappresenta un punto centrale nell'esistenza di tutti. Come abbiamo già visto, è molto implicata nel consumo rischioso o dannoso di alcol e/o nel gioco d'azzardo problematico o patologico:

- può rappresentare un fattore di rischio, da più punti di vista e con diverse intensità (ad esempio considerazione del vino come "alimento" e iniziazione al consumo alcolico, solitudine e tristezza legate a un ruolo di *caregiver*, rapporti conflittuali o anaffettivi, figure di riferimento a loro volta forti bevitori o giocatori patologici);
- può concorrere in modo passivo o attivo al progredire del problema, in vari modi (ad esempio sottovalutazione di rischi e danni, disattenzione riguardo alle prime manifestazioni, minimizzazione del problema, comportamento collusivo);
- risente in modo più o meno significativo del comportamento disfunzionale di chi beve e/o gioca troppo, con l'esito frequente di segnalare il problema a operatori e servizi molto prima che il congiunto lo riconosca come tale.

Nell'esperienza di chi si occupa di dipendenze, è infatti tipico che il primo contatto avvenga con uno o più familiari. Molti servizi e gruppi di auto mutuo aiuto accolgono non solo chi è direttamente coinvolto nel problema, che arriva (solo o accompagnato) più o meno spontaneamente, ma anche il familiare che si presenta da solo a chiedere informazioni e aiuto: questo da un lato consente di fornire sostegno, chiavi di comprensione della situazione, suggerimenti per fronteggiarla, occasioni per avviare un lavoro di pacificazione nella famiglia, dall'altro favorisce e costruisce l'aggancio e la presa in carico della persona non motivata e resistente al cambiamento.

In ogni caso, quando la persona supera la fase di precontemplazione ed è in quella di contemplazione o di determinazione, il coinvolgimento dei familiari nel percorso di cambiamento risulta essenziale.

Riguardo all'alcol, spesso la famiglia si rivolge al servizio specialistico convinta di essere poco implicata nel problema e nel percorso da intraprendere: sono frequenti aspettative di "consegna" del problema a chi è competente e dedicato, quasi di "riparazione/bonifica" della persona dopo che è stata "rovinata" dall'alcol; la famiglia che giunge al servizio può essere stanca di subire le conseguenze del problema oppure scossa da un evento recente, che ha destabilizzato l'equilibrio del nucleo.

Nel caso del gioco d'azzardo, un gruppo di esperti ha cercato di delineare gli scenari delle azioni e dei vissuti dei familiari:

- alcuni cercano di controllare e modificare il comportamento del giocatore, in vari modi: riducono la quota di denaro a cui può accedere liberamente, lo affrontano apertamente (in modo assertivo o litigioso), pretendono una promessa di non giocare più o impongono un ultimatum, assumono totalmente la gestione degli aspetti economico-finanziari, mantengono orari e abitudini familiari anche se il giocatore è fuori casa per giocare, minacciano di andarsene o di denunciarlo, si rifugiano a casa altrui; ne ricavano la sensazione di stare affrontando il problema, di cercare di proteggere la

- propria famiglia, di sfogarsi e di mantenere un certo grado di speranza, ma vivono una situazione di forte stress, a rischio di aggressività, violenza o abbandono della famiglia da parte del giocatore;
- altri assecondano il comportamento del giocatore: non sanno cosa fare e quindi pensano sia meglio non fare nulla, minimizzano l'impatto del comportamento del giocatore per evitare ulteriori problemi, mettono a disposizione del giocatore il proprio cellulare o del denaro pur sapendo che verranno utilizzati per giocare, nascondono i danni causati dal gioco e talvolta se ne assumono la colpa; ne ricavano un senso di sollievo per i maggiori danni evitati, ma sono consapevoli che si tratta di una sensazione fugace e illusoria, perché nulla cambia e si sentono usati;
 - altri prendono le distanze dal comportamento di gioco: evitano il giocatore e riducono il più possibile il tempo trascorso insieme, non fanno alcunché per cambiare o per coprire il suo comportamento di gioco, mantengono attenzione sulla propria vita sia nelle intenzioni che nelle azioni (si dedicano ad attività sportive o culturali, frequentano amici, si ritagliano spazi per hobby o relax); ne ricavano minori tensioni in famiglia e una sensazione di avere tutto più sotto controllo, ma nonostante l'apparente distacco provano sofferenza e impattano comunque con i vissuti di rifiuto e i lamenti che il giocatore può esprimere.¹³⁴

Al di là delle apparenze, a lungo il disagio dei familiari può essere maggiore di quello del giocatore: mentre il giocatore è preda del suo comportamento molto problematico o già patologico, provando l'illusoria sensazione di star bene se e quando riesce a giocare, i familiari vivono con sofferenza e umiliazione le conseguenze sul piano economico-finanziario, i sospetti e le bugie, le promesse non mantenute, le tensioni e le discussioni, la non ammissione del problema da parte del giocatore, il conflitto fra il sentimento che comunque provano nei suoi confronti come persona e ciò che viene causato o suscitato dalle sue azioni. Alcuni sono convinti che il giocatore d'azzardo possa smettere senza difficoltà e in breve tempo, e gli chiedono di farlo, per poter tornare rapidamente alla vita precedente alla comparsa dell'azzardo sulla scena.

I familiari che pretendono cambiamenti difficilmente li ottengono; viceversa i familiari molto pazienti finiscono spesso per diventare "troppo" pazienti: nonostante a parole chiedano un cambiamento, nei fatti possono aiutare il giocatore d'azzardo a restare nella trappola, piuttosto che a uscirne. Anche se il giocatore non ammette ancora il problema, è importante che i familiari cerchino aiuto per se stessi, rivolgendosi al servizio specialistico.

Riguardo agli operatori, nella prima fase di contatto è fondamentale accogliere in modo empatico e non giudicante i familiari di chi beve e/o gioca troppo, con la loro fatica, il loro dolore, i loro vissuti (rabbia, tristezza, disperazione, senso di fallimento e di colpa, vergogna), ma anche accompagnarli a divenire consapevoli del loro ruolo nell'insorgenza e sviluppo del problema e, soprattutto, della necessità che si coinvolgano attivamente nel percorso di cambiamento e nel processo di aiuto. Letto in ottica sistemico-relazionale, il problema non è del singolo ma della famiglia: assume uno specifico significato all'interno della famiglia stessa, rappresenta una base su cui si strutturano precise dinamiche relazionali, contribuisce a mantenere in vita un determinato equilibrio (disfunzionale) familiare.

Il problema con l'alcol e/o con il gioco d'azzardo può infatti essere letto come una risposta da parte della persona al sistema famiglia; spesso è il sintomo di un disagio che riguarda tutto il nucleo. Pertanto il coinvolgimento dei familiari è fondamentale: senza il cambiamento di tutto l'entourage della persona, difficilmente il percorso di cura di chi esprime il problema può essere efficace; la persona potrebbe raggiungere degli obiettivi ma il sistema famiglia, non modificandosi, potrebbe perpetuare alcuni meccanismi disfunzionali. Dato che il problema ha anche cause relazionali, per poter affrontare il problema stesso occorre lavorare sulle relazioni, insieme alla persona che esprime il comportamento problematico e ai suoi familiari.

¹³⁴ AND Azzardo e Nuove Dipendenze, *Il gioco d'azzardo, la tua famiglia e tu. Manuale di autoaiuto per i familiari*, Edizioni AND-in-carta, 2013, pp. 30-33.

Come abbiamo già detto più volte, alcol e gioco d'azzardo sono argomenti sottovalutati, che risentono di una ambigua possibilità di esprimersi tanto in condizioni di normalità (bere o giocare in modo misurato e saltuario, per divertirsi, in compagnia) quanto in condizioni di problematicità: questo aspetto, unito a una generale scarsa conoscenza nella popolazione dei servizi a cui rivolgersi, può influire sulla consapevolezza e sul fronteggiamento del problema, con un ricorso tardivo alle possibilità di aiuto. Riguardo in specifico al gioco d'azzardo, va inoltre considerato che l'accesso ai servizi è storia recente: solo dal 2012 (decreto Balduzzi) i giocatori hanno diritto a cure a carico del SSN.

Alcuni servizi alcologici propongono un percorso che coinvolge in modo profondo i familiari, chiedendo loro di intraprendere e mantenere un percorso astinenziale: in questi servizi, anche i familiari più presenti e affettuosi si sorprendono della necessità di sospendere il proprio consumo alcolico, pur non problematico: immaginano che l'astinenza alcolica debba essere raggiunta e mantenuta solo da chi beve troppo; ignorano che dovranno mettere in discussione il proprio rapporto personale con la sostanza alcol, per verificare il proprio rapporto con l'alcol e sperimentare le difficoltà e gli effetti benefici dell'astinenza; non sanno ancora che tramite la propria astinenza alcolica potranno dimostrare solidarietà nei confronti del loro familiare che beve troppo, con importanti risvolti motivazionali. Altri servizi alcologici, che si rifanno a una diversa visione dell'intervento terapeutico, chiedono ai familiari di non tenere bottiglie di alcolici in casa e di non consumare alcol in presenza del bevitore che ha intrapreso un percorso di cura; pur non richiedendo loro l'astinenza, tali servizi possono comunque invitare i familiari a ridurre il proprio consumo alcolico.

Molto raramente chi ha un consumo dannoso può affrontarlo da solo: se questo è vero per una persona in età giovane o adulta, lo è ancor di più per una persona anziana, maggiormente a rischio di fragilità, solitudine e depressione, difficoltà a cambiare.

Anche nelle situazioni di gioco d'azzardo problematico o patologico il ruolo dei familiari è fondamentale: la richiesta di aiuto ai servizi specialistici arriva spesso dai familiari, esasperati dalle conseguenze del comportamento del congiunto e da una situazione contrassegnata dall'incertezza e colma di debiti, promesse mancate, illusioni e bugie; le relazioni sono molto deteriorate, segnate da conflitto e sfiducia; la cifra totale persa al gioco ha ormai raggiunto diverse decine di migliaia di euro.

In fase iniziale risulta fondamentale l'accoglienza empatica e l'ascolto non giudicante delle narrazioni; un ascolto pieno di attenzione, tolleranza, comprensione, interesse, disponibilità e rispetto. Grazie a un ascolto efficace, l'operatore che risponde alla richiesta di aiuto formula ipotesi di intervento, considerando le risorse della persona e del suo contesto, per sviluppare le potenzialità presenti e rinforzare le motivazioni al cambiamento.

I familiari vanno non solo accolti, con il loro bisogno di essere ascoltati e di trovare aiuto per ciò che provano, ma anche inclusi da subito in un percorso di riabilitazione: fin dalla prima fase del percorso, e per un periodo di tempo prolungato, il giocatore problematico non può disporre di risorse finanziarie significative; è quindi indispensabile la presenza di familiari, che in qualche modo possano gestire adeguatamente il denaro, all'interno di un accordo chiaro con gli operatori e in modo diverso da come l'hanno fatto prima di rivolgersi al servizio specialistico. Il cambiamento non riguarda, infatti, solo il giocatore, ma anche i suoi familiari.

Il giocatore ha utilizzato reddito e patrimonio (sicuramente proprio, ma spesso anche dei familiari), tuttavia per molto tempo - talvolta per anni - i familiari sono stati coinvolti nella sfera del gioco d'azzardo e hanno contribuito alla patologia e al rinforzo del sintomo: possono aver pagato dei debiti al giocatore, possono essere garanti di debiti contratti dal giocatore, possono avere richiesto prestiti in sua vece o in conseguenza del suo comportamento di gioco.

A un certo punto è il familiare stesso, arrivato alla fase della disperazione, che non riesce più a gestire la situazione e non sa più cosa fare; si rivolge allora ai servizi, talvolta non a quelli specialistici ma ai servizi di base, esprimendo richieste di aiuto economico senza dichiarare che la mancanza di denaro è dovuta al gioco d'azzardo del proprio congiunto, ma affermando che il denaro disponibile non è sufficiente a vivere.

Quando si rivolgono al servizio specialistico, i familiari spesso esprimono l'idea di avere fatto tutto quello che potevano e l'intenzione di affidare il proprio congiunto ("è lui che ha il problema") al servizio, con l'aspettativa di averlo restituito "guarito, pulito e sistemato": quindi pensano di togliersi il problema e di non esserne coinvolti; esprimono il bisogno di consegnare agli operatori la loro sofferenza e di essere sollevati, prima ancora che curati. In realtà, come abbiamo visto il familiare ha commesso, in assoluta buona fede, molti errori, prima di accedere al servizio; è disperato, oggettivamente non conosce la problematica della dipendenza da gioco d'azzardo e quindi spesso ha contribuito a mantenere attivo il sintomo, ma necessita di aiuto anche per mettersi in discussione e per coinvolgersi in un proprio percorso di cambiamento, indispensabile per affrontare efficacemente il problema.

Quando è direttamente la persona coinvolta nel problema ad approdare al servizio specialistico, gli operatori propongono di coinvolgere i familiari, cercando di far comprendere quanto è importante farlo, visto che i familiari possono rappresentare una risorsa cruciale nel progetto di aiuto. La famiglia, oltre che da argine e sostegno, funge anche da occhio esterno, consentendo all'équipe di avere un altro punto di vista rispetto a quello della persona sull'andamento del percorso di aiuto.

Il coinvolgimento dei familiari impegna energie e richiede attenzione: va studiato e predisposto nella maniera migliore, va accompagnato e implementato. L'équipe deve fare in modo che la famiglia non si senta l'unico responsabile del possibile esito del percorso di aiuto e che la persona non si senta eccessivamente controllata e "invasa" dai familiari nella sua sfera personale (riguardo alla gestione del denaro o al consumo alcolico). La funzione di argine e controllo della famiglia è più facilmente applicabile ai disturbi da gioco d'azzardo (ad esempio quando c'è un conto corrente cointestato) piuttosto che a quelli da alcol; è comunque importante aiutare i familiari a identificare dei segnali.

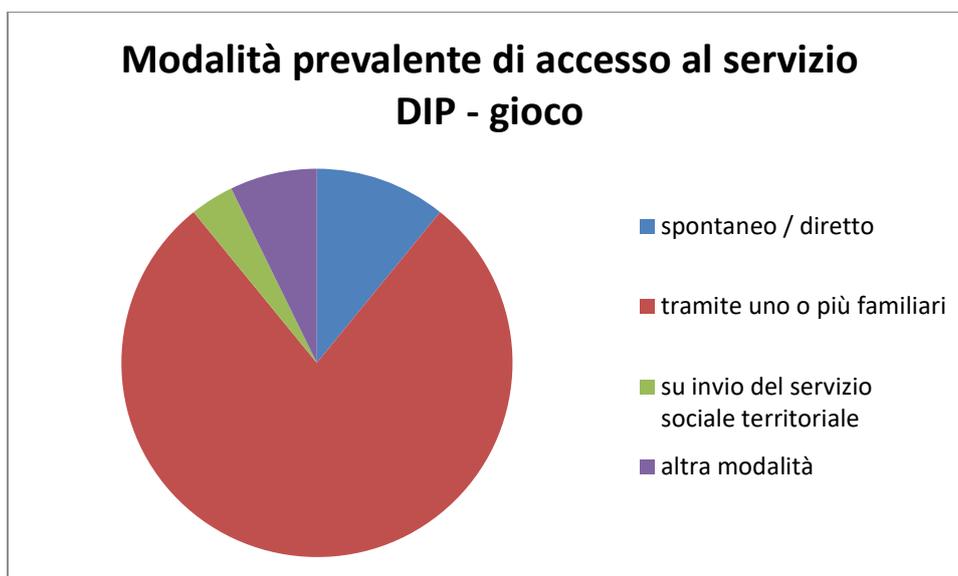
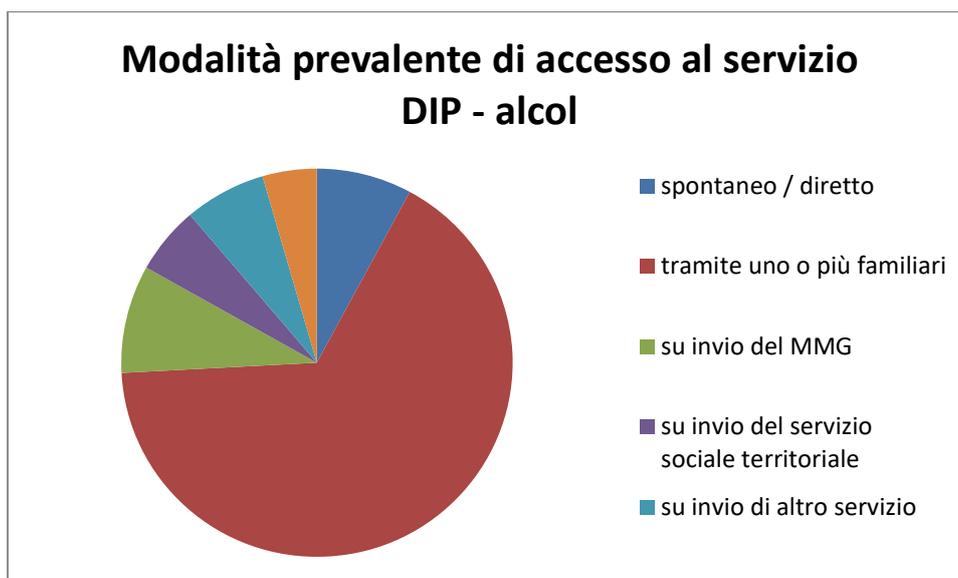
Tornando ai casi in cui sono i familiari a rivolgersi per primi al sistema formale di aiuto, alcuni fra gli elementi citati prima riguardano anche i servizi non specialistici. La testimonianza di un'assistente sociale, sia pure riferita ad altre situazioni di bisogno, si presta a rappresentare alcune caratteristiche dell'incontro: "Spesso le famiglie che arrivano a chiedere aiuto sono spaventate, stanche, talvolta sfinite da anni in cui hanno cercato di fare tutto da sole. Altre sono inconsapevoli di ciò che stanno vivendo, sfiduciate, al limite. La maggior parte di esse sono spinte da un bisogno ancora senza nome. Comprendono che avrebbero necessità di qualcuno che si prenda carico delle loro esigenze, ma non la sanno declinare. Molte volte non conoscono i servizi che potrebbero attivarsi, altre vorrebbero ciò che nessuno può dar loro. Non sanno bene cosa chiedere e come muoversi. Solo attraverso una serie di domande, con un tentativo anche approssimativo di conoscenza, si riesce poi a comprendere il quadro complessivo. Il nostro compito prima di tutto è quello di capire, di captare più informazioni possibili, di scardinare anche quel senso di rabbia o di vergogna che talvolta le accompagna. [...] La prima cosa che un'assistente sociale deve fare è non dare nulla per scontato. Spesso il bisogno va interpretato proprio da noi. La persona a colloquio ha già fatto un passo gigantesco, ossia quello di chiedere aiuto, ma la modalità di espressione varia a seconda della cultura, dell'ambito sociale, della sua biografia. Non possiamo aspettarci una richiesta precisa, didascalica e definita. L'utente, se vogliamo usare quest'espressione formale, il più delle volte ha una necessità, ma non è in grado di decodificare la richiesta. Il bisogno reale lo si comprende nel dialogo. Con il tempo poi si riescono a capire anche tutti quegli aspetti che nella prima fase rimangono nell'ombra. Ma stiamo parlando di una fase successiva. Il primo incontro si gioca sulla capacità di interpretare un'esigenza ancora confusa, ma presente."¹³⁵

Passando ora ai dati della ricerca rivolta agli AS lombardi, come già affermato più volte i familiari della persona anziana coinvolta in un problema con l'alcol e/o con il gioco d'azzardo vengono ripetutamente richiamati dagli AS partecipanti alla ricerca, in varie fasi del percorso di contatto e di collaborazione con operatori e servizi, specialistici o meno.

¹³⁵ Cavallari Fabio, "La capacità di fare rete", *I luoghi della cura*, n. 5, 2019, p. 3.

Innanzitutto i familiari rappresentano una modalità di approdo molto significativa: nel caso dei servizi non specialistici come fonte di segnalazione del problema, svolgendo in questo un ruolo più pregnante di quello del sistema formalizzato di aiuto; nel caso dei servizi specialistici come prevalente modalità di accesso al servizio per intraprendere un percorso di cura.

SEGNALI / SINTOMI PIÙ INDICATIVI DEL PROBLEMA NELLE PERSONE ANZIANE	ALCOL		GIOCO	
	da familiari dell'anziano	da operatori / altri servizi	da familiari dell'anziano	da operatori / altri servizi
Segnalazione del problema da parte di altri				
AS che lavorano in servizi per/con persone anziane	61%	24%	84%	28%
AS che lavorano in altri servizi o altra situazione	65%	20%	84%	21%



Gli AS che - sia per i bevitori tardivi che per i giocatori anziani - individuano una possibile strategia di intervento nel coinvolgimento di almeno un familiare costituiscono la stragrande maggioranza, in tutte le situazioni di impiego e quindi di vicinanza operativa con i temi indagati dalla ricerca.

STRATEGIA DI INTERVENTO: COINVOLGIMENTO, DOVE POSSIBILE, DI ALMENO UN FAMILIARE	ALCOL	GIOCO AZZARDO
AS che lavorano in servizi sociali di base	82%	86%
AS che lavorano in altri servizi per/con persone anziane	67%	77%
AS che lavorano in servizi dipendenze	84%	94%
AS che lavorano in altri servizi sociali, sanitari, educativi	91%	89%
AS che lavorano in altra situazione (es. formazione)	96%	82%

Avere avuto o meno un'esperienza personale precedente con bevitori tardivi e/o con giocatori anziani, in ambito professionale o al di fuori della professione, non pare influire sempre sull'individuazione del coinvolgimento dei familiari come strategia d'elezione: l'influenza emerge per gli AS dei servizi per le dipendenze, ma non per gli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane, in altri servizi sociali socio-sanitari o sanitari, in altra situazione (es. formazione, supervisione).

STRATEGIA DI INTERVENTO: COINVOLGIMENTO, DOVE POSSIBILE, DI ALMENO UN FAMILIARE	ALCOL		GIOCO	
	bevitori tardivi - SÌ	bevitori tardivi - NO	giocatori anziani - SÌ	giocatori anziani - NO
Esperienze in ambito professionale e/o al di fuori della professione				
AS che lavorano in servizi per/con persone anziane	79%	73%	83%	84%
AS che lavorano in servizi dipendenze	90%	67%	96%	78%
AS che lavorano in altri servizi o altra situazione	92%	91%	89%	89%

Approfondendo l'analisi, si osserva tuttavia che indicano come strategia di intervento il coinvolgimento dei familiari soprattutto gli AS che hanno avuto esperienza personale solo al di fuori dell'ambito professionale; in particolare:

- riguardo all'alcol, il 73% degli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane, il 100% degli AS che lavorano in servizi dipendenze, il 97% degli AS che lavorano in altri servizi o altra situazione;
- riguardo al gioco, l'85% degli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane, il 100% degli AS che lavorano in servizi dipendenze, il 94% degli AS che lavorano in altri servizi o altra situazione.

Chi lavora in servizi per le dipendenze tende ad attribuire un minore peso all'impossibilità o difficoltà nel coinvolgere i familiari nel percorso di aiuto, rispetto a chi lavora in servizi per/con persone anziane o in altri servizi o situazione: questo nonostante l'accesso tramite i familiari costituisca la modalità prevalente di arrivo al servizio e nonostante il coinvolgimento dei familiari sia emersa come la strategia di intervento più praticata anche da questi professionisti.

Punteggio (in decimi) attribuito a impossibilità / difficoltà nel coinvolgere i familiari	AS in servizi ANZ	AS in servizi DIP	AS in altri servizi o altra situazione	totale
Alcol :				
- 0-5	20%	37%	14%	19%
- 6	14%	17%	14%	14%
- 7-8	46%	30%	42%	44%
- 9-10	20%	16%	30%	23%
Gioco:				
- 0-5	24%	36%	18%	23%
- 6	14%	17%	12%	13%
- 7-8	41%	36%	42%	41%
- 9-10	21%	11%	28%	23%
Totale	100%	100%	100%	100%

Nei servizi per le dipendenze, questa risulta la situazione riguardo agli interventi proposti, posta in sequenza decrescente:

- per l'alcol:
 - 84% coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare
 - 82% intervento psico-socio-educativo individuale
 - 66% prescrizione di una terapia farmacologica per l'alcol
 - 62% invio a un gruppo di auto mutuo aiuto (AA / CAT / gruppi AMA)
 - 46% coinvolgimento / attivazione di un servizio sociale territoriale
 - 40% prescrizione di una terapia farmacologica per stati depressivi e/o di ansia
 - 32% coinvolgimento del medico di base (MMG)
 - 28% intervento psico-socio-educativo di gruppo
 - 26% attivazione dell'Amministrazione di Sostegno
 - 21% coinvolgimento / attivazione di un centro diurno per anziani o di una realtà aggregativa
 - 18% coinvolgimento / attivazione di un'associazione di volontariato;
- per il gioco d'azzardo:
 - 94% coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare
 - 86% intervento psico-socio-educativo individuale
 - 59% attivazione dell'Amministrazione di Sostegno
 - 52% invio a un gruppo di auto mutuo aiuto (Giocatori Anonimi / gruppi AMA)
 - 49% tutoraggio economico e piano di risanamento dei debiti
 - 46% intervento psico-socio-educativo di gruppo
 - 46% prescrizione di una terapia farmacologica per stati depressivi e/o di ansia
 - 37% coinvolgimento / attivazione di un servizio sociale territoriale
 - 29% supporto / consulenza legale
 - 12% coinvolgimento del medico di base (MMG)
 - 12% coinvolgimento / attivazione di un centro diurno per anziani o di una realtà aggregativa
 - 12% coinvolgimento / attivazione di un'associazione di volontariato.

Infine, nel rispondere alle domande aperte del questionario, gli AS hanno individuato fra i destinatari degli interventi di sensibilizzazione gli adulti e i tardo-adulti familiari di anziani, con l'obiettivo di renderli consapevoli dei rischi e dei possibili campanelli d'allarme. Fra le proprie esigenze formative specifiche, gli AS dei servizi per/con persone anziane hanno espresso uno sguardo attento alle famiglie, sia riguardo agli aspetti teorici del problema (ruolo dei familiari nell'insorgenza e nello sviluppo del problema, dinamiche di coppia e familiari, ricadute sul contesto familiare), sia riguardo agli aspetti operativi di intervento professionale (collaborazione fra servizi e famiglie, modalità di coinvolgimento e di sostegno).

5.5. Il ruolo di MMG e servizi sociali territoriali nell'intercettazione precoce

Il tema dell'intercettazione precoce richiama alcune osservazioni preliminari: innanzitutto il potenziale ruolo cruciale del MMG, che assume sfumature più marcate rispetto all'alcol (per i danni all'organismo e i segni rilevabili da esame obiettivo, esami ematochimici e altri accertamenti) e più sfumate rispetto al gioco d'azzardo (dato che i sintomi che accompagnano il gioco d'azzardo problematico o patologico possono esprimersi a prescindere dalla pratica dell'azzardo); poi il ruolo fondamentale dei servizi di base, per il loro radicamento sul territorio e la conoscenza delle risorse aggregative e solidali presenti a livello locale. Tutto ciò va inquadrato nel fatto che esiste una notevole distanza fra le stime del consumo alcolico rischioso o dannoso e del gioco d'azzardo problematico o patologico e l'utenza in carico ai servizi, finora molto contenuta.

Riguardo all'alcol, come mostrato dal seguente grafico¹³⁶ in Italia fra il 2018 e il 2019 aumenta la prevalenza del consumo dannoso, in modo significativo per la popolazione anziana.

Emerge quindi la necessità di incentivare azioni di prevenzione basate anche sull'intercettazione di persone a rischio, oltre che di attuare la diagnosi precoce e l'intervento breve negli ambiti strategici del SSN, sottolineate dallo stesso Ministero della Salute.

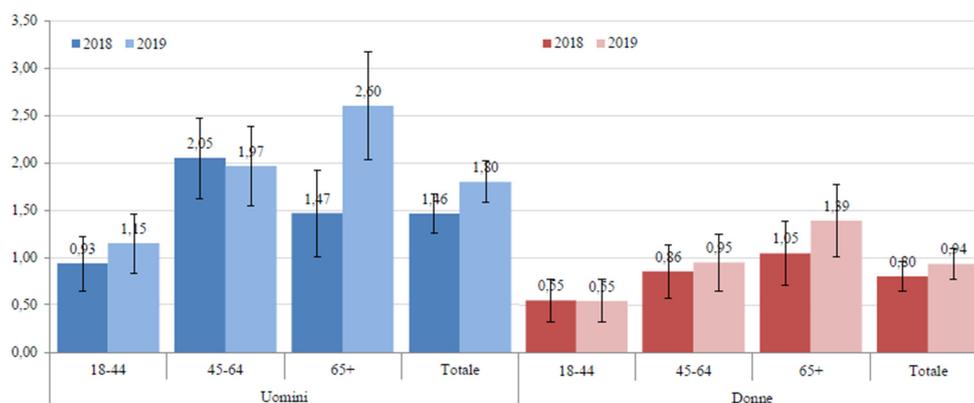


Figura I.12 Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2018-2019)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Si stima che l'utenza in carico ai servizi sia pari al 10% circa di quella attesa. L'immagine dell'iceberg, più volte utilizzata nella nostra ricerca e in questo testo, va quindi correlata anche al ricorso ai servizi: oltretutto, gli anziani costituiscono una piccola parte degli utenti dei servizi per le dipendenze, rimanendo così una popolazione invisibile.

Nel 2019 i 453 servizi / gruppi di lavoro alcolologici italiani hanno avuto in carico 65.387 utenti (in Lombardia 11.561), di cui il 29% nuovi. Sul totale dell'utenza in carico a questi servizi, nel 2019 il 18% è over 60; tale incidenza è aumentata leggermente nel tempo (fra il 2005 e il 2012 è stata pari al 14-15% circa¹³⁷). L'utenza, di ogni età, è prevalentemente maschile.

Riguardo al gioco d'azzardo, in assenza di rilevazioni sistematiche può essere utile riferirsi a un esempio: nella città metropolitana di Milano si stimano circa 25.000 giocatori problematici e patologici, di varia età; nel 2019 le persone che si sono rivolte a un servizio per la cura da DGA sono state poco più di 1.000.¹³⁸

Tutto ciò sottolinea la questione da un lato della domanda di aiuto e dell'accesso ai percorsi di cura, dall'altro dell'individuazione delle situazioni a rischio e dell'intercettazione precoce dei problemi.

Le persone che vivono il problema (bevitori o giocatori e loro familiari) si rivolgono ai servizi quando ormai non reggono più la situazione: un contesto sociale che favorisce i comportamenti del bere e del gioco d'azzardo ma stigmatizza chi supera la soglia della moderazione, la scarsa conoscenza e la sottovalutazione di rischi e danni, il non riconoscimento del problema (specie da parte del bevitore / giocatore), i deficit relazionali e la vulnerabilità psicologica delle persone coinvolte, la relativa facilità nello scivolare da una situazione di normalità a una situazione di rischio, i vissuti di vergogna, incidono pesantemente prima sull'ammettere il problema, poi sul cercare aiuto (per sé e per l'altro).

¹³⁶ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2020*, Roma 2021, p. 20.

¹³⁷ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2013*, Roma 2014, p. 19.

¹³⁸ Limosani Ivan et al., "Il disturbo da gioco d'azzardo: l'esperienza pilota di uno sportello in un ospedale metropolitano", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2020, pp. 16-17.

Quando è maturata un'idea, anche embrionale e ancora confusa, della necessità di farsi aiutare da persone competenti, la scarsa conoscenza delle risorse disponibili nel territorio, una visione dei servizi come dediti alle situazioni più disperate e non alla popolazione intera, i pregiudizi diffusi sui servizi per le dipendenze, frenano un ricorso tempestivo e mirato alle possibilità di aiuto; per la popolazione anziana, incide anche il fatto di avere vissuto da giovani e da adulti in un periodo storico in cui non esistevano provvedimenti normativi riferiti all'alcol e al gioco d'azzardo e servizi dedicati specificamente a questi problemi.

Dal canto loro, anche per l'insufficiente dotazione di risorse ormai strutturale, in rapporto alle crescenti e sempre più complesse difficoltà di persone e famiglie, i servizi e gli operatori sono oberati di lavoro già con le situazioni in carico da tempo e con i nuovi utenti che arrivano, più o meno spontaneamente, di propria iniziativa: è quindi difficile che possano esserci spazi mentali ed energie funzionali a intercettare precocemente i problemi e ad agganciare persone e famiglie che non si rivolgerebbero ancora ai servizi.

Si tratta, tuttavia, di una situazione paradossale: un problema intercettato quando inizia a manifestarsi ma non si è ancora consolidato fa risparmiare costi di varia natura, a tutti i soggetti coinvolti (dalla qualità di vita di bevitori e giocatori e delle loro famiglie, fino ai costi sostenuti dal SSN e, a livello più ampio, dalla società intera). Non solo servizi e operatori, ma anche politici, programmatori e gestori dovrebbero avviare un percorso per cambiare gli strumenti con cui leggono i problemi: proponendo una metafora, lo sguardo attraverso lo specchietto retrovisore è perdente, mentre quello attraverso il binocolo potrebbe essere più promettente, specie quando esistono già segnali di modifiche in atto o imminenti dei fenomeni.

Nel marzo 2021 a Vienna è stato presentato il rapporto 2020 dell'Organo Internazionale per il Controllo degli Stupefacenti (INCB) delle Nazioni Unite, che ha messo in luce la presenza di un'epidemia nascosta: il consumo di droghe fra le persone anziane (anche per effetto della progressiva entrata nell'età anziana dei cosiddetti *baby boomers*, culturalmente ed economicamente più propensi al consumo di droghe rispetto alle generazioni di anziani precedenti). È quindi evidente che i servizi per le dipendenze dovranno sempre più porsi il problema di attrezzarsi a trattare in modo specifico e competente anche le persone di età anziana.

Riguardo all'alcol in età anziana, da un lato il crescente invecchiamento demografico sottolinea la pericolosità del consumo, anche quando considerato moderato da chi beve, e la necessità di idonei interventi di informazione e sensibilizzazione; dall'altro lato le buone probabilità di un percorso di affrancamento dall'alcol per i *late-onset drinkers*, se riconosciuti e sostenuti precocemente, suggerisce l'opportunità di agire con interventi preventivi e tempestivi di psicoeducazione e di socializzazione, che possono risultare molto efficaci.

Più che rivolgersi al servizio di alcologia, la persona anziana con un problema di alcol e/o la sua famiglia possono più frequentemente entrare in contatto con il MMG e con i servizi sociali del territorio, portando bisogni e domande di salute e/o sociali diversi, non sempre correlati al consumo alcolico, ma comunque spesso importanti occasioni di contatto, approfondimento e aggancio. Sia il MMG che i servizi sociali territoriali rappresentano quindi una risorsa decisiva per intercettare precocemente il problema con l'alcol e per attivare strategie di intervento prudenti ma mirate, con l'obiettivo finale di far pervenire la persona e la sua famiglia al servizio specialistico e/o a un gruppo di auto mutuo aiuto.

I gruppi di auto mutuo aiuto rappresentano una risorsa fondamentale per affrontare il bere eccessivo della persona anziana, specie se questa è in condizione di solitudine: all'interno del gruppo l'anziano può trovare non solo un aiuto per affrontare il problema con l'alcol, ma anche una rete supportiva che può portarlo a una maggiore socializzazione e partecipazione alla vita del territorio¹³⁹.

L'assistente sociale, professionista della valutazione sociale, può raccogliere segnali - i cosiddetti indicatori di sospetto - sia nei colloqui con i cittadini/utenti e/o con i loro familiari, sia nelle visite domiciliari (strumento professionale molto utilizzato dagli AS che lavorano con gli anziani).

¹³⁹ Vedi note a fondo capitolo.

Nell'intercettazione precoce, il MMG riveste un ruolo cruciale: non solo può avvalersi anche di indicatori diretti, attinenti alle conseguenze dell'elevato consumo alcolico sull'organismo e rilevabili tramite esami ematochimici e altri approfondimenti strumentali, ma può ricorrere alla conoscenza approfondita del suo paziente e alla relazione di fiducia che spesso si instaura fra paziente e curante. Anche un ricovero ospedaliero non alcolico (ad esempio in ortopedia-traumatologia, chirurgia, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia) potrebbe rappresentare un appiglio per indagare il consumo alcolico interrotto dall'ospedalizzazione, favorendo l'avvio di un percorso di consapevolezza e di cura.¹⁴⁰

Per entrambi i temi indagati con la nostra ricerca, l'aggancio da parte di MMG e servizi sociali territoriali richiede tempestività, ma anche competenza e delicatezza. Deve essere calibrato e calato nella specifica situazione territoriale, considerata la notevole eterogeneità a livello locale della configurazione di risposte, sia pubbliche che del privato sociale (vedi schede provinciali in allegato).

Riguardo all'alcol, come afferma la stessa relazione al Parlamento del Ministro della Salute sull'attuazione della legge 125/2001, perdura l'assenza di norme che regolino l'istituzione, l'organizzazione e la funzione dei servizi di alcologia: questo comporta una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol-correlate, a livello nazionale e regionale. Negli ultimi anni le Regioni hanno espresso la tendenza prevalente a collocare i servizi di alcologia all'interno dei dipartimenti per le dipendenze; alcune Regioni li collocano invece nei dipartimenti di salute mentale. I servizi specifici sull'alcol o le équipes alcolologiche possono essere inseriti nei servizi per le dipendenze (SERD) in cui avviene anche la presa in carico di disturbi legati al consumo di altre sostanze e delle *new addiction* (gioco d'azzardo, internet, ecc.) e nei quali, quindi, gli operatori non sono esclusivamente dedicati e formati per i pazienti con problemi alcolici.

Paradossale appare l'inesistenza di indicazioni univoche per i servizi territoriali che si occupano di problemi e patologie alcol correlate: mancano linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il disturbo da uso di alcol e l'alcoldipendenza, che invece esistono per la dipendenza da tabacco. In particolare, occorrerebbe delineare un approccio interistituzionale e intersettoriale, come suggerito nei Piani Nazionali di Prevenzione, per costituire reti territoriali che garantiscano prevenzione, intercettazione precoce, presa in carico e riabilitazione delle persone con problematiche di alcoldipendenza.¹⁴¹

Se questa è la situazione riguardo ai servizi alcolici, ancora più in divenire è quella riferita ai servizi/ équipes specialistici che si occupano di gioco d'azzardo; è opportuno qui ribadire che l'accesso delle persone con disturbi da gioco d'azzardo ai servizi pubblici, a carico del SSN, è stato introdotto nel 2012 (decreto Balduzzi).

Quando l'anziano e la sua famiglia non sono ancora seguiti da un servizio di alcologia, gli operatori non specialisti con cui entrano in contatto hanno una delicata responsabilità: possono rappresentare lo snodo della rete attraverso cui bevitore tardivo e familiari vengono "veicolati" al servizio specialistico, facilitando l'aggancio terapeutico, aiutando chi beve a riconoscere il problema, informarsi e acquisire consapevolezza; in alternativa, possono purtroppo condizionare negativamente o addirittura ritardare l'uscita dal problema e dalla morsa di dolore, che attanaglia chi è "imprigionato nella bottiglia".

Operatori poco consapevoli e non formati sulle specifiche caratteristiche dei problemi alcol-correlati rischiano di mettere in campo atteggiamenti e vissuti poco professionali: sottovalutazione o negazione del problema, imbarazzo o vergogna nel parlarne, pregiudizi o svalutazioni, senso di inadeguatezza, delega implicita dell'intervento ad altri e deresponsabilizzazione, frustrazione e senso di impotenza; oppure, all'opposto, atteggiamenti da "salvatore" e senso di onnipotenza. Possono esprimersi fretta, superficialità, la propensione a colpevolizzare, la tendenza a etichettare il problema e le persone che ne soffrono, il non

¹⁴⁰ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁴¹ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Anno 2019, Roma 2020, p. 97 e Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Anno 2020, Roma 2021, p. 113.

orientarsi a personalizzare interventi e azioni, con tutte le loro conseguenze, talvolta disastrose: se l'aspetto dell'alcol viene affrontato dall'operatore in modo troppo diretto e veloce, ne può derivare la compromissione della relazione di aiuto con la persona, fino alla totale chiusura del rapporto e alla perdita della possibilità di aggancio per l'invio al servizio specialistico.

Semplificando, due sono le situazioni in cui è possibile imbattersi: quando il problema con l'alcol non è visibile (perché mancano manifestazioni chiare e dirette del problema, capacità e strumenti a disposizione dell'operatore per leggere segnali e indicatori, consapevolezza dell'anziano e dei suoi familiari), la difficoltà sta nel riconoscere il problema e nel "nominarlo", facendolo emergere; quando il problema con l'alcol è già visibile, la difficoltà sta nel mettersi in relazione e nel motivare alla cura.

Come abbiamo visto, il bevitore è pieno di vergogna e di dolore; si sente solo e incompreso, rifiutato e umiliato, senza valore e senza speranza. Indipendentemente da quando, dove, come e perché un operatore non alcolologo si trova a contatto con un bevitore tardivo o un suo familiare, l'anziano che beve troppo ha bisogno di sperimentare una relazione in cui sentirsi ascoltato, non giudicato, rispettato e riconosciuto come persona. Ha bisogno di incontrare un professionista capace di trasmettere accoglienza, empatia, fiducia e di usare in modo consapevole ed efficace sia la comunicazione verbale, che la comunicazione non verbale; un operatore attento, che ascolta, osserva e riflette, che non fornisce soluzioni precostituite e che sa aspettare la maturazione dei tempi.

Per il *late-onset drinker* non è facile mettersi in gioco per affrontare il proprio problema. È fondamentale che anche l'AS dei servizi non specialistici sia disponibile all'ascolto profondo e autentico della sua sofferenza, interessato a conoscere la storia della persona e della sua famiglia, riflessivo sul proprio rapporto con la sostanza alcolica (operazione indispensabile per poter aiutare altri a riflettere sull'uso della sostanza); è inoltre decisivo evitare un atteggiamento inquisitorio e/o moralistico, comunicazioni troppo critiche e giudicanti, comportamenti assistenzialistici e passivizzanti.

L'ascolto - strumento professionale fondamentale per un professionista della relazione quale l'AS - è uno strumento potente: una risposta relazionale che il bevitore non riceve più da tempo, una forma di rispetto e di avvicinamento a lui in quanto persona, e non in quanto persona che beve troppo. L'ascolto inizia dallo sguardo, uno sguardo capace di ospitare l'altro dentro di sé; uno sguardo che comunica, che non esamina, che non taglia i panni addosso, che avvolge nel calore dell'incontro.

L'ascolto presuppone l'accoglienza della persona, con i suoi bisogni, il suo dolore, la sua storia, la sua diversità, la sua individualità. Ascolto e accoglienza possono facilitare il crearsi graduale di una relazione di fiducia, base imprescindibile di qualunque intervento di aiuto.

Analoghe considerazioni e riflessioni riguardano l'incontro con l'anziano giocatore.

Molte sono le strategie fondamentali che possono orientare il lavoro quotidiano degli assistenti sociali dei servizi territoriali:

- assumere un approccio culturalmente adeguato e consapevole in merito alle cause e alle conseguenze del consumo alcolico rischioso o dannoso e del gioco d'azzardo problematico o patologico;
- contribuire (insieme a MMG, servizi ed équipe specialistici) a interventi di sensibilizzazione, informazione ed educazione sanitaria rivolti alla popolazione del territorio, su rischi e danni dell'alcol e del gioco d'azzardo e sull'opportunità di cambiare, anche in età avanzata;
- nell'incontro con i cittadini e con gli utenti prestare attenzione agli indicatori di sospetto, diretti e indiretti; questo ruolo può essere svolto anche da AS di servizi non rivolti agli anziani e quindi apparentemente lontani dal problema, che possono invece contribuire nell'individuazione di segni e sintomi e nella segnalazione precoce di situazioni a rischio (ad esempio, l'AS di un servizio di tutela minori che incontra un nonno per cui ipotizza possibili problemi di alcol e/o gioco); può essere svolto anche da altre figure professionali con cui l'AS del servizio sociale di base è molto in

contatto, quali gli operatori ASA/OSS che intervengono al domicilio dell'anziano o i custodi sociali e i portieri sociali dei servizi di prossimità;

- nelle situazioni in cui il problema è visibile ma non ancora riconosciuto e/o ammesso dai protagonisti: favorire consapevolezza del problema, sia nell'anziano che nei familiari, evitando un approccio troppo diretto e colpevolizzante; promuovere l'allontanamento dell'alcol e/o del gioco d'azzardo, riducendo il più possibile le occasioni di rischio; affiancarsi, non avere fretta ed essere disponibili a un ascolto autentico;
- contrastare la tendenza all'inattività e all'isolamento, non limitandosi a una sollecitazione generica, ma aiutando l'anziano a ricercare nuovi interessi e a individuare insieme iniziative adatte alla sua storia e situazione, fra quelle disponibili sul territorio (attività di movimento, espressive, culturali e ricreative);
- motivare l'anziano a iniziare o proseguire un percorso di cura specifico presso un servizio specialistico e/o un gruppo di auto mutuo aiuto, mantenendo poi i contatti per contribuire al percorso di diagnosi, all'aggancio terapeutico e al trattamento;
- sensibilizzare e coinvolgere il medico di famiglia e i familiari, attivando o mantenendo una costante collaborazione con loro;
- aiutare l'anziano e i familiari a mantenere l'astensione da alcol e/o gioco d'azzardo nel tempo, sostenendo e rinforzando i cambiamenti intrapresi e i risultati raggiunti.

Anche quando il bevitore / giocatore è ormai affidato a un servizio specialistico, il servizio sociale territoriale può svolgere ancora un ruolo fondamentale. Riguardo ai servizi specialistici, infatti, la letteratura e la casistica rivelano che la maggiore efficacia si ottiene con un trattamento:

- personalizzato, cioè pensato e proposto con riguardo alle specificità della situazione e delle persone coinvolte, della loro storia e del loro contesto;
- rivolto congiuntamente, con pari attenzione e investimento, al bevitore / giocatore e alla sua famiglia;
- temporalmente adeguato, cioè di medio-lungo periodo e rispettoso dei ritmi di cambiamento;
- integrato, tanto all'interno del servizio specialistico (associazione di interventi sanitari, psico-educazionali, sociali, economico-legali), quanto all'esterno del servizio stesso (lavoro in rete);
- sostenuto sia dalla motivazione del paziente alla cura, sia da una forte alleanza terapeutica e da un monitoraggio costante.

Per funzionare come nodo della rete territoriale, il servizio specialistico deve essere inserito capillarmente nel contesto in cui opera. I *late-onset drinkers* e i giocatori anziani sono pazienti che hanno bisogno di interventi di rete, soprattutto se vivono soli e sono isolati ed emarginati da tempo.

Una delle finalità operative dell'équipe è attivare strategie affinché il servizio specialistico diventi un tassello del sistema, che agisce in sinergia con le unità di offerta e le agenzie presenti sul territorio: MMG, servizi sociali di base del Comune, servizi socio-sanitari pubblici e privati (poliambulatori, servizi psichiatrici, ecc.), day hospital e ospedali, centri diurni, centri di ascolto, centri di accoglienza e altre realtà del privato sociale e delle istituzioni religiose (patronati, sindacati dei pensionati, sportelli e centri di ascolto parrocchiali, ecc.), gruppi di auto mutuo aiuto. In questo l'AS del servizio specialistico gioca la parte principale, che può ottimizzare i suoi effetti se realizzata in collaborazione con gli AS dei servizi sociali territoriali, perno del sistema pubblico di offerta e interfaccia primario del privato sociale.

Un intervento personalizzato, calibrato sulle specifiche caratteristiche dell'anziano e della sua famiglia, che possa poggiare su una sufficiente motivazione al cambiamento e che coinvolga in modo sinergico e integrato il servizio specialistico e/o il gruppo di auto mutuo aiuto, la famiglia, il MMG e il servizio sociale territoriale, ha possibilità di riuscita molto buone.

Più di altre, il MMG può rappresentare la figura professionale con una possibilità continua di intercettare precocemente il problema del consumo alcolico rischioso o dannoso, dato il rapporto costante e prolungato

nel tempo con il paziente e le ripercussioni sull'organismo della sostanza alcol. Tale ruolo è riconosciuto dagli AS dei servizi sociali per/con persone anziane rispondenti alla nostra indagine: il coinvolgimento del MMG è indicato fra le possibili strategie d'intervento meno del coinvolgimento della famiglia, ma più dell'invio a un servizio per le dipendenze.

Dal canto suo, il MMG potrebbe trovarsi più frequentemente a segnalare la situazione di un anziano con un problema di alcol al servizio specialistico, dove ha anche la possibilità di confrontarsi con un collega della stessa professionalità, piuttosto che al servizio sociale territoriale che si occupa di persone anziane, dove le segnalazioni sembrano pervenire più frequentemente da presidi ospedalieri. In ogni caso sarebbe interessante poter approfondire quali tipologie di segnalazione avvengono, con quali scopi e modalità, con quali proposte di collaborazione, oltre che quale tipologia di segnalazione risulti prevalente.

Secondo la definizione europea di medicina generale / medicina di famiglia (WONCA Europe), il MMG si occupa di tutti i problemi di salute dei suoi pazienti, nella loro multidimensionalità (fisica, psicologica, sociale, culturale, esistenziale); sviluppa un approccio centrato sulla persona e orientato a individuo, famiglia, comunità; ha una responsabilità professionale specifica della salute della comunità in cui opera; esercita il proprio ruolo professionale promuovendo la salute e il benessere con interventi appropriati ed efficaci, prevenendo le malattie e fornendo cure per problemi sia acuti che cronici, direttamente o orientando i pazienti nell'accesso ad altri servizi e professionisti.

L'accesso diretto e gratuito, la prossimità al contesto di vita, la costruzione di una relazione protratta, i contatti ripetuti e frequenti (specie in età anziana), l'elemento costitutivo del rapporto di fiducia 1:1, la conoscenza che si consolida nel tempo, l'attenzione alla storia (non solo clinica) e al contesto familiare e comunitario del paziente, le possibilità di monitoraggio costante delle condizioni di salute, le opportunità di osservazione anche nel contesto domiciliare rappresentano le basi di una possibile efficace intercettazione precoce dei problemi.

Il MMG è una figura fondamentale per le persone e per le famiglie; spesso è il primo professionista a cui vengono portati i propri problemi inerenti la salute e con cui talvolta si condividono anche i problemi che riguardano altri aspetti della vita. Soprattutto per le persone anziane, il MMG rappresenta qualcuno a cui portare le proprie preoccupazioni, con cui parlare, a cui fare visita spesso: in un'intervista effettuata da un'assistente sociale per la tesi di un corso di laurea magistrale, un medico si è definito come "confessore" dei suoi pazienti, specie di quelli più anziani. Alcuni MMG hanno poi affermato che l'elemento della fiducia e della sacralità di cui gode il medico di base nei confronti del paziente anziano, si rivelano utili - in aggiunta a quanto può fare la famiglia - per agganciare il paziente e inviarlo ai servizi specialistici.¹⁴²

In un'altra tesi dello stesso corso di laurea magistrale, riferita anche al gioco d'azzardo e comprendente una ricerca tramite questionari compilati da diverse figure del territorio (MMG, operatori sociali, volontari, esercenti), è emerso che tutti questi MMG indagano lo stile di vita dei propri pazienti anziani (specie abitudini alimentari, esercizio fisico, consumo di alcol e di tabacco, uso di farmaci), in alcuni casi anche la rete sociale o l'attività sessuale, in nessun caso l'abitudine a giocare d'azzardo. La rilevazione dello stile di vita è per tutti occasionale, cioè svolta durante un incontro dettato da altre richieste: nessuno ne fa una rilevazione metodica e programmata (es. a cadenza annuale o al compimento del 65esimo anno di età).¹⁴³

Il MMG è quindi una figura privilegiata per rilevare una situazione di consumo alcolico rischioso o già dannoso e per proporre strategie di fronteggiamento del problema; ha un ruolo preventivo importante, spesso sottovalutato, riguardo all'alcol e ai suoi effetti sulla salute, specie riguardo ai *late-onset drinkers*: può spiegare all'anziano le conseguenze del bere in età avanzata, l'impatto dell'alcol sulle malattie

¹⁴² Pozzoni Sara, *Bere troppo in età anziana: voci ed esperienze degli operatori*, tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea magistrale in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, Milano 2017, p. 92 e pp. 138-139.

¹⁴³ Mauri Giulia, *Il consumo di alcol e il gioco d'azzardo negli anziani. Un percorso tra realtà e percezioni nel comasco*, tesi di laurea, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea magistrale in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, Milano 2020, p. 129.

geriatriche, le possibili interazioni negative fra alcol e farmaci; può scoprire tempestivamente abitudini alcoliche inadeguate, favorire una diagnosi precoce e aiutare l'anziano nel percorso di cura, individuando strategie di intervento adatte alle caratteristiche del singolo paziente (età del paziente anziano, entità e modalità di consumo alcolico, situazione clinica e psicologica, consapevolezza del problema e motivazione ad affrontarlo, eventuale comorbidità psichiatrica, presenza di familiari o di altri referenti disponibili).

Ogni volta che è opportuno e possibile, il MMG prospetterà al paziente anziano un trattamento presso il servizio specialistico, mantenendo la sua posizione di referente sia dell'anziano che della sua famiglia. Mentre con un *early-onset drinker* l'invio al servizio alcologico è un'opzione d'obbligo, con un *late-onset drinker* talvolta può essere sufficiente l'invio a un gruppo di auto mutuo aiuto, insieme all'inserimento in un'attività socializzante e salutare (es. gruppo di cammino): la frequenza contestuale a un gruppo di persone accomunate da un problema con l'alcol e a un gruppo con altre finalità può consentire all'anziano di sentirsi persona, e non solo persona "malata", ma anche aiutarla a riconoscere e affrontare il problema; la frequenza di tali gruppi può contrastare la solitudine e fornire occasioni per nuove relazioni di supporto e di protezione.

L'invio a un gruppo di auto mutuo aiuto può anche rappresentare un'opzione per i pazienti che rifiutano fermamente l'invio al servizio alcologico, anche nell'ipotesi che l'avvio di un percorso, in un contesto di pari, possa contribuire alla consapevolezza dell'anziano della necessità di farsi aiutare da un'équipe multidisciplinare specializzata. La motivazione dell'anziano resta, infatti, un elemento imprescindibile.

Più in generale, un aspetto importante da considerare è la dotazione di MMG sul territorio: nel 2018 questa è pari a circa 6 MMG per 10.000 abitanti in Lombardia, contro 7 MMG per 10.000 abitanti a livello nazionale¹⁴⁴. Nel 2018 la quota di MMG che ha superato la soglia dei 1.500 assistiti - considerata come possibile indicatore di sovraccarico di pazienti, con conseguenti implicazioni in termini di perdita di efficienza e di possibile peggioramento della qualità dell'assistenza - era a livello nazionale pari al 34%, in Lombardia al 57%¹⁴⁵. È evidente che una dotazione in sofferenza incide sulla possibilità della medicina generale di agire in termini preventivi sulla salute (intesa in senso globale) dei pazienti in carico e della comunità locale di cui è responsabile.

Anche per i medici di medicina generale la formazione all'identificazione precoce e al trattamento appropriato non è, purtroppo, ancora diffusa e consolidata: questo influenza la possibilità che i MMG possano realizzare interventi brevi di *counseling* motivazionale, per persone a rischio e a forte rischio, molto efficaci per l'aggancio e l'avvio di un percorso di trattamento, più o meno strutturato. Nel caso dell'alcol, si tratta praticamente di: assumere un atteggiamento empatico e di ascolto attivo, offrendo supporto ed esprimendo accettazione e rispetto per il bevitore anziano, anche riguardo alle sue idee sul consumo dannoso; mettere a fuoco con il paziente l'importanza dei suoi valori e dei suoi obiettivi esistenziali; aiutarlo a esplorare le conseguenze del continuare il consumo alcolico rispetto ai suoi obiettivi di vita; cogliere le resistenze del paziente al cambiamento, per pensare a come affrontarle; dimostrare fiducia e rinfrancare l'anziano bevitore sulle sue possibilità di "farcela" e di riuscire nel cambiamento.

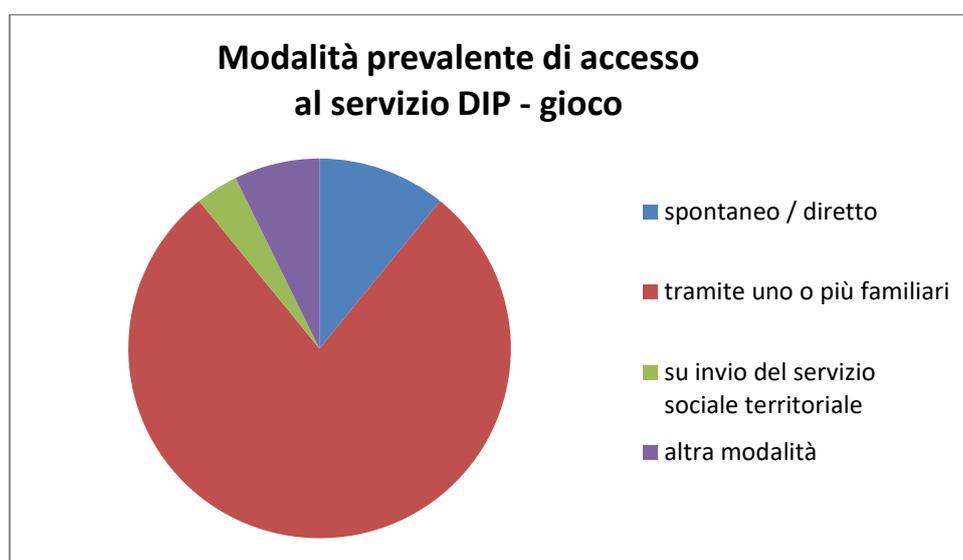
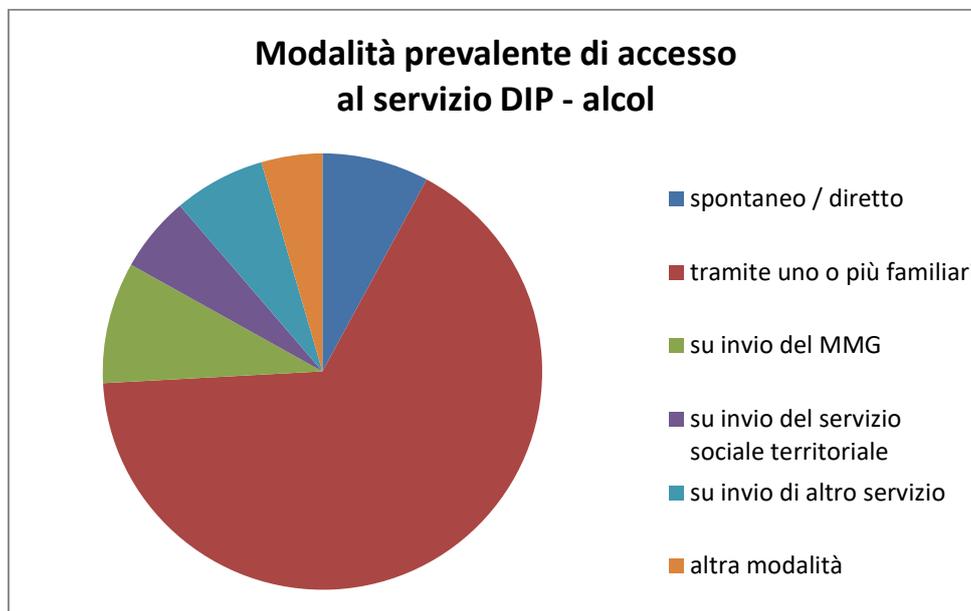
Un colloquio di intervento breve di *counseling* motivazionale ha solitamente una durata compresa fra 10 e 30 minuti: è quindi un intervento veloce, che può rivelarsi prezioso. Per la sua efficacia e il positivo rapporto costi/benefici, l'intervento breve del MMG è raccomandato nei documenti programmatici del Ministero della Salute del terzo millennio ed è oggetto di formazione specifica da parte dell'Osservatorio Nazionale Alcol (corsi IPIB - Identificazione Precoce e Intervento Breve).

Passiamo ora ai dati della ricerca rivolta agli AS lombardi. Innanzitutto riprendiamo due grafici, già riportati nel paragrafo precedente, che evidenziano la modalità prevalente di accesso al servizio dipendenze per le persone anziane con problemi di alcol o di gioco d'azzardo.

¹⁴⁴ ISTAT - Ufficio territoriale per la Lombardia, *Dati statistici per il territorio. Regione Lombardia*, Milano 2020, p. 21.

¹⁴⁵ ISTAT, *BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma 2021, pp. 226-227 e 239.

Ribadendo la fonte prevalente dei familiari, possiamo osservare che per i bevitori tardivi sono coinvolti sia il MMG (indicati dal 9% dei rispondenti) che il servizio sociale territoriale (6%), ma anche altri servizi (7%) quali CPS, servizi per le dipendenze che non si occupano di alcol, servizi sanitari penitenziari; per i giocatori anziani il MMG sembra meno coinvolto nell'invio al servizio specialistico¹⁴⁶, mentre l'invio da parte del servizio sociale territoriale è indicato dal 4% degli AS dei servizi per le dipendenze che si occupano di gioco d'azzardo.



È interessante osservare l'indicazione del coinvolgimento del MMG come possibile strategia di intervento rapportata alle situazioni di impiego degli AS rispondenti: se comprensibilmente il coinvolgimento del MMG viene ipotizzato, indipendentemente dal grado di vicinanza operativa con i temi indagati dalla ricerca, più per i bevitori tardivi che per i giocatori anziani, colpisce il fatto che le percentuali inferiori riguardino soprattutto gli AS che lavorano in servizi per le dipendenze che si occupano specificamente di alcol o di gioco d'azzardo, oltre che gli AS che lavorano in servizi per/con persone anziane diversi dai servizi sociali di base.

¹⁴⁶ Vedi note a fondo capitolo.

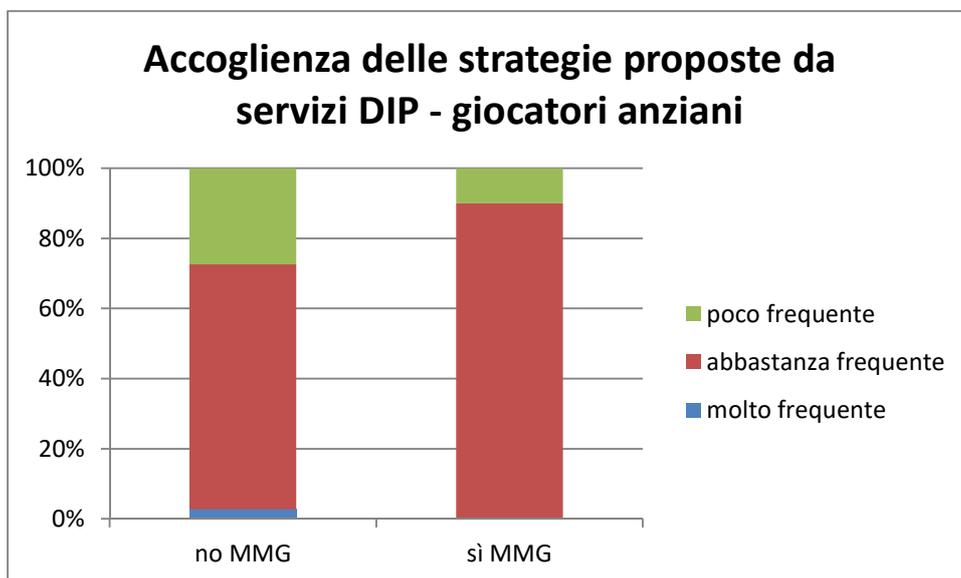
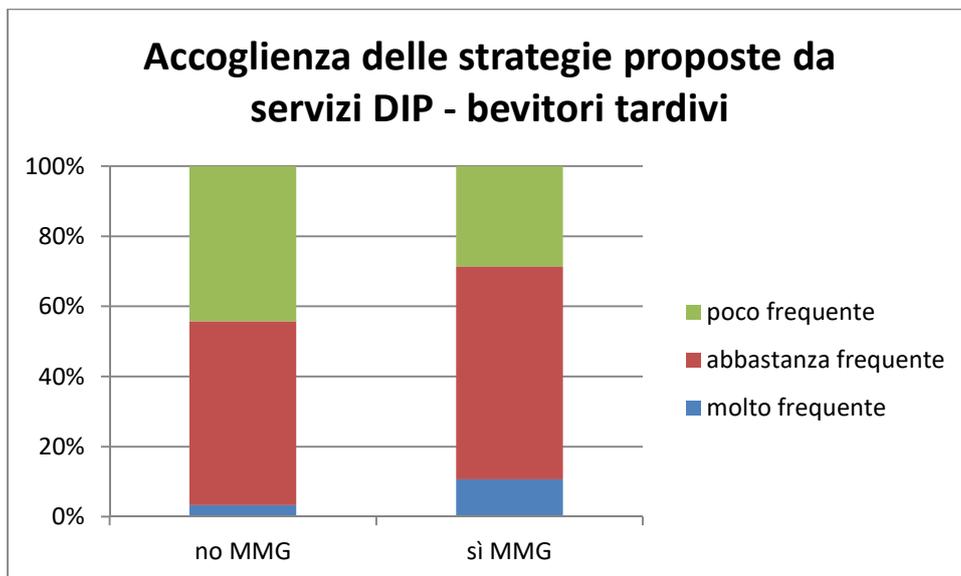
STRATEGIA DI INTERVENTO: COINVOLGIMENTO DEL MMG	ALCOL	GIOCO AZZARDO
AS che lavorano in servizi sociali di base	69%	33%
AS che lavorano in altri servizi per/con persone anziane	43%	25%
AS che lavorano in servizi dipendenze	32%	12%
AS che lavorano in altri servizi sociali, sanitari, educativi	64%	29%
AS che lavorano in altra situazione (es. formazione)	68%	36%

Riprendiamo ora la situazione rilevata nei servizi per le dipendenze riguardo agli interventi proposti, posta in sequenza decrescente e già presentata nel paragrafo precedente:

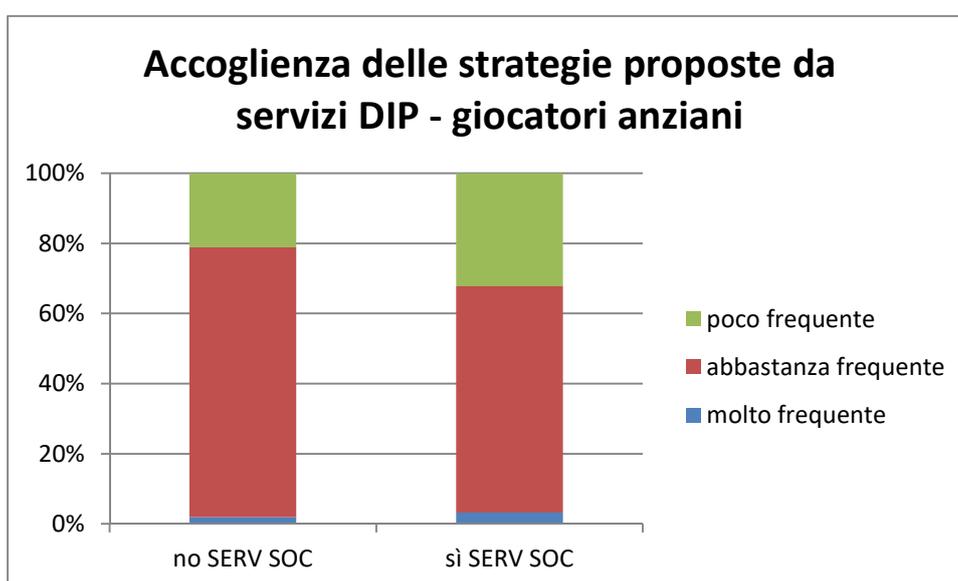
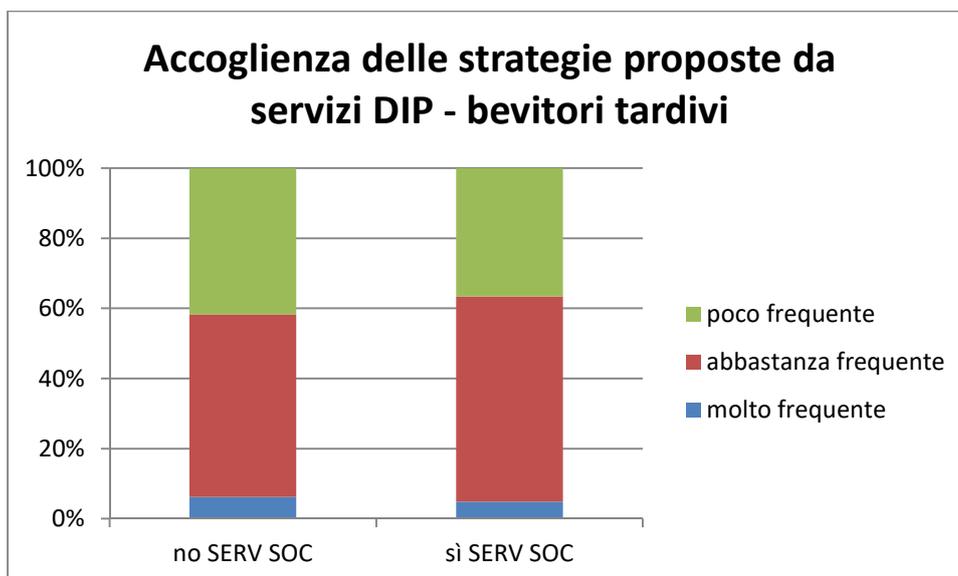
- per l'alcol:
 - 84% coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare
 - 82% intervento psico-socio-educativo individuale
 - 66% prescrizione di una terapia farmacologica per l'alcol
 - 62% invio a un gruppo di auto mutuo aiuto (AA / CAT / gruppi AMA)
 - 46% *coinvolgimento / attivazione di un servizio sociale territoriale*
 - 40% prescrizione di una terapia farmacologica per stati depressivi e/o di ansia
 - 32% *coinvolgimento del medico di base (MMG)*
 - 28% intervento psico-socio-educativo di gruppo
 - 26% attivazione dell'Amministrazione di Sostegno
 - 21% coinvolgimento / attivazione di un centro diurno per anziani o di una realtà aggregativa
 - 18% coinvolgimento / attivazione di un'associazione di volontariato;

- per il gioco d'azzardo:
 - 94% coinvolgimento, dove possibile, di almeno un familiare
 - 86% intervento psico-socio-educativo individuale
 - 59% attivazione dell'Amministrazione di Sostegno
 - 52% invio a un gruppo di auto mutuo aiuto (Giocatori Anonimi / gruppi AMA)
 - 49% tutoraggio economico e piano di risanamento dei debiti
 - 46% intervento psico-socio-educativo di gruppo
 - 46% prescrizione di una terapia farmacologica per stati depressivi e/o di ansia
 - 37% *coinvolgimento / attivazione di un servizio sociale territoriale*
 - 29% supporto / consulenza legale
 - 12% *coinvolgimento del medico di base (MMG)*
 - 12% coinvolgimento / attivazione di un centro diurno per anziani o di una realtà aggregativa
 - 12% coinvolgimento / attivazione di un'associazione di volontariato.

Incrociano l'indicazione del coinvolgimento del MMG con il grado di accoglienza, da parte delle persone anziane, delle strategie proposte dal servizio per le dipendenze si osserva che l'accoglienza delle proposte è più frequente nei servizi che prevedono, nel mix di strategie d'intervento, il coinvolgimento del MMG: questo si rileva soprattutto per i bevitori tardivi.



Un analogo incrocio, effettuato con riferimento all'indicazione del coinvolgimento / attivazione di un servizio sociale territoriale, non sembra far emergere un'accoglienza più frequente da parte delle persone anziane delle strategie proposte dai servizi per le dipendenze.



5.6. La formazione degli assistenti sociali, nei servizi territoriali e nei servizi specialistici

Il tema della formazione è cruciale: la qualità dei servizi e degli aiuti offerti alla cittadinanza e l'uso ottimale delle risorse a disposizione per il sistema sanitario e sociale dipendono in misura significativa dalla qualità delle risorse umane (che rappresentano sia il punto di forza, sia l'elemento di costo più pregnanti di tali sistemi). Riguardo alla figura dell'assistente sociale, il tema è sottolineato dal Codice Deontologico, perseguito dal sistema della formazione continua e correlato ai gruppi di supporto, territoriali e tematici, di cui il CROAS Lombardia si è dotato da tempo.

Formazione significa dare forma, trasformare: l'apprendimento - iniziale o continuo, in una logica di *lifelong learning* - come spazio-tempo per conoscere, conoscersi, arricchirsi, imparare, crescere. La formazione di base, spesso definita professionalizzante, si colloca generalmente nella fase di maturazione della persona; fornisce gli strumenti teorici e pratici per svolgere un'attività lavorativa, ricoprire un ruolo sociale e assumersi le relative responsabilità. Collegata e complementare alla formazione di base è la formazione permanente: questa è motivata da un lato dalla necessità di mantenere e approfondire le conoscenze e le capacità acquisite con la formazione di base e già messe in campo, dall'altro lato dalla necessità di aggiornarsi rispetto ai mutamenti (legislativi, organizzativi, tecnologici) e di attrezzarsi rispetto ai fenomeni che emergono o si trasformano.

Riguardo alla formazione di base, gli AS attualmente in attività ricoprono, nelle varie generazioni che li compongono, un vasto arco temporale, caratterizzato da una radicale trasformazione. Anche gli AS che hanno partecipato alla nostra ricerca presentano una grande eterogeneità di percorsi formativi di base, in relazione alla loro età anagrafica e al periodo di approdo alla formazione al servizio sociale: può quindi essere utile un breve excursus storico, che contestualizzi i dati e le riflessioni successive.

L'evoluzione della formazione di base degli AS si è snodata nell'arco di nemmeno un secolo, transitando da una centratura iniziale su tematiche molto definite, dovuta a una visione molto delimitata degli ambiti di azione professionale, all'apertura crescente verso discipline di differente natura, emerse o riconosciute come necessarie per affrontare problemi di persone e famiglie sempre più variegati e complessi, in ambiti estremamente diversificati.

La prima scuola per assistenti sociali è nata sotto il regime fascista, dalla collaborazione fra il partito nazionale fascista e la confederazione degli industriali, per dotare le iscritte - rigorosamente donne, nubili o vedove senza figli, con diploma di scuola media superiore (preferibilmente magistrale) o di infermiera - di una formazione adeguata a svolgere nelle fabbriche la loro opera di assistenza sociale ai lavoratori. Nel dopoguerra furono avviate molte altre scuole, di cui diverse ubicate a Roma e a Milano, tutte orientate a valori democratici ma di diversa ispirazione (cattolica o laica). Già allora nelle varie scuole, istituite da diversi enti fondatori, esistevano programmi didattici differenti, pur con la comune finalità di formare un assistente sociale capace di affrontare la situazione post bellica e con l'implicito riconoscimento, sia pure non ancora robusto, di un corpus di conoscenze specifiche della professione.

Nel tempo la durata dei corsi è aumentata: dagli iniziali 8 mesi (6 teoria + 2 tirocinio pratico) della prima scuola del periodo fascista si è passati a un anno, poi a due anni, per giungere infine a tre anni (alcune scuole negli anni '50, altre negli anni '60): la durata triennale caratterizza ancora oggi il corso abilitante.

Storicamente la formazione di base dell'assistente sociale è stata realizzata da una pluralità di scuole di servizio sociale, con una situazione di grande eterogeneità e quindi confusione, dovuta anche ad assetti istituzionali e organizzativi ancora in divenire e testimoniata dalla continua revisione dei diversi programmi didattici: è difficile definire il curriculum formativo, se non sono ancora ben precisati funzioni e compiti della figura nei diversi possibili servizi di impiego. Il ruolo delle Regioni nella programmazione dei servizi sociali ha poi introdotto un interesse preciso, legato a uno specifico territorio, riguardo alla formazione degli operatori sociali che in quei servizi vengono impiegati: negli anni '80 nascono le scuole Regionali di servizio sociale, che possono usufruire della convergenza in un unico soggetto pubblico della titolarità di programmazione e organizzazione dei servizi e di formazione degli operatori.

Per molti decenni, quindi, la formazione dell'assistente sociale è avvenuta al di fuori dell'ambito universitario: nonostante il continuo, anche se non lineare, processo di professionalizzazione e di riconoscimento della figura, l'accademia non era avvezza a corsi di laurea professionalizzanti, mentre dal canto suo il servizio sociale temeva il rischio di scollamento fra teoria e pratica e il confronto con pesi diversi attribuiti a cultura accademica e cultura professionale. Restava però il mancato riconoscimento giuridico del titolo di assistente sociale e una forte differenziazione ed eterogeneità del sistema formativo, specie nei programmi didattici.

Gli anni '80 avviano la svolta, con il primo piano di studi nazionale (DM 30/4/1985) e il riconoscimento giuridico del titolo abilitante alla professione (DPR 14/1987), cioè il diploma rilasciato dalle scuole universitarie dirette a fini speciali, strutture intermedie e parallele rispetto ai corsi di laurea. Negli anni '90 il percorso si consolida: la legge 341/1990 riforma gli ordinamenti didattici universitari e istituisce i diplomi universitari; il DM attuativo del 23/7/1993 colloca la formazione di base dell'AS definitivamente nel contesto universitario, con il diploma universitario in servizio sociale (DUSS). Qui si pongono (teoricamente)

le basi per l'unificazione dei percorsi formativi¹⁴⁷ e lo sviluppo di un'identità professionale comune più forte.

Il percorso si completa con alcuni DM emanati fra il 1999 e il 2004: la riforma universitaria introduce un'articolazione su due livelli (corso di laurea triennale di primo livello + corso di laurea biennale di secondo livello, definito dapprima laurea specialistica e poi magistrale), con il riconoscimento di un ambito disciplinare specifico di servizio sociale e l'obbligatorietà, anche nel corso di laurea magistrale, del tirocinio. Ulteriore elemento qualificante della formazione universitaria è rappresentato dall'attivazione, fin dal 1993, di dottorati di ricerca in servizio sociale, di diversa titolazione, in alcune università italiane.

Negli anni Duemila si avvia e si consolida il processo di definizione e implementazione del sistema di formazione continua obbligatoria per gli assistenti sociali, analogamente a quanto avvenuto riguardo ai medici e alle professioni sanitarie. Se la formazione permanente dei medici risale già agli anni '60, pur concepita sostanzialmente come attività di aggiornamento professionale, è con le riforme del sistema sanitario degli anni '90 che viene introdotto l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, sia pubblica che privata: il sistema ECM, avviato nel 2002 e riordinato nel 2007, interessa medici, odontoiatri, farmacisti, psicologi, veterinari, oltre ai ben 24 profili in cui si articolano le professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti, educatori professionali, terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, igienisti dentali, dietisti, ortottisti, tecnici audioprotesisti, tecnici ortopedici, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistenti sanitari, ecc.).¹⁴⁸

Dopo il triennio sperimentale 2010/2012, il sistema della formazione continua degli assistenti sociali è entrato a regime per effetto del DPR 137/2012: il primo Regolamento per la formazione continua degli assistenti sociali è stato approvato dal CNOAS, con parere favorevole del Ministero della Giustizia, nel 2014. Già nel 2002 il CNOAS aveva elaborato un documento, sottoscritto anche da ASSNAS (Associazione Nazionale Assistenti Sociali), AIDOSS (Associazione Italiana Docenti di Servizio Sociale) e SUNAS (Sindacato Unitario Assistenti Sociali), in cui si afferma che la formazione continua rappresenta la modalità più congrua ed efficace per accrescere le conoscenze necessarie per far fronte alla complessità, sostenere e aumentare competenze tecnico-professionali, contrastare modalità routinarie di intervento, promuovendo processi di riflessività critica sul proprio lavoro e di ricerca responsabile di nuove modalità operative.¹⁴⁹

Su un fronte più locale, durante il triennio di sperimentazione del sistema il CROAS Lombardia ha istituito i gruppi di supporto alla formazione continua, con il compito di prospettare iniziative, soprattutto in forma laboratoriale, su tematiche di interesse professionale: si propone quindi all'assistente sociale un modello diverso da quello della mera partecipazione a eventi formativi come fruitore passivo, come consumatore alla ricerca di crediti formativi da conseguire, enfatizzando la proattività, i saperi esperienziali, le peculiarità dei territori e delle aree di interesse professionale, lo scambio anche intergenerazionale. Questa scelta valorizza il senso e il potere trasformativo della formazione permanente, i cui obiettivi - eccetto i corsi di aggiornamento, centrati su nuove informazioni trasmesse con metodi frontali - possono essere rappresentati da valori, atteggiamenti, consapevolezza, saperi e competenze professionali, comportamenti organizzativi.

Da tempo è stato rilevato che gli interventi formativi basati sulla semplice trasmissione di informazioni hanno un'efficacia molto limitata, specie per i lavoratori che non ne percepiscono il bisogno. Viceversa, l'apprendimento dall'esperienza in una dimensione sociale, fortemente legata alla formazione sul campo e

¹⁴⁷ Sull'eterogeneità dei percorsi formativi cfr. Respi Chiara, "I corsi di laurea in servizio sociale: distribuzione territoriale e struttura dell'offerta formativa", in Tognetti Bordogna Mara (a cura di), *"Voglio fare l'assistente sociale". Formazione e occupazione dei laureati in servizio sociale in tempi di crisi e discontinuità*, Franco Angeli, Milano 2015, pp. 37-44.

¹⁴⁸ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁴⁹ Campanini Annamaria, "La formazione permanente", in Facchini Carla (a cura di), *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna 2010, p. 226.

alle cosiddette comunità di pratiche¹⁵⁰, risulta molto più efficace, specie riguardo alle professioni di aiuto: l'esperienza opportunamente rivisitata, ripensata, rielaborata in uno spazio-tempo di autoriflessione e di confronto interattivo con il formatore e con gli altri formandi rivela tutto il suo valore e potere formativo; l'elaborazione condivisa di conoscenza orientata alla pratica e situata nei contesti dove potrà essere applicata si dimostra strategica e preziosa.

Apprendere dall'esperienza non significa prescindere dalla conoscenza. Va comunque considerato che nel servizio sociale prevale un interesse alla conoscenza intesa come conoscenza orientata all'intervento: non quindi una conoscenza fine a se stessa, ma una conoscenza finalizzata ad acquisire strumenti che permettano di individuare strategie di intervento. In quanto disciplina pratica, il servizio sociale si avvale di diversi apporti scientifici, necessari per poter fronteggiare concretamente i problemi sociali di cui si occupa; la prospettiva pragmatica che caratterizza il servizio sociale configura la necessità di una teoria operativa, cioè di una conoscenza che orienta l'operatività (aspetto confermato, come vedremo fra poco, dalle risposte degli AS che hanno collaborato alla nostra ricerca, sulle proprie esigenze formative rispetto ai temi indagati).

Nella circolarità prassi-teoria-prassi che caratterizza il lavoro dell'assistente sociale, questo si alimenta attraverso studio, formazione e ricerca di servizio sociale - per iniziativa del singolo, delle organizzazioni di lavoro o dell'ordine professionale - poggiati saldamente su intuizioni, suggestioni, evidenze empiriche proprie del sapere pratico: un sapere legato all'esperienza, caratterizzato da un "rigore senza esattezza", i cui punti di forza sono la conoscenza per l'azione e la spendibilità in situazioni concrete.

Solo mantenendo sempre vivo il rapporto fra teoria e pratica, le conoscenze (teoriche, metodologiche, deontologiche) diventano competenze professionali adeguate a fronteggiare le espressioni "micro" di fenomeni sociali in continuo mutamento e le difficili condizioni di vita delle persone di cui ci si occupa, in contesti di lavoro contrassegnati da assetti istituzionali e organizzativi complessi, interagendo (nei pensieri e nelle azioni) con professionalità di diversa natura e formazione. La competenza professionale si costruisce e si affina a partire dalla operatività quotidiana, a patto che il sapere pratico e situato poggi su un sapere teorico robusto e venga attraversato costantemente da intenzioni e azioni orientate a riflessività, ricerca, confronto a un livello meta con altri AS e altri professionisti, interesse a perseguire nel proprio lavoro il rigore teorico e metodologico.

Il lavoro dell'assistente sociale, spesso non adeguatamente valorizzato (se non francamente svalutato) nell'opinione comune e talvolta anche fra gli addetti ai lavori, purtroppo sembra orientarsi a una logica del "fare", a discapito del "pensare" e del "pensare al fare". Se la formazione permanente è ormai garantita da un sistema obbligatorio, con tutti i pro e contro insiti in tale obbligatorietà, alcuni segnali andrebbero approfonditi: la relativamente scarsa presenza di assistenti sociali fra i relatori di eventi dei sistemi obbligatori di formazione continua (non solo FCOAS ma anche ECM), a fronte di una maggiore presenza di altre figure professionali (medici, psicologi, vari altri) anche nei corsi con crediti FCOAS; la carente produzione di letteratura di servizio sociale rapportata ad ambiti specifici di interesse della professione¹⁵¹; la scarsa propensione alla lettura come modalità di autoformazione.

Sull'ultimo punto, da una ricerca nazionale condotta su un campione di 1.000 assistenti sociali, pubblicata nell'anno di avvio del triennio sperimentale di formazione continua obbligatoria, è emerso che il 7% degli AS non legge nemmeno 1 ora al mese, il 51% legge da 1 a 5 ore al mese. In media gli AS leggono circa 8 ore al mese; legge di più chi ha posizioni più elevate nell'organizzazione e chi non ha ancora un posto fisso.¹⁵² Sarebbe interessante ripetere questo approfondimento al giorno d'oggi, in presenza di un sistema di formazione continua obbligatoria ormai consolidato.

¹⁵⁰ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁵¹ Vedi note a fondo capitolo.

¹⁵² Campanini Annamaria, "La formazione permanente", in Facchini Carla (a cura di), *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna 2010, p. 228 e 232.

Con riferimento ai temi indagati dalla nostra ricerca, il Ministero della Salute ha più volte evidenziato come aspetto critico la mancata attuazione dell'art. 5 della legge 125/2001, che promuoveva l'inserimento dell'alcolologia negli ordinamenti didattici dei corsi universitari per i medici, le professioni sanitarie, le professioni a indirizzo sociale e psicologico. Manca, inoltre, una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni rispetto alla pianificazione di un curriculum formativo universitario e di educazione continua in alcolologia, che garantisca livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa di problemi e patologie alcol-correlate.¹⁵³ Se questa è la situazione riguardo al tema dell'alcol, oggetto vent'anni fa di una legge quadro, ancora più strada è da percorrere riguardo al tema del gioco d'azzardo.

Dalla nostra ricerca è emerso che gli AS sono poco formati sui temi dell'alcol e del gioco d'azzardo (intesi in senso generale, cioè non riferiti necessariamente all'età anziana): una parte di AS, di varia età, ha affrontato il tema nel percorso formativo di base (universitario o equivalente/simile), tramite corsi o tirocinio o tesi (36% alcol, 23% gioco d'azzardo); alcuni delle ultime generazioni di professionisti l'hanno trattato nel corso di laurea specialistica/magistrale; oltre la metà hanno frequentato eventi di formazione continua (inclusi corsi, seminari e convegni organizzati dal comparto sanitario, con riconoscimento di crediti formativi ECM ma non di crediti formativi FCOAS, e dal terzo settore).

Nell'esperienza degli AS rispondenti alla ricerca, la formazione continua riveste quindi un ruolo centrale riguardo alla preparazione sui temi dell'alcol e del gioco d'azzardo. Pur ritenendo arricchente una formazione su aspetti trasversali, condivisa con altre figure (es. medici, psicologi, educatori professionali), si pone qui la questione dell'orientamento della formazione continua allo specifico professionale: è infatti fondamentale aprirsi ad ampi scenari di riflessione, a possibilità di contaminazione e di meticciamiento con altri saperi professionali, ma è altrettanto importante consolidare e applicare principi, valori, atteggiamenti, metodi e strumenti propri della nostra professione.

Un approfondimento fa emergere quanta strada sia ancora da fare: l'analisi della banca dati degli eventi accreditati dall'Ordine AS Lombardia mostra infatti che nell'ultimo triennio formativo pre-pandemia (cioè il triennio 2017-2019), la cui conclusione è coincisa con il lancio della ricerca on line, sono stati accreditati oltre 3.800 eventi. Fra questi, solo 15 riguardavano il tema alcol (7 con riferimento all'età anziana, di cui 6 promossi dagli autori, di varia professionalità e lombardi, del primo libro italiano sul tema alcol e anziani), mentre 54 riguardavano il tema del gioco d'azzardo (1 con riferimento all'età anziana).

Analizzando ed elaborando i dati dei singoli programmi, emerge che:

- i 15 eventi realizzati sul tema alcol, quasi tutti rivolti anche ad altre figure professionali, sono stati promossi in pari misura da soggetti pubblici (ASST, Città Metropolitana, CROAS Lombardia) e da soggetti privati (agenzie formative, università, cooperativa sociale); le docenze/relazioni agli eventi sono risultate complessivamente 69: 22 a opera di medici, 17 di psicologi, 7 di assistenti sociali, 2 di educatori professionali, 21 di altre figure (ad esempio *counselor*, servitore di CAT, comandante della polizia stradale, rappresentante di associazione commercianti, parroco);
- i 54 eventi realizzati sul tema gioco d'azzardo, quasi tutti rivolti anche ad altre figure professionali, sono stati promossi soprattutto da soggetti pubblici (specie ASST) e poi da diversi soggetti privati (cooperative sociali, associazioni, fondazioni, agenzie formative); le docenze/relazioni agli eventi sono risultate complessivamente 222: 45 a opera di medici, 5 di infermieri, 74 di psicologi, 23 di assistenti sociali, 17 di educatori professionali, 58 di altre figure (ad esempio sociologo, avvocato, educatore finanziario, dirigente scolastico, sindacalista, esperto di comunicazione, ufficiale di polizia giudiziaria, rappresentante di associazione commercianti, giornalista).

¹⁵³ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2020*, Roma 2021, p. 113.

Molti AS rispondenti alla ricerca che lavorano in servizi diversi da quelli per le dipendenze non hanno avuto alcuna occasione formativa su questi temi, in percentuali variabili a seconda del servizio o situazione di impiego. Nella stessa condizione deficitaria si trovano anche alcuni AS che lavorano in servizi per le dipendenze: si tratta di un numero limitato di professionisti, che comprende però taluni casi di AS di età e anzianità professionale elevata nel campo specifico, impiegati in servizi per le dipendenze che si occupano di alcol o di gioco d'azzardo.

AS senza alcuna formazione sui temi indagati (in generale)	AS in servizi per le dipendenze	AS in servizi sociali di base	AS in altri servizi per/con anziani	AS in altri servizi sociali, sanitari, educativi	AS in altre situazioni (es. formazione)	Totale AS attualmente impiegati come AS
alcol	5%	29%	27%	26%	25%	26%
gioco d'azzardo	6%	21%	29%	28%	25%	24%

Ritornando all'insieme dei 2.080 AS che hanno compilato il questionario, interessante risulta l'analisi delle possibili combinazioni di diverse tipologie di occasioni formative.

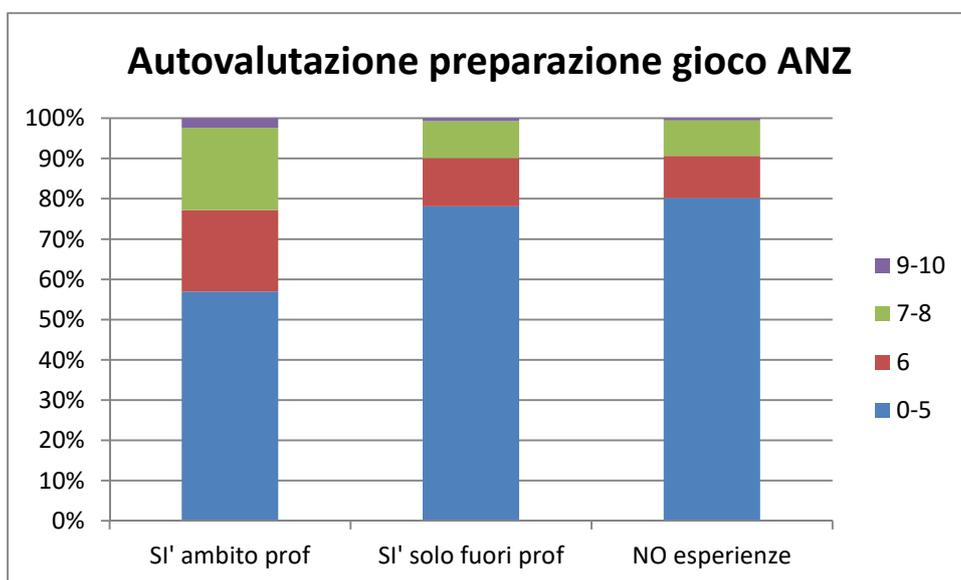
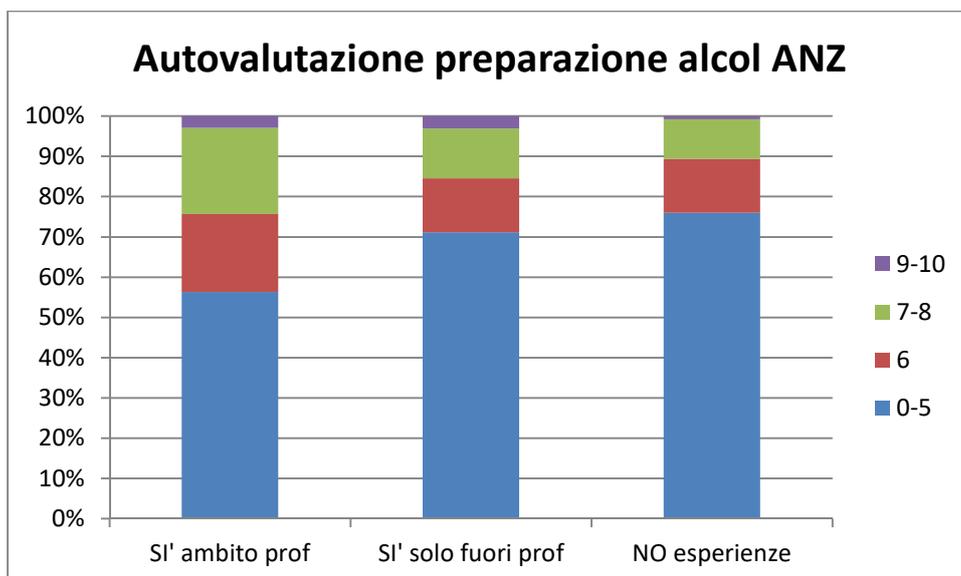
POSSIBILI COMBINAZIONI DELLE OCCASIONI FORMATIVE	ALCOL (in generale)	GIOCO D'AZZARDO (in generale)
Totale AS rispondenti alla ricerca	2.080	2.080
AS senza alcuna formazione sul tema	25%	24%
AS con formazione sul tema:		
- solo laurea triennale (o equivalente/similare)	17%	9%
- solo laurea specialistica o magistrale	2%	2%
- laurea triennale + laurea magistrale	2%	1%
- solo eventi di formazione continua	32%	49%
- laurea triennale + eventi di formazione continua	14%	10%
- laurea magistrale + eventi di formazione continua	2%	-
- laurea triennale + laurea magistrale + eventi di formazione continua	3%	2%
- solo altre modalità (es. gruppi AMA, progetti GAP, autoformazione)	3%	3%

Complessivamente, la formazione continua interessa il 51% degli AS per l'alcol, il 61% per il gioco d'azzardo: sarebbe interessante approfondire quanto finora realizzato, anche in relazione alle modifiche intervenute nel tempo per questi fenomeni e alle prospettive future (non solo per i servizi specialistici), in modo da ipotizzare strategie formative opportune per la nostra comunità professionale.

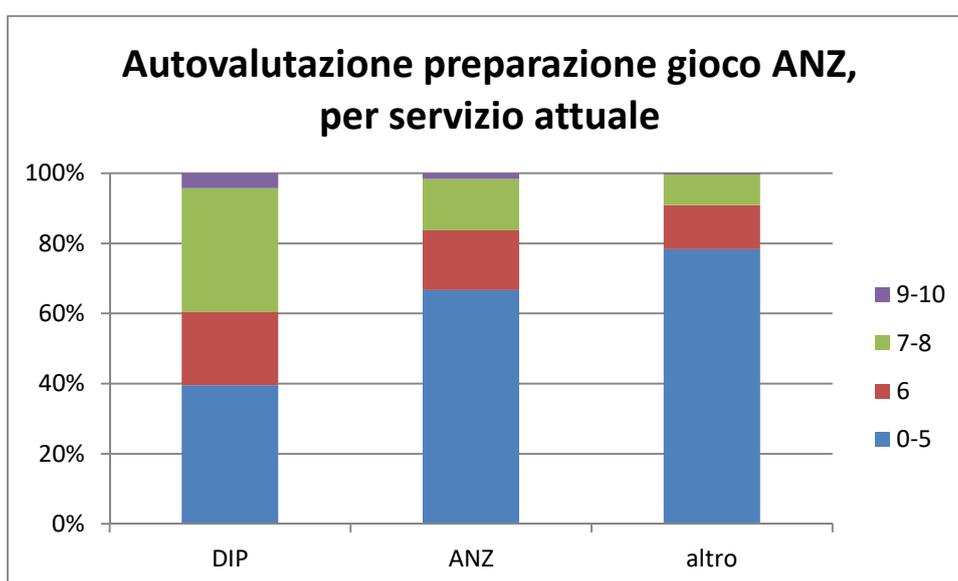
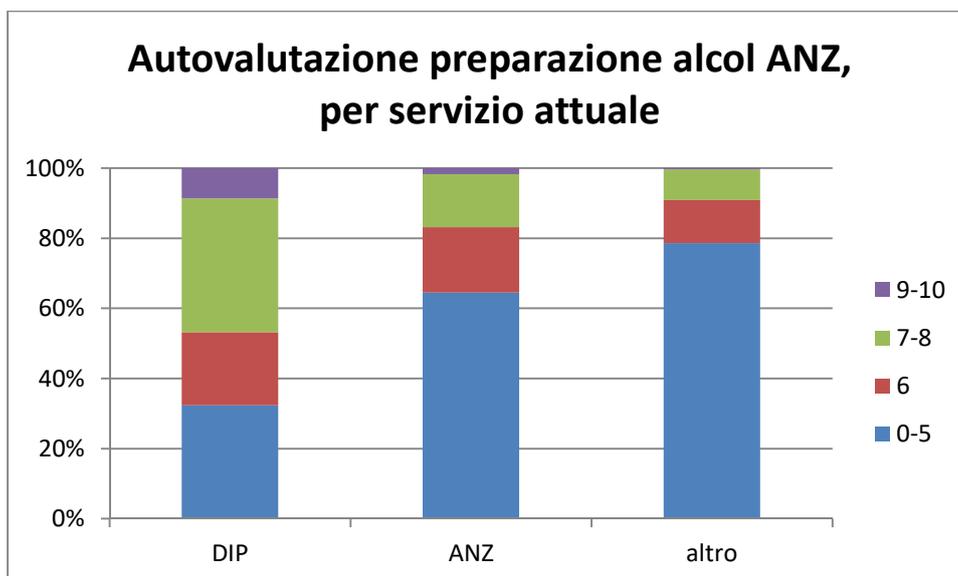
Il confronto con operatori esperti, motivato da utenti in carico a più servizi, la collaborazione con alcune realtà di auto mutuo aiuto e (specie per il gioco d'azzardo) la partecipazione a specifici progetti di territorio rappresentano in diversi casi l'opportunità per apprendere e per approfondire.

Venendo all'età anziana, gli AS ritengono molto insufficiente la propria preparazione su questi fenomeni in tarda età: 4,5 decimi per il bere tardivo, 4,3 decimi per il gioco d'azzardo in età anziana. Si ritengono un po' meno preparati gli AS ultra40enni e quelli con un'anzianità professionale superiore ai 15 anni.

Collegando l'autovalutazione della preparazione all'aver avuto o meno esperienze con bevitori tardivi o con giocatori anziani emerge, come prevedibile, una valutazione molto bassa per chi non ha avuto alcuna esperienza con queste persone e per chi ne ha avuta solo in ambito non professionale. Chi ha una qualche esperienza maturata in ambito professionale si esprime in modo più differenziato, ma resta il fatto che oltre la metà degli AS con esperienze professionali punteggiano come al di sotto della sufficienza la propria preparazione sui temi del bere tardivo e del gioco d'azzardo in età anziana.



I punteggi attribuiti sono maggiori per chi lavora nei servizi per le dipendenze (medi 5,9 alcol, 5,6 gioco) rispetto a chi lavora nei servizi per/con persone anziane (4,6 alcol, 4,5 gioco), ma non nella misura significativa che ci si potrebbe immaginare; ancora più bassi, ovviamente, i punteggi per chi lavora in servizi di altro tipo (3,7 alcol, 3,6 gioco).



Un quinto degli AS rispondenti alla ricerca ha fornito, tramite le risposte alle domande aperte, indicazioni sulle proprie esigenze formative.

Molti AS - specie quelli che lavorano in servizi per/con anziani - sottolineano la necessità di approfondire sia aspetti teorici, sia soprattutto aspetti operativi, anche tramite esempi di possibili interventi, testimonianze di buone prassi e di esperienze di lavoro di rete e di comunità.

Gli aspetti/argomenti segnalati spaziano dalle specificità dei problemi delle dipendenze in età anziana (considerando aspetti sociali, psicologici e relazionali, sanitari, giuridici), alle modalità di intervento efficace (individuazione tempestiva, aggancio, segnalazione e invio, presa in carico, motivazione al cambiamento, coinvolgimento dei familiari); dalle caratteristiche e possibilità di intervento dei servizi specialistici e dei gruppi di auto mutuo aiuto, alle modalità di collaborazione e integrazione fra servizi, fra figure (sociali e sanitarie) e con i gruppi di auto mutuo aiuto.

In conclusione, sulla formazione si aprono molti spazi di riflessione e di azione, sia riguardo ai corsi universitari che riguardo agli eventi di formazione continua. Innanzitutto, nell'immaginario comune di chi accede alla formazione di base tende a permanere una visione delle dipendenze come realtà minoritaria, connessa a sostanze illegali, mentre è evidente che alcol e gioco d'azzardo (entrambi legali) sono estremamente diffusi in tutta la popolazione, con gravi rischi e potenziali danni non solo per i diretti

interessati: andrebbero quindi affrontati nella formazione di base, sia per l'assistente sociale che per altre professioni di aiuto.

Riguardo alla formazione continua, così essenziale e orientata alla spendibilità nella pratica quotidiana, dalla ricerca è emerso che sia gli AS nei servizi territoriali, sia gli AS nei servizi specialistici necessitano di strategie e iniziative formative mirate e condivise: chi lavora nei servizi per/con anziani potrebbe acquisire uno sguardo accorto e consapevole, fondamentale per contribuire - insieme ai MMG - all'intercettazione precoce; chi lavora nei servizi per le dipendenze potrebbe sviluppare un'attenzione specifica e fondata all'età anziana, molto utile riguardo all'alcol, considerate le caratteristiche assai diverse dei *late-onset drinkers* rispetto agli *early-onset drinkers*.

La formazione, come gli altri elementi proposti in questo capitolo in qualità di punti di riflessione e questioni aperte, prefigura scenari molto interessanti, rispetto ai quali i gruppi di supporto alla formazione continua dell'Ordine Assistenti Sociali Lombardia, in primis il Gruppo Anziani, potranno formulare negli anni a venire proposte e iniziative di vario genere, a livello locale o regionale, in forma sperimentale o meno, indirizzate alla comunità professionale e aperte ad altre figure professionali e altri interlocutori significativi.

NOTE AL CAPITOLO 5 - DALLA RICERCA SU PENSIERI ED ESPERIENZE DEGLI AS LOMBARDI: PUNTI DI RIFLESSIONE E QUESTIONI APERTE

Nota 124

"[...] la perdita dei ruoli sociali tradizionali rende spesso gli anziani soli e isolati: il gioco d'azzardo può assumere, quindi, un ruolo compensatorio che fornisce l'illusione di socialità e divertimento."

Fonte: Perilli Maria Cristina, "Gli anziani e il gioco d'azzardo", in *Giocati dall'azzardo. Mafie, illusioni e nuove povertà*, Sensibili alle foglie, Roma 2015, p. 113.

Nota 125

"Persone di tutte le età e di entrambi i generi sono state colpite da un'imprevista e incrementata esposizione all'alcol come fattore di rischio legato al contesto dell'isolamento forzato con un incremento del consumo, e l'aumento contestuale di tutti gli indicatori di consumo a rischio che in Italia faranno registrare livelli inconfrontabili con il prima, e rispetto al *day after* della pandemia, non lasciando comunque prevedere un progresso verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati quest'anno ancor di più per l'oggettiva mancanza d'intervento e d'implementazione di azioni in numerosi settori identificati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come essenziali per le politiche sull'alcol [...]"

Fonte: Scafato Emanuele, "Prefazione", in ISS Istituto Superiore di Sanità, *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2020*, rapporti ISTISAN 20/7, Roma 2020, p. VI.

Nota 129

"In termini di trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo tra gli anziani, una delle maggiori difficoltà nell'affrontare il problema pare proprio quella di non riuscire facilmente a «smontare» il mondo sociale che l'anziano attraverso il gioco ha costruito attorno a sé, sebbene sia comunque indicato cercare di sostituire il gioco d'azzardo con altre attività che garantiscano la socialità, ma che non siano altrettanto dannose."

Fonte: Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013, p. 9.

Nota 139

Per un'analisi sintetica ma piuttosto completa della storia, delle caratteristiche e delle modalità di intervento di Alcolisti Anonimi e dei Club Alcologici Territoriali, si rimanda a Longoni Beatrice, Rossin Maria Raffaella, Sarassi Antonio Andrea, "I gruppi di auto-aiuto", in *Alcol e anziani. Perché e come prendersi cura*, Erickson, Trento 2016, pp. 189-203.

Per una fotografia delle attività realizzate dai gruppi nei vari livelli organizzativi, delle collaborazioni attivate con le istituzioni, i servizi sanitari e le organizzazioni di privato sociale, dei punti di forza e delle criticità che interessano Alcolisti Anonimi e i Club Alcologici Territoriali, si rimanda a Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, "Le associazioni di auto mutuo aiuto", in *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2019*, Roma 2020, pp. 88-96 e a Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, "Le associazioni di auto mutuo aiuto", in *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2020*, Roma 2021, pp. 101-112.

Nota 140

Negli USA è stata da tempo segnalata come critica la tendenza a sottostimare la presenza di PPAC in pazienti ospedalizzati per altri motivi. Michael Miller, presidente dal 2007 al 2009 dell'*American Society of Addiction Medicine*, ha evidenziato l'inadeguato trattamento dell'astinenza acuta da alcol nei reparti ospedalieri, a causa anche di un pensiero medico che non include la sindrome da astinenza alcolica nella diagnosi differenziale. Uno specifico strumento - il CIWA-Ar - è stato predisposto per misurare la severità della sindrome da astinenza alcolica nei pazienti americani ospedalizzati, diffondendosi poi anche in altri Paesi.

Nota 146

Pur nella consapevolezza che la domanda del questionario chiedeva di indicare la modalità prevalente di accesso, colpisce che nessun rispondente abbia indicato il MMG. Ciò in considerazione del "fatto che, se pure in difficoltà per il gioco, solitamente queste persone non cercano cure specializzate. Generalmente si rivolgono al medico di base, al quale portano, più che il problema con il gioco (generalmente non riconosciuto come causa principale delle loro difficoltà per le persone dipendenti da azzardo, almeno in prima istanza), bensì il novero dei sintomi e dei malesseri intorno e/o in conseguenza del gioco eccessivo o patologico, quindi ansia, depressione, e situazioni simili che tendenzialmente il medico può trattare a prescindere dal comportamento di gioco." Fonte: Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013, p. 9.

Nota 148

"L'Italia è l'unico Paese che prevede, non solo per i medici, ma per tutte le professioni sanitarie (circa un milione di soggetti), un sistema di formazione continua obbligatoria fondato sul principio secondo cui la qualità dell'azione sanitaria non dipende solo dagli atti dei medici, ma da tutta la filiera di decisioni e di azioni dei vari professionisti coinvolti in una determinata procedura sanitaria. La formazione continua diventa lo strumento finalizzato a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali di tutti i professionisti della cura, nonché a supportare i comportamenti degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale." Fonte: Dalponte Adriana, Di Virgilio Daniel, "Il sistema italiano dell'educazione continua in medicina (ECM)", in Zannini Lucia, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*, Pensa MultiMedia, Lecce-Rovato 2015, pp. 297-298.

Nota 150

Per comunità di pratiche si intende "un insieme di persone che non solo ha degli obiettivi lavorativi/formativi, ma che costruisce sapere attraverso una riflessione sistematica sull'esperienza." Fonte: Zannini Lucia, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*, Pensa MultiMedia, Lecce-Rovato 2015, p. 45.

Nota 151

Il potere formativo dello scrivere del proprio lavoro - esperienza molto meno diffusa dello scrivere nel proprio lavoro - è straordinario. Su questo tema vedi Longoni Beatrice, "Le professioni di cura si raccontano: fra ricerca e testimonianza", *I luoghi della cura*, n. 3, 2019.

ALLEGATO:

REPORT 1 - DAL QUESTIONARIO AI DATI
(versione “in pillole”)

**GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA: PENSIERI ED ESPERIENZE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI LOMBARDI
REPORT 1: DAL QUESTIONARIO AI DATI - VERSIONE "IN PILLOLE" (a cura di Beatrice Longoni) - dicembre 2020**

Partecipanti alla ricerca:

- ✓ 2.080 AS (assistenti sociali), pari al 39% degli iscritti all'Ordine AS Lombardia.
- ✓ 1.095 AS in servizi per/con persone anziane (di cui 706 in servizi sociali di base), 139 in servizi per le dipendenze, 562 in altri servizi (di cui 277 in servizi per minori e famiglia), 28 in altra situazione (es. formazione, supervisione); 256 non lavorano ora come AS.
- ✓ Gli AS partecipanti corrispondono, per sesso e per provincia di residenza/domicilio, alla fotografia degli iscritti all'Ordine AS Lombardia.
- ✓ Rappresentate tutte le fasce di età e di anzianità professionale.
- ✓ Le esperienze professionali attuali e pregresse in area anziani sono molto diffuse, mentre in area dipendenze riguardano circa 1/3 degli AS.
- ✓ Servizi di appartenenza in prevalenza pubblici (81%).

Definizioni:

bevitori tardivi = persone che iniziano ad abusare nell'uso di alcol in età anziana (dai 65 anni in su), in seguito a eventi dolorosi, a cambiamenti importanti (vedovanza, pensionamento...) o alle difficoltà del vivere che caratterizzano l'invecchiare

giocatori anziani = anziani (dai 65 anni in su) che eccedono nel gioco d'azzardo, risultando a rischio o già in situazione problematica

Abbreviazioni:

servizi DIP = servizi per le dipendenze (SERT/SERD, NOA Nucleo Operativo Alcolgia/équipe alcol, servizio/ équipe gioco d'azzardo, altro servizio es. SMI Servizio Multidisciplinare Integrato, comunità)

servizi ANZ = servizi sociali, socio-sanitari o sanitari con utenza solo o anche anziana (servizi sociali di base, servizi domiciliari e di prossimità, CDI centro diurno integrato, residenzialità leggera, RSA residenza sanitaria assistenziale, cure intermedie/riabilitazione, ospedale, hospice, altro servizio es. centro multiservizi anziani, servizio per persone senza fissa dimora)

Uno sguardo ai problemi indagati:

- ✓ Il fenomeno del bere tardivo e quello del gioco d'azzardo in età anziana non sono così sommersi come potrebbe sembrare: hanno avuto esperienze personali (specie in ambito professionale) 1.081 AS con bevitori tardivi, 1.155 AS con giocatori anziani. L'incontro con queste persone è trasversale alle diverse fasce di anzianità lavorativa e alle diverse tipologie di servizi di impiego.
- ✓ Gli AS stimano una maggiore diffusione nella popolazione del gioco d'azzardo rispetto al bere tardivo: ritiene che il problema interessi oltre il 15% della popolazione anziana il 24% degli AS riguardo al bere tardivo, il 43% degli AS riguardo al gioco d'azzardo; pensa che il problema coinvolga più di un anziano su cinque l'8% degli AS per il bere tardivo, il 20% degli AS per il gioco. È possibile che su queste percezioni incida una maggiore visibilità del problema e una maggiore sensibilità del contesto sociale al tema del gioco d'azzardo rispetto a

quello dell'alcol, che continua a risentire di pervicaci, antiche e fuorvianti resistenze culturali. In ogni caso la stima da parte degli AS appare elevata, se si considera la marcata carenza di percorsi di aiuto dedicati e una consuetudine di collaborazione fra servizi ANZ e servizi DIP ancora da costruire: entrambi questi aspetti possono influire sull'emersione del problema e sulla percezione della sua diffusione nella popolazione.

- ✓ Nell'opinione degli AS partecipanti alla ricerca, l'abuso alcolico è correlato maggiormente al sesso maschile, il gioco d'azzardo - in misura molto meno eclatante - al sesso femminile.
- ✓ Solo il 24% degli AS partecipanti alla ricerca ritiene poco frequente la coesistenza di bere tardivo e gioco d'azzardo.
- ✓ Anche chi non ha avuto esperienze personali con bevitori tardivi e/o con giocatori anziani (in ambito professionale o meno) ha una percezione di una diffusione significativa nella popolazione anziana dei problemi indagati, l'idea che il bere tardivo interessi maggiormente il genere maschile, l'opinione di una frequente coesistenza fra bere tardivo e gioco d'azzardo.
- ✓ Fra quelli proposti dal gruppo di ricerca, il fattore di rischio individuato come prevalente dai 2.080 partecipanti alla ricerca, sia per il bere tardivo che per il gioco d'azzardo, è l'isolamento sociale/solitudine. Poco influente è ritenuta la scarsa conoscenza - da parte dell'anziano, dei familiari, del contesto sociale - dei rischi connessi al comportamento problematico, specie riguardo all'alcol. Fra gli altri fattori segnalati dai rispondenti, emergono come significativamente influenti le frequentazioni (di luoghi e persone a rischio) e la fragilità emotiva dell'anziano; colpisce poi, riguardo all'abuso alcolico, il ruolo di *caregiver* protratto nel tempo (es. con coniuge malato di Alzheimer, con figlio disabile).
- ✓ Gli AS che lavorano in servizi ANZ - cioè nei servizi che potrebbero intercettare precocemente il problema - individuano il principale segnale/sintomo nei peggioramenti in comportamenti e relazioni per l'alcol (83%), nelle anomalie di gestione economica e nella condizione debitoria per il gioco d'azzardo (98%). Le segnalazioni da familiari sono risultate più significative di quelle da altri servizi e operatori, sia per il bere tardivo (61% vs 24%), che soprattutto per il gioco d'azzardo (84% vs 28%).

L'utenza attualmente in carico ai servizi:

- ✓ La stragrande maggioranza dei partecipanti alla ricerca impegnati in servizi ANZ o in servizi DIP lavora in servizi che hanno attualmente in carico bevitori tardivi (76% di tutti i servizi DIP, 86% dei servizi DIP che si occupano di alcol, 68% dei servizi ANZ) e/o giocatori anziani (82% di tutti i servizi DIP, 92% dei servizi DIP che si occupano di gioco d'azzardo, 70% dei servizi ANZ).
- ✓ Per indicare il numero di bevitori tardivi e di giocatori anziani in carico al proprio servizio, gli AS hanno dovuto utilizzare nella maggioranza dei casi l'impressione personale, spesso confermata nel confronto con i colleghi: hanno potuto usufruire di dati a disposizione nemmeno la metà degli AS dei servizi DIP (39% per bevitori tardivi, 49% per giocatori anziani), ancor meno per gli AS dei servizi ANZ (35% per bevitori tardivi, 36% per giocatori anziani).
- ✓ Il numero di casi in carico al servizio è considerato in aumento, più per il gioco d'azzardo che per l'alcol (nei servizi DIP 68% gioco vs 39% alcol, nei servizi ANZ 62% gioco vs 41% alcol). Pochissimi AS ritengono che l'andamento tendenziale nel tempo sia in diminuzione (1% riguardo al gioco d'azzardo, 2% riguardo all'alcol).
- ✓ Gli anziani in carico ai servizi DIP sono più maschi che femmine, sia per il bere tardivo che per il gioco d'azzardo. I servizi ANZ intercettano più maschi che femmine per il bere tardivo; quasi la metà degli AS che lavorano in servizi ANZ ritiene che i giocatori anziani che arrivano al proprio servizio siano in numero molto simile uomini e donne.
- ✓ Fra chi lavora in servizi DIP è più diffusa, rispetto a chi lavora in servizi ANZ, l'opinione che negli utenti in carico al servizio la coesistenza di bere tardivo e gioco d'azzardo sia molto o abbastanza frequente.

L'intervento dei servizi fra potenzialità e difficoltà:

- ✓ Nei servizi DIP la modalità prevalente di accesso è tramite uno o più familiari (66% per bevitori tardivi, 78% per giocatori anziani). Non sono previsti requisiti di accesso specifici.

- ✓ Nella stragrande maggioranza dei casi non ci sono differenze significative fra il percorso di aiuto proposto dai servizi DIP al bevitore tardivo e/o giocatore anziano, rispetto al percorso di aiuto solitamente ipotizzato per l'adulto. Le differenze segnalate si riferiscono, per entrambi i problemi, a un maggiore coinvolgimento dei familiari; per l'alcol anche a un minore ricorso all'intervento psicologico e al mancato invio in comunità terapeutiche per programmi residenziali.
- ✓ Nel mix di interventi proposto, il più diffuso è il coinvolgimento di almeno un familiare, nei servizi DIP (84% per bere tardivo, 94% per gioco d'azzardo) e nei servizi ANZ (77% per bere tardivo, 83% per gioco d'azzardo). La presenza di familiari attenti al problema, quindi, costituisce un elemento di forza non solo per l'accesso al servizio DIP, ma anche per gli interventi realizzabili tanto dai servizi DIP, quanto dai servizi ANZ.
- ✓ Nei servizi DIP, fra gli altri interventi proposti al bevitore tardivo emergono l'intervento psico-socio-educativo individuale e la prescrizione di una terapia farmacologica per l'alcol; fra quelli proposti al giocatore anziano emergono l'intervento psico-socio-educativo individuale, l'attivazione dell'Amministratore di Sostegno, il tutoraggio economico e piano di risanamento dei debiti. Sia per l'alcol che per il gioco, nei servizi DIP l'invio a un gruppo di auto mutuo aiuto è più frequente del coinvolgimento di professionisti e servizi del territorio; situazione inversa nei servizi ANZ.
- ✓ Gli AS che lavorano in servizi DIP dichiarano che le strategie di intervento proposte vengono accolte abbastanza spesso (55% per bevitori tardivi, 66% per giocatori anziani). Gli AS che lavorano in servizi ANZ dichiarano invece che le strategie proposte vengono accolte poco frequentemente (80% per bevitori tardivi, 79% per giocatori anziani). È possibile che su questa differenza incida anche il fatto che gli anziani in carico ai servizi DIP siano "più avanti" in un percorso di riconoscimento, accettazione e fronteggiamento del problema (quindi più motivati e con maggiori risorse personali e familiari).
- ✓ Fra le possibili difficoltà/criticità nel percorso di aiuto proposto dai servizi ANZ emergono, per entrambi i problemi indagati, la scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento (anche perché sottovaluta i rischi connessi al comportamento problematico) e l'impossibilità o difficoltà nel coinvolgere i familiari (intervento considerato da questi servizi come strategia d'elezione). Anche nei servizi DIP la scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento risulta, per entrambi i temi indagati, come la difficoltà/criticità nel percorso di aiuto più segnalata. Gli AS che lavorano nei servizi DIP dichiarano che il percorso di aiuto proposto si conclude positivamente, raggiungendo gli obiettivi che l'équipe si è prefissata, abbastanza spesso (55% per bere tardivo, 72% per gioco d'azzardo).
- ✓ I 590 AS che lavorano in altri servizi rispetto a quelli DIP e a quelli ANZ, o che si trovano in altra situazione di lavoro come AS (es. formazione, supervisione), esprimono un'opinione molto vicina a quella degli AS dei servizi ANZ, riguardo ai segnali/sintomi indicativi del problema, alle possibili strategie di intervento, alle possibili difficoltà/criticità nel percorso di aiuto proposto dai servizi. Nel loro pensiero, i familiari dell'anziano giocano un ruolo determinante nella segnalazione del problema e nel mix di strategie di intervento: ciò risulta alquanto critico, considerato che il prevalente fattore di rischio è individuato, per entrambi i problemi indagati, nell'isolamento sociale/solitudine dell'anziano. Sia per il bere tardivo che per il gioco d'azzardo, anche questi AS identificano la scarsa motivazione dell'anziano al cambiamento come la maggiore difficoltà possibile nel percorso di aiuto.

Idee su criticità e situazioni dei servizi e su possibili azioni di miglioramento:

- ✓ Il gruppo di ricerca ha formulato alcune ipotesi su specifiche criticità e situazioni che interessano i servizi, proponendole nel questionario: quella su cui è emerso il maggior grado di accordo è la difficoltà da parte dei servizi per anziani di agganciare l'anziano con problemi (sia gioco d'azzardo che alcol) e inviarlo al servizio per le dipendenze. Tale difficoltà è riconosciuta in modo importante non solo da chi lavora in servizi ANZ, ma anche da chi lavora in servizi né ANZ né DIP, mentre pare assai meno riconosciuta da chi lavora in servizi DIP.
- ✓ Il 21% dei partecipanti alla ricerca, pari a 438 professionisti, ha risposto affermativamente alla richiesta di eventuali idee su proposte e azioni di miglioramento possibili circa l'intervento e la collaborazione di operatori e servizi sui temi indagati. Dall'analisi delle risposte emergono alcuni concetti-chiave: necessità di un investimento (di pensiero, collaborazione, iniziativa) specifico, sensibilizzazione culturale, informazione e formazione, prevenzione, potenziamento del lavoro di rete, territorialità.
- ✓ Emerge l'esigenza di un'attenzione dedicata agli anziani con problemi di alcol e/o di gioco d'azzardo, per la peculiarità delle loro caratteristiche che mettono in difficoltà tanto i servizi ANZ, quanto i servizi DIP: in

questo senso sarebbe opportuna una condivisione e contaminazione di competenze e saperi fra professionisti di diversi servizi, che potrebbero reciprocarsi una funzione formativa e condividere una comune strategia di pensiero e di azione.

- ✓ Grande importanza è attribuita alla sensibilità, alla consapevolezza, alle conoscenze e competenze di tutti coloro che vengono a contatto con anziani, specie se potenzialmente fragili e/o in condizioni di solitudine: questo porta a considerare target di intervento la popolazione non solo anziana ma anche tardo-adulta e adulta, la comunità intera che abita un territorio (che comprende associazioni e sindacati pensionati, circoli per anziani, università della terza età, centri diurni, parroci, volontari, negozianti...), gli operatori sociali e sanitari di vari servizi e realtà (es. servizi domiciliari e reparti ospedalieri, Comune e ASST, realtà pubbliche e di terzo settore). Sulla formazione si esprime un coro pressoché unanime rispetto a iniziative specifiche, congiunte e condivise fra diversi servizi e diverse figure professionali, da realizzarsi su base territoriale.
- ✓ Sensibilizzazione, informazione e formazione potrebbero influire positivamente anche sull'individuazione precoce dei problemi (prevenzione secondaria). Quali interventi di prevenzione primaria vengono suggerite azioni di contrasto alla solitudine e all'isolamento (es. potenziamento dei servizi di prossimità e domiciliari, creazione o rafforzamento di contesti di aggregazione positiva alternativi a luoghi a rischio) e interventi mirati (es. anziani soli, anziani che hanno vissuto di recente un evento potenzialmente a rischio). Si sottolinea che sul tema delle dipendenze si attivano interventi di prevenzione con i minori, ma non con gli anziani.
- ✓ Qualche AS propone di creare servizi o percorsi specifici dedicati, ma la stragrande maggioranza sottolinea - più implicitamente che esplicitamente - l'esigenza di valorizzare il patrimonio di competenza ed esperienza esistente, lavorando in modo più collaborativo, coordinato e integrato fra servizi, fra figure professionali, con le realtà di auto mutuo aiuto e le altre risorse della comunità locale. Numerosi e variegati gli strumenti e le forme indicate (es. incontri periodici di monitoraggio e confronto, gruppi di miglioramento, tavoli tematici, progetti ad hoc condivisi, protocolli di consulenza reciproca e di intervento congiunto).

La formazione fra realtà e desiderio:

- ✓ La situazione attuale è piuttosto deficitaria: i temi dell'alcol e del gioco d'azzardo (in generale, non riferiti necessariamente all'età anziana) sono stati poco affrontati nel corso di laurea triennale (36% alcol, 23% gioco d'azzardo) o magistrale. La tipologia prevalente di occasione formativa fruita è rappresentata da eventi di formazione continua (corsi, seminari, convegni), presumibilmente organizzati anche dal comparto sanitario - con riconoscimento di crediti formativi ECM ma non di crediti formativi FCOAS - e dal terzo settore (es. Caritas, reti locali no slot): ne hanno usufruito il 52% degli AS per l'alcol, il 62% per il gioco d'azzardo. Importante la quota di AS senza alcuna formazione (25% per alcol, 24% per gioco), che comprende anche alcuni professionisti che lavorano in servizi DIP.
- ✓ Tornando in specifico all'età anziana, i partecipanti alla ricerca ritengono di essere poco preparati ad affrontare i problemi indagati: il punteggio medio di autovalutazione della propria preparazione, espresso in decimi, è pari a 4,5 per il bere tardivo e a 4,3 per il gioco d'azzardo in età anziana. I punteggi sono maggiori per chi lavora nei servizi DIP (5,9 alcol, 5,6 gioco) rispetto a chi lavora nei servizi ANZ (4,6 alcol, 4,5 gioco), ma non nella misura significativa che ci si potrebbe immaginare; ancora più bassi, ovviamente, i punteggi per chi lavora in servizi di altro tipo (3,7 alcol, 3,6 gioco).
- ✓ Il 20% dei partecipanti alla ricerca, pari a 425 professionisti, ha risposto affermativamente alla richiesta di indicazioni di dettaglio su aspetti/argomenti ritenuti utili per iniziative di formazione specifica. Alcuni AS esprimono l'esigenza di una formazione di base (sull'età anziana per chi lavora in servizi DIP, sull'alcol e sul gioco d'azzardo per chi lavora altrove), preliminare all'approfondimento dei temi del bere tardivo e del gioco d'azzardo in età anziana. Molti AS (specie quelli dei servizi ANZ) sottolineano la necessità di approfondire sia aspetti teorici, sia soprattutto aspetti operativi (anche tramite esempi di possibili interventi, testimonianze di buone prassi e di esperienze di lavoro di rete e di comunità). Gli aspetti/argomenti segnalati spaziano dalle specificità dei problemi delle dipendenze in età anziana (considerando aspetti sociali, psicologici e relazionali, sanitari, giuridici), alle modalità di intervento efficace (individuazione tempestiva, aggancio, segnalazione e invio, presa in carico, motivazione al cambiamento, coinvolgimento dei familiari); dalle caratteristiche e possibilità di intervento dei servizi specialistici e dei gruppi di auto mutuo aiuto, alle modalità di collaborazione e integrazione fra servizi, fra figure (sociali e sanitarie) e con i gruppi di auto mutuo aiuto.

Suggerimenti e commenti/osservazioni sulla ricerca:

- ✓ Le indicazioni sulle azioni post-ricerca sono molto chiare: dei 2.080 rispondenti totali, il 65% ritiene utile organizzare focus group misti con AS dei servizi DIP e AS dei servizi ANZ, il 61% attivare tavoli per individuare linee guida e prassi operative, il 35% realizzare incontri su base provinciale per la restituzione/presentazione dei dati di ricerca.
- ✓ Qualcuno suggerisce l'opportunità di una progressione: prima focus group fra AS dello stesso tipo di servizi (AS servizi DIP, AS servizi ANZ), poi focus group fra AS di differenti tipi di servizi, infine focus group fra AS e altre figure professionali. 631 AS hanno indicato che - successivamente all'elaborazione dei dati raccolti con il questionario - il lavoro di riflessione potrebbe utilmente proseguire tramite focus group con AS e altre figure professionali: fra queste prevalgono medici (di base e specialisti), psicologi ed educatori professionali.
- ✓ Il 20% dei partecipanti alla ricerca, pari a 421 professionisti, ha fornito nell'ultima domanda del questionario commenti/osservazioni su questo lavoro di ricerca. Numerosi AS hanno definito la ricerca molto interessante, utile e significativa. Sono stati espressi: apprezzamento per un'iniziativa che ha affrontato un tema specifico ma ritenuto in crescita, anche in prospettiva - per il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento di anziani che vivono soli al proprio domicilio -, con costi crescenti sia in termini individuali che collettivi; ringraziamenti per lo stimolo a riflettere e approfondire (sul tema in generale e sulla realtà nel proprio servizio e nel proprio territorio); aspettative e auspici circa la restituzione e diffusione di dati ed esiti della ricerca in modo ampio, dall'opinione pubblica fino alle istituzioni. Molti AS si attendono successive iniziative concrete, quali eventi di formazione continua, ulteriori studi (es. ricerche condotte su campioni di popolazione anziana con queste problematiche), sperimentazioni condivise fra servizi sociali di base e servizi sanitari specialistici: emerge chiaramente la proposta/riciesta di ulteriore approfondimento, di confronto fra servizi e fra professionisti, di formazione.
- ✓ I temi oggetto della ricerca sono considerati rilevanti, attuali, sottovalutati o addirittura ignorati. Molte voci sottolineano la necessità di iniziare ad affrontarli, da vari punti di vista (culturale, legislativo, operativo), quindi non solo nell'ambito del proprio servizio, ma anche fra servizi diversi, nel territorio e da parte delle istituzioni. Il bere tardivo e il gioco d'azzardo negli anziani sono considerati temi poco conosciuti e poco narrati nella professione, poco trattati nella formazione universitaria e poco dibattuti nei servizi, ma incontrati (anche se non sempre riconosciuti) nel lavoro con l'utenza: sono quindi definiti come temi pertinenti e meritevoli di attenzione da parte della comunità professionale, anche per riflettere sul contributo che potremmo apportare come assistenti sociali.

Un'ultima osservazione rispetto agli obiettivi della ricerca:

- ✓ Infine, si richiamano gli obiettivi espressi a suo tempo (giugno 2019) nel disegno di ricerca: sensibilizzare la comunità professionale ai temi indagati; comprendere in che misura e con quali caratteristiche i temi del bere e/o del gioco in tarda età sono percepiti dagli AS, sia in rapporto alla popolazione anziana in generale che in rapporto all'utenza in carico; rilevare l'opinione degli AS sui fattori di rischio nel divenire bevitore e/o giocatore problematico in età anziana; rilevare le caratteristiche e le criticità, sia delle strategie di intervento poste in atto dai servizi non specialistici, sia dei percorsi di aiuto proposti dai servizi specialistici ai bevitori tardivi e/o giocatori anziani; rilevare l'opinione degli AS sulle difficoltà di operatori e servizi riguardo ai temi indagati; raccogliere esigenze e proposte riguardo a iniziative di formazione specifica e al prosieguo della ricerca. Anche grazie all'elevato numero di questionari raccolti e all'ampiezza e ricchezza delle risposte fornite alle domande aperte, il gruppo di ricerca ritiene con soddisfazione di avere raggiunto tali obiettivi.

ALLEGATO:
SCHEDE PER PROVINCIA

TOTALE LOMBARDIA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

AS iscritti ad Albo lombardo	5.082
AS rispondenti a ricerca	2.080 (39% degli iscritti ad Albo lombardo)
AS con esperienza (attuale o pregressa): <ul style="list-style-type: none">- in servizi per/con anziani- in servizi per le dipendenze- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	1.723 747 658
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con: <ul style="list-style-type: none">- bevitori tardivi- giocatori anziani	1.081 1.155
AS attualmente impegnati in: <ul style="list-style-type: none">- servizi per/con anziani- servizi per le dipendenze- altri servizi- altra situazione (es. formazione)	1.095 139 (di cui 95 per alcol, 87 per gioco d'azzardo) 562 (di cui 277 in servizi per minori e famiglie) 28

➤ Il dato sul totale degli AS iscritti all'Albo lombardo deriva dalla banca dati sui risultati della formazione continua triennio 2017-2019; è stata utilizzata questa fonte poiché riporta i dati degli iscritti per provincia di residenza/domicilio.

La percentuale dei rispondenti alla ricerca sul totale degli AS iscritti all'Albo lombardo è stata calcolata sugli iscritti al 30/11/2019, cioè la data di conclusione della somministrazione on line del questionario.

➤ I professionisti rispondenti alla ricerca che lavorano in servizi per/con persone anziane sono 1.095. Si tratta di AS impegnati in realtà molto differenti: 65% in servizi sociali di base, 17% in servizi sanitari (ospedale, cure intermedie/riabilitazione, consultorio, cure palliative, hospice, ecc.), 7% in servizi residenziali per anziani (RSA, residenzialità leggera, centro residenziale di psicogeriatrica, ecc.), 11% in altri servizi (CDI, RSA aperta, servizi domiciliari e di prossimità, servizi per persone senza fissa dimora, ecc.). I servizi per/con persone anziane si occupano prevalentemente di tutta la popolazione (59%); altri servizi che si occupano di persone anziane possono farlo in forma esclusiva oppure insieme ad altre fasce di popolazione (es. persone con disabilità).

- I professionisti rispondenti alla ricerca che lavorano in un servizio per le dipendenze sono 139. I loro servizi si occupano prevalentemente di sostanze stupefacenti (87%); il 68% si occupa di alcol e il 63% di gioco d'azzardo. Alcuni servizi si occupano anche di altre sostanze (tabacco, farmaci) e/o di altre dipendenze comportamentali (sesso, shopping, internet).

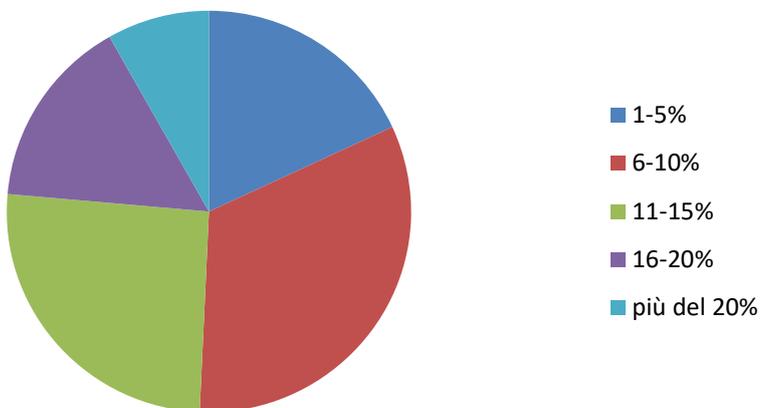
Il dato dei 139 rispondenti impegnati in servizi per le dipendenze può sembrare numericamente contenuto, ma è invece molto significativo se confrontato con i dati degli AS impegnati nei servizi pubblici per le dipendenze, riportati nelle relazioni di carattere nazionale.

Gli AS operanti nei SERT/SERD per la cura delle dipendenze connesse alle sostanze illegali (quindi con alcol come sostanza secondaria) sono 922 a livello nazionale, di cui 170 in Lombardia. Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2019 - dati 2018*, Roma 2019, p. 129.

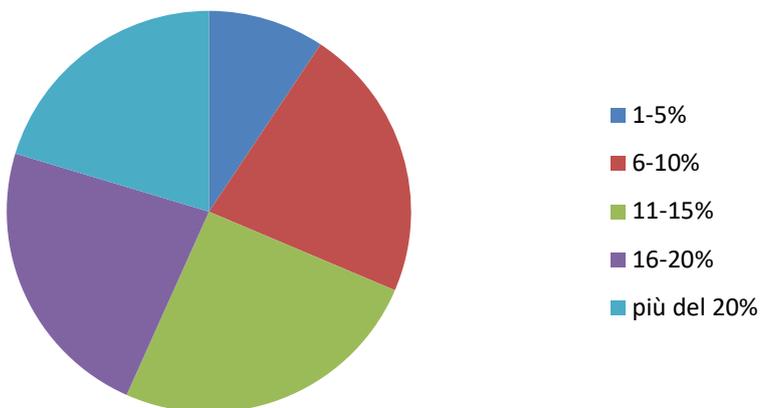
Dallo stesso documento si evince che nel contesto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato definito il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), in base a quanto stabilito dal DM 11/6/2010 e con riferimento a necessità e obblighi informativi sia nazionali, sia verso l'Osservatorio Europeo. Il DM prende in esame gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone che fanno uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, esclusi alcol o tabacco come uso primario o comportamenti quali il gioco d'azzardo, che saranno oggetto di monitoraggio nel prossimo futuro. Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2019 - dati 2018*, Roma 2019, p. 150.

Nel 2019 - anno di riferimento della ricerca - gli AS addetti alle attività di cura relative all'alcoldipendenza sono in Lombardia 103, di cui 20 addetti esclusivamente e 83 addetti parzialmente alla dipendenza da alcol. Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Anno 2020, Roma 2021, allegato, p. 3.

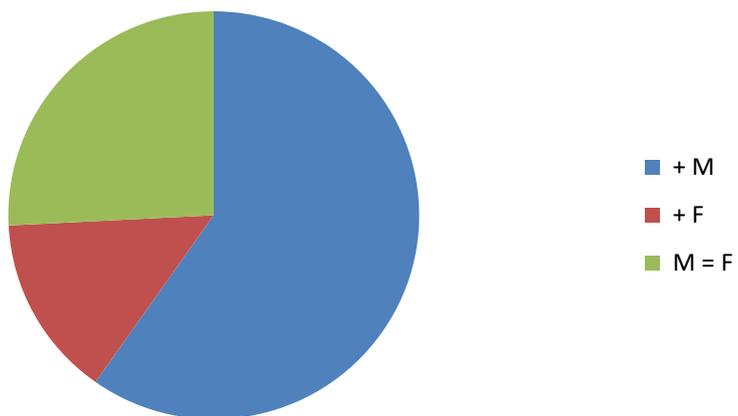
Stima % bevitori tardivi nella popolazione anziana lombarda (totale 2.080 AS)



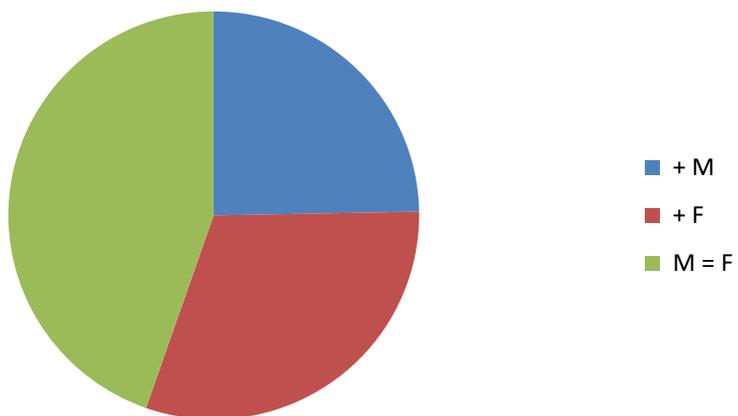
Stima % giocatori d'azzardo nella popolazione anziana lombarda (totale 2.080 AS)



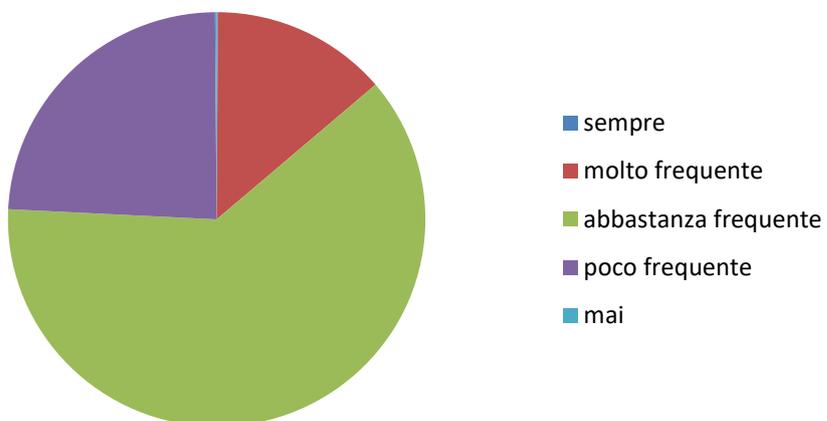
Stima sul genere dei bevitori tardivi nella popolazione anziana lombarda (totale 2.080 AS)



Stima sul genere dei giocatori anziani nella popolazione anziana lombarda (totale 2.080 AS)



Coesistenza in popolazione anziana di bere tardivo e gioco d'azzardo (totale 2.080 AS)





POPOLAZIONE RESIDENTE

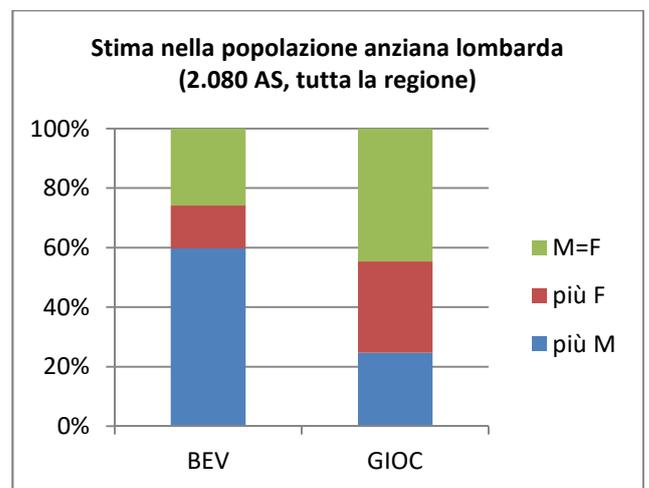
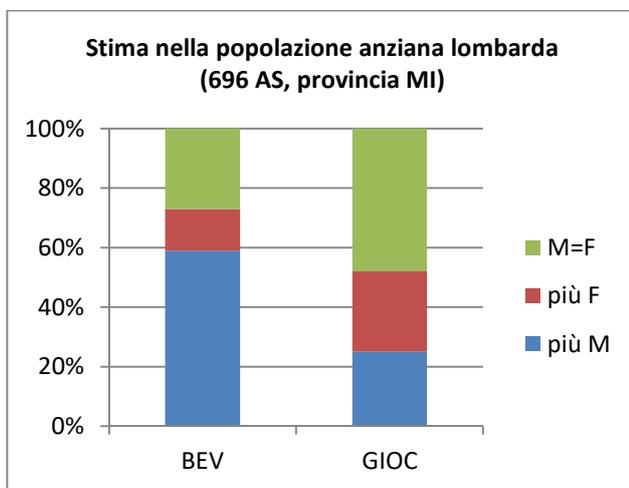
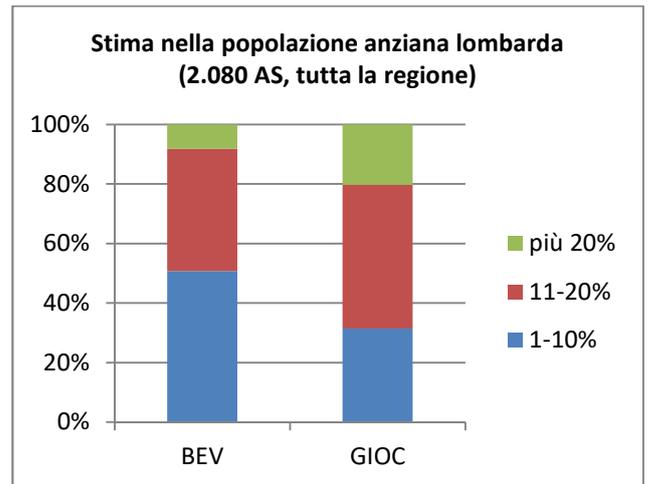
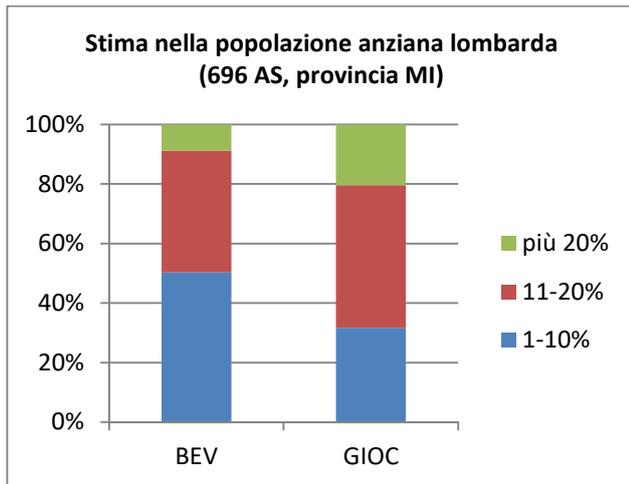
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	1.585.425	1.679.902	3.265.327
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	159.512	188.665	348.177
- 75-84 anni	117.096	160.526	277.622
- 85 anni e più	38.535	81.206	119.741
- totale	315.143	430.397	745.540

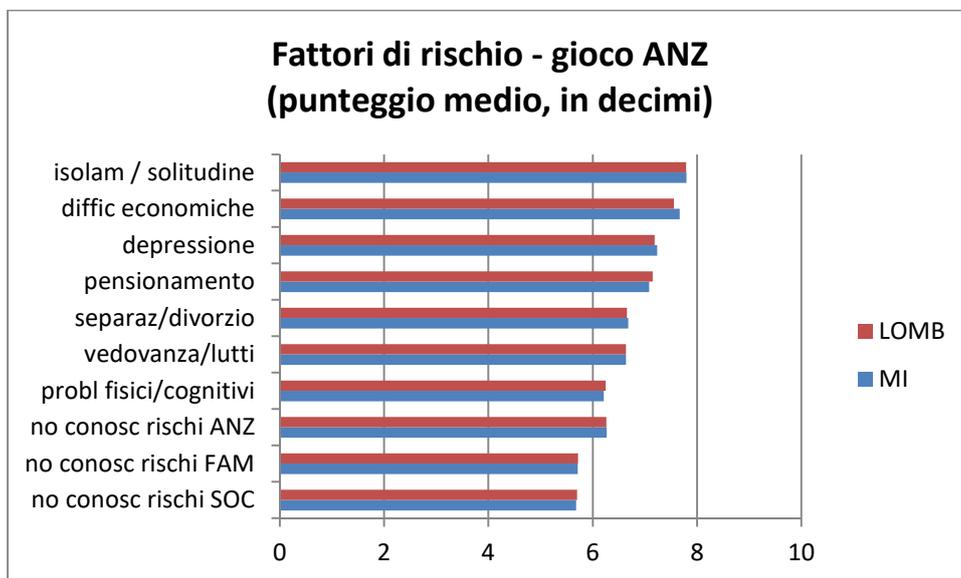
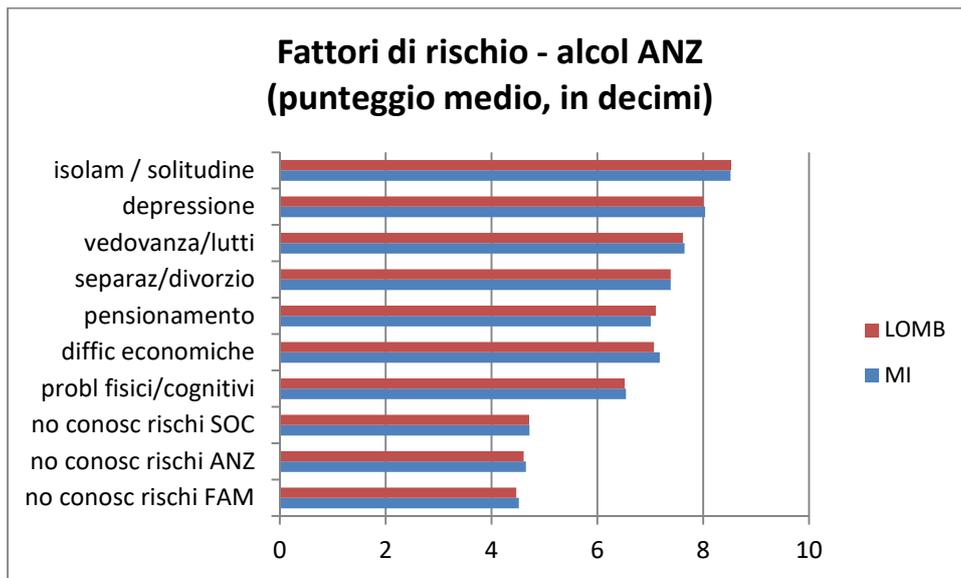
Incidenza di anziani soli (2011)	30% provincia di Milano, 34% Milano città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

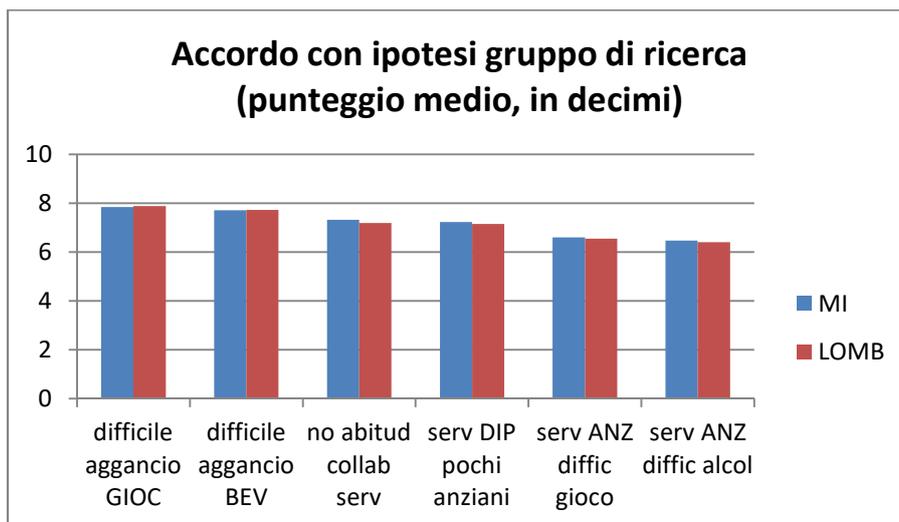
AS iscritti ad Albo lombardo	1.592 (31% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	696 (34% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	560
- in servizi per le dipendenze	223
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	192
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	346
- giocatori anziani	369
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	340
- servizi per le dipendenze	45 (di cui 25 per alcol, 22 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	206
- altra situazione (es. formazione)	13

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

<p>Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>NOA Milano via Baroni NOA Milano via Perini NOA Milano via Settembrini SerD Milano via Boifava (per DGA) SerD Milano via Canzio (per DGA) NOA Abbiategrasso (per alcol e DGA) NOA Bollate (per alcol e DGA) SerD Cinisello Balsamo SerT Corsico SerT Gorgonzola Servizio alcologia Gorgonzola (per alcol e DGA) NOA Legnano (per alcol e DGA) SerT Magenta SerT Parabiago SerT Rho SerT Rozzano Servizio alcologia S. Giuliano Milanese (per alcol e DGA) NOA Sesto S. Giovanni SerD Sesto S. Giovanni SerT Trezzo sull'Adda SerT Vizzolo Predabissi</p>
<p>Servizi territoriali accreditati (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)</p>	<p>SMI Milano - Associazione CAD (Centro Accoglienza Dipendenze e disagio sociale) SMI Milano - Fondazione Eris</p>
<p>Sportelli ospedalieri per gioco d'azzardo (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)</p>	<p>Milano - Grande Ospedale Metropolitano Niguarda</p>
<p>Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>AA Milano AA Arese AA Buccinasco AA Cassano d'Adda AA Castano Primo AA Cernusco sul Naviglio AA Gorgonzola AA Legnano AA Magenta AA Melzo AA Novate Milanese AA Rho AA S. Donato Milanese AA Sesto S. Giovanni</p> <p>ACAT Milano ACAT Legnano ACAT Magenta</p> <p>GA Milano GA Bernareggio GA Cologno Monzese GA Cormano GA Legnano GA Vizzolo Predabissi</p> <p>Gam-anon Milano Gam-anon Cologno Monzese Gam-anon Cormano</p>



POPOLAZIONE RESIDENTE

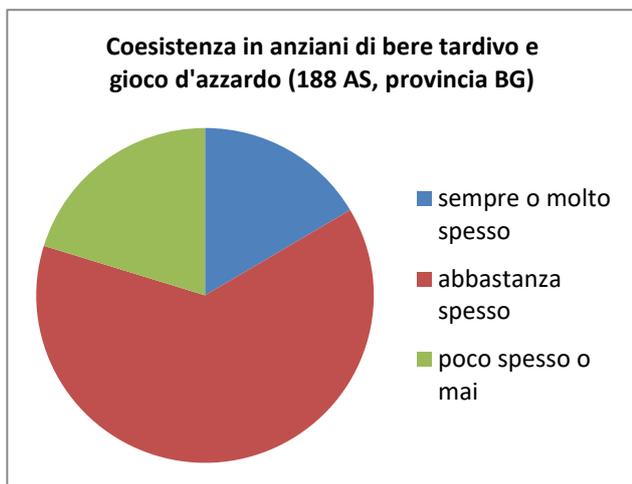
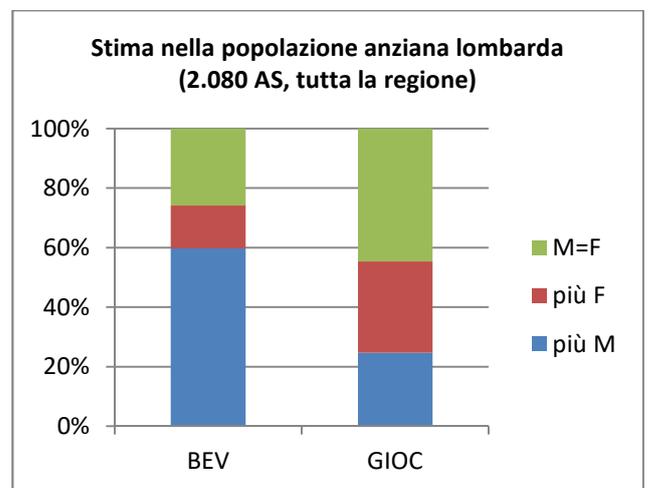
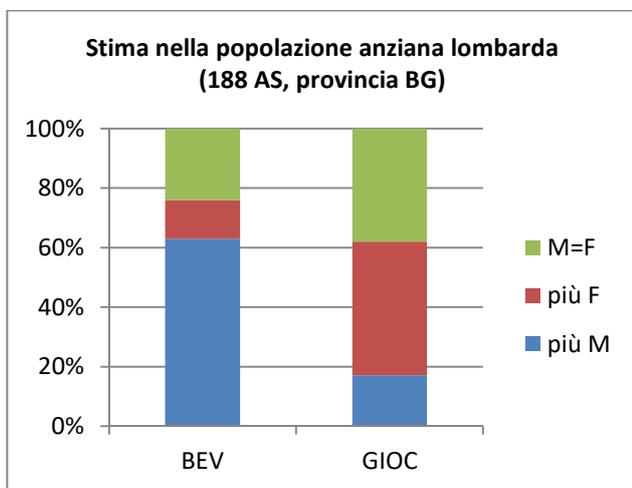
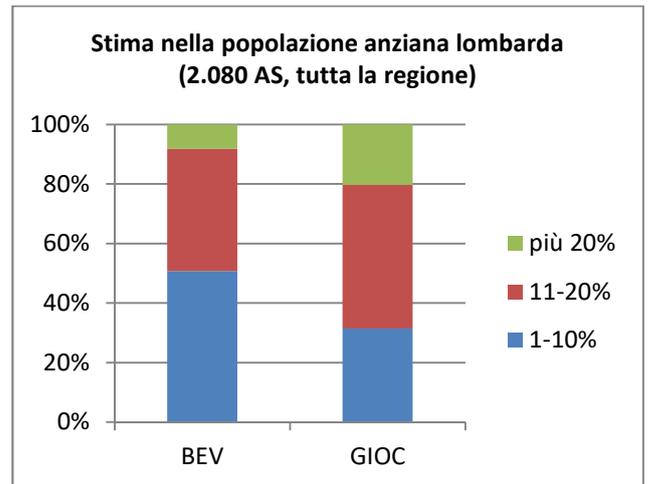
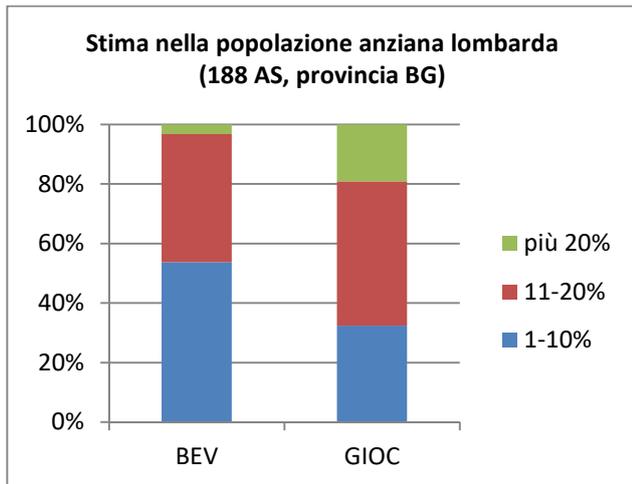
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	549.853	558.273	1.108.126
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	58.557	62.004	120.561
- 75-84 anni	36.319	46.689	83.008
- 85 anni e più	10.580	23.252	33.832
- totale	105.456	131.945	237.401

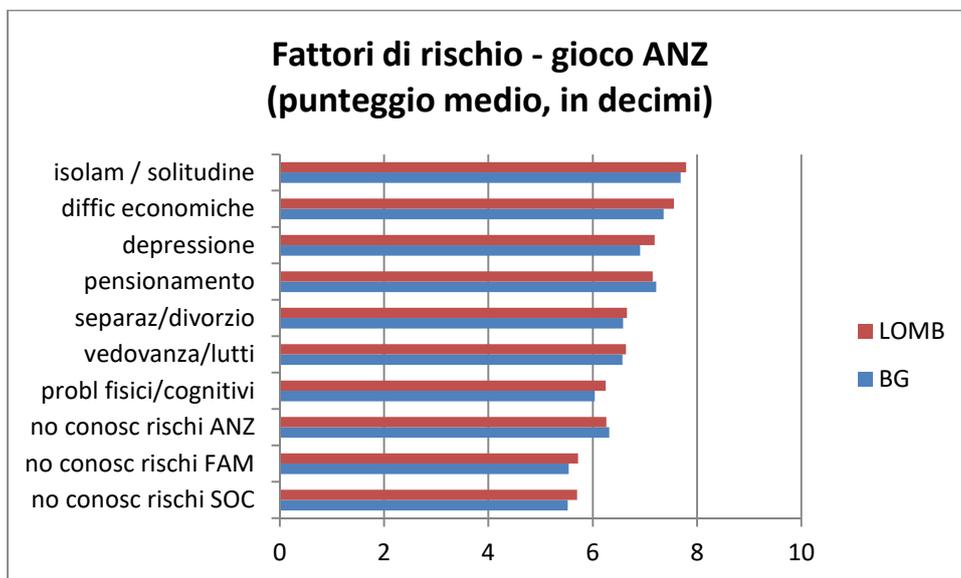
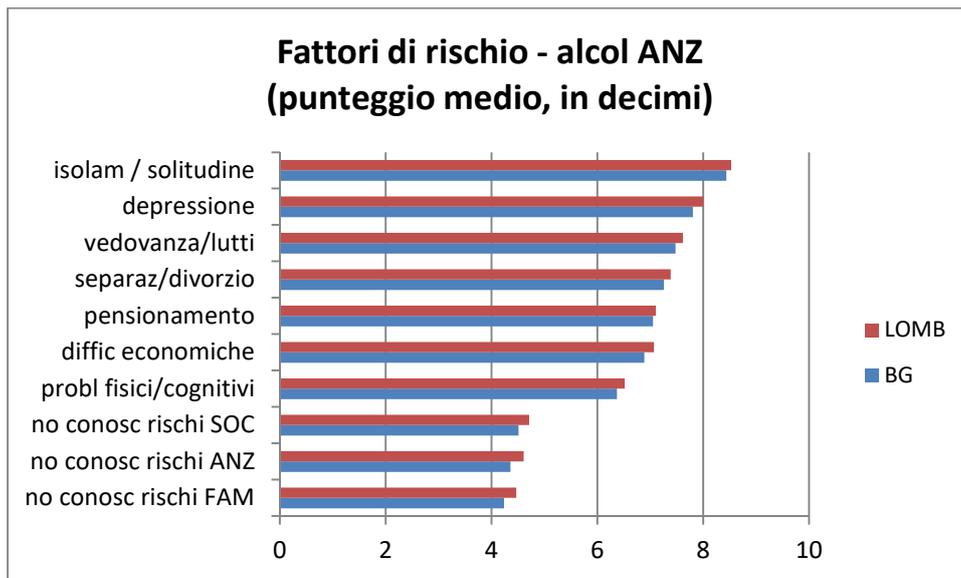
Incidenza di anziani soli (2011)	27% provincia di Bergamo, 30% Bergamo città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

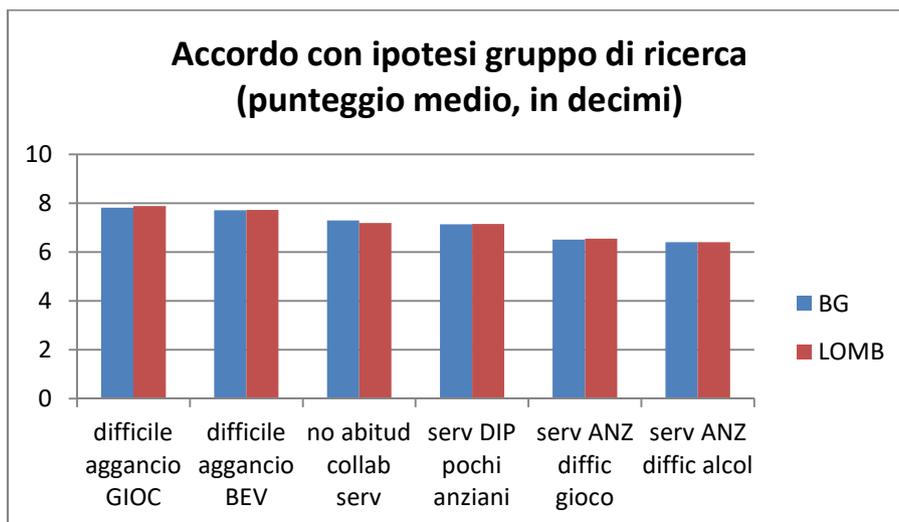
AS iscritti ad Albo lombardo	468 (9% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	188 (9% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	170
- in servizi per le dipendenze	78
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	76
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	84
- giocatori anziani	112
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	109
- servizi per le dipendenze	13 (di cui 12 per alcol, 12 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	48
- altra situazione (es. formazione)	2

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

<p>Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>SerD Bergamo SerD Gazzaniga SerD Lovere SerD Martinengo SerD Ponte S. Pietro SerD Treviglio Ambulatorio Zogno (per alcol e DGA)</p>
<p>Servizi territoriali accreditati (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)</p>	<p>SMI Albano S. Alessandro - Cooperativa sociale Il piccolo principe SMI Treviglio - Associazione AGA (Associazione Genitori Antidroga)</p>
<p>Sportelli ospedalieri per gioco d'azzardo (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)</p>	<p>Alzano Lombardo - Ospedale Pesenti Fenaroli Bergamo - Ospedale Papa Giovanni XXIII Lovere - Ospedale SS. Capitanio e Gerosa Seriato - Ospedale Bolognini</p>
<p>Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>AA Bergamo AA Albino AA Seriate AA Treviglio AA Villongo</p> <p>ACAT Bergamo ACAT Albino ACAT Castione della Presolana ACAT Costa Volpino ACAT Chiuduno ACAT Curno ACAT Dalmine ACAT Osio Sotto ACAT Terno d'Isola ACAT Villa d'Almé</p> <p>GA Bergamo GA Dalmine GA Grassobbio GA Lurano GA Zogno</p> <p>Gam-anon Dalmine Gam-anon Grassobbio Gam-anon Torre Boldone</p>



POPOLAZIONE RESIDENTE

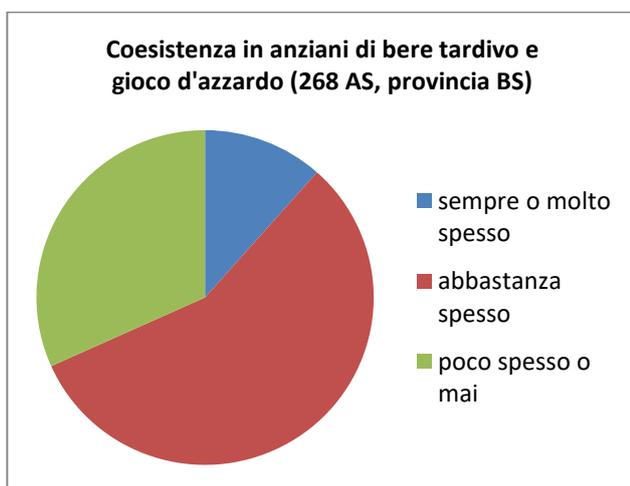
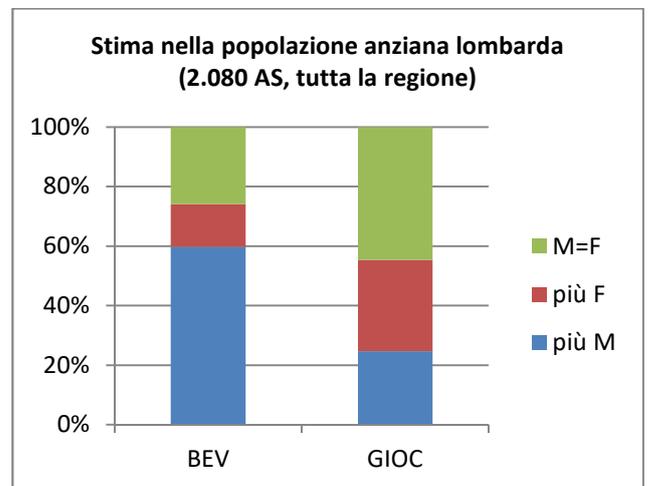
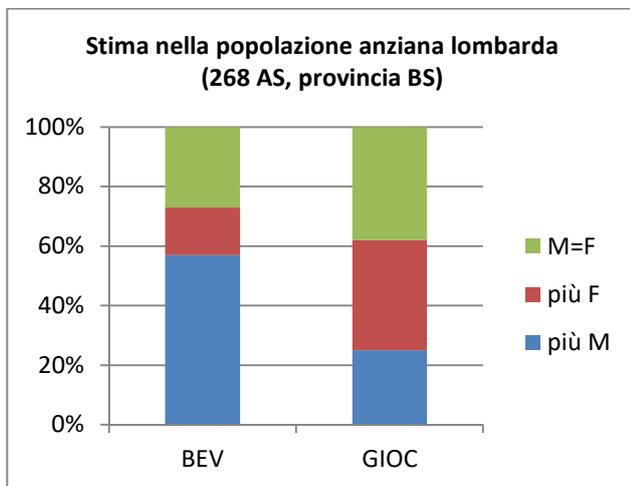
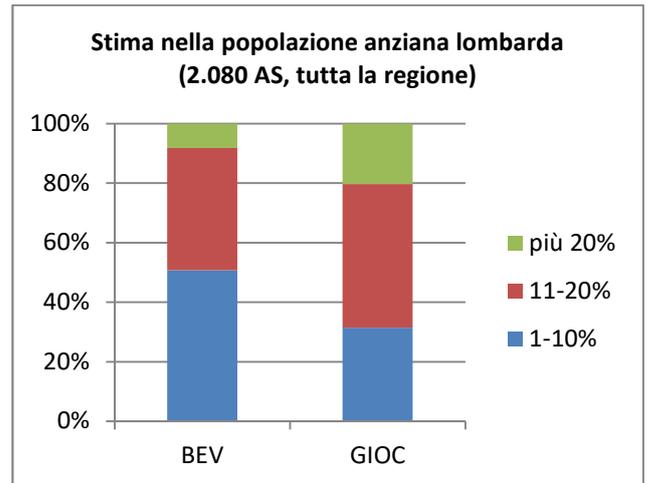
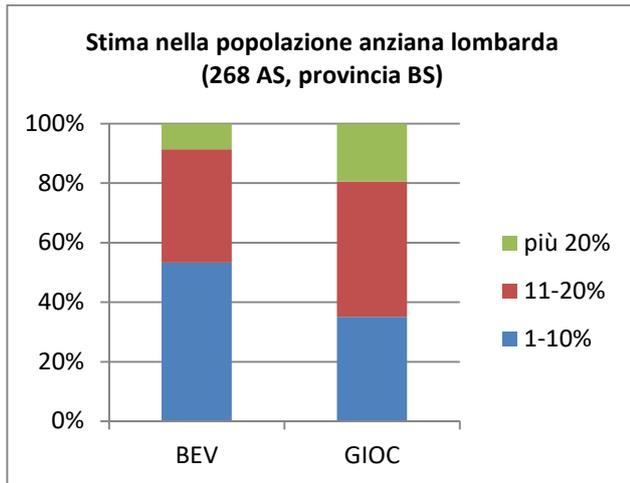
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	619.811	635.626	1.255.437
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	65.212	70.404	135.616
- 75-84 anni	42.793	55.164	97.957
- 85 anni e più	12.323	28.881	41.204
- totale	120.328	154.449	274.777

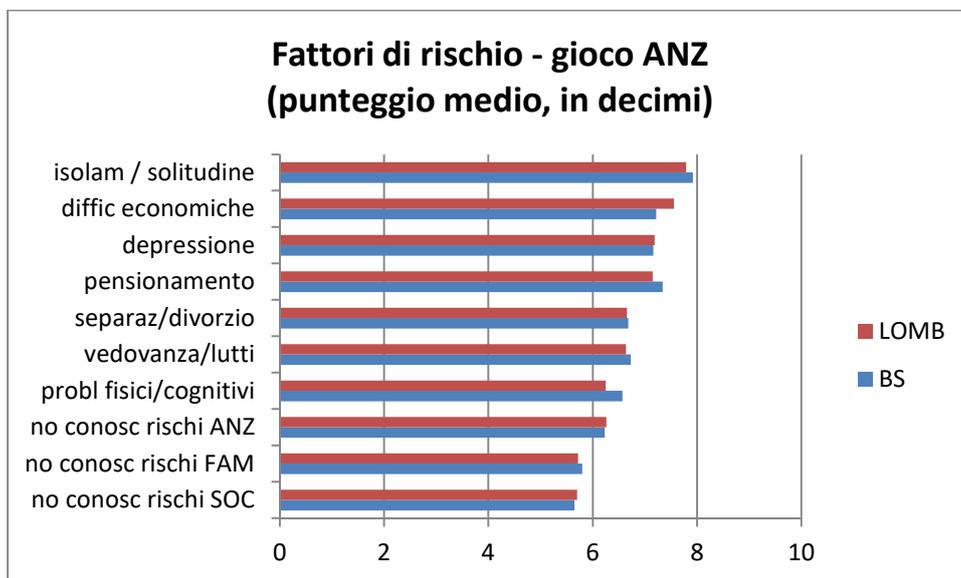
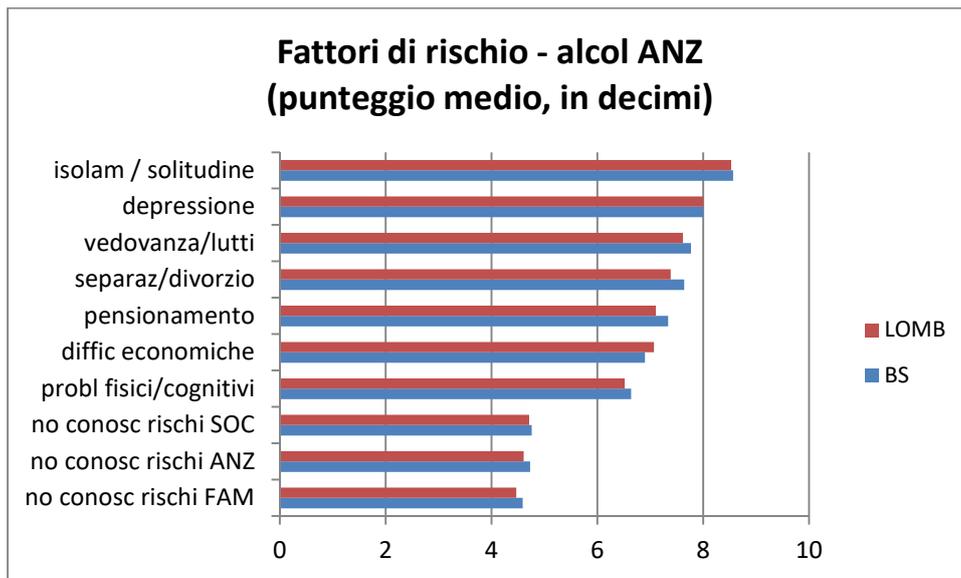
Incidenza di anziani soli (2011)	27% provincia di Brescia, 30% Brescia città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

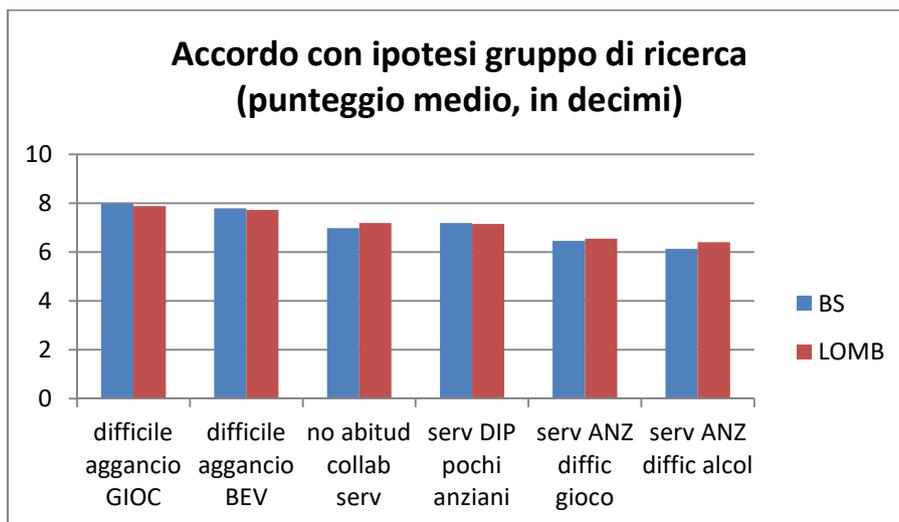
AS iscritti ad Albo lombardo	674 (13% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	268 (13% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	221
- in servizi per le dipendenze	92
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	78
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	141
- giocatori anziani	138
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	142
- servizi per le dipendenze	25 (di cui 17 per alcol, 16 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	65
- altra situazione (es. formazione)	3

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

<p>Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>NOA Brescia SerD Brescia (per DGA) Ambulatorio GAP Brescia Ambulatorio alcologia Cedegolo SerD Darfo Boario Terme NOA Montichiari SerT Montichiari (per DGA) SerD Orzinuovi SerD Rovato NOA Salò SerT Salò (per DGA) NOA Sarezzo Ambulatorio GAP Sarezzo</p>
<p>Servizi territoriali accreditati (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)</p>	<p>SMI Bagnolo M. - Cooperativa sociale Il mago di Oz SMI Concesio - Consorzio cooperative Gli acrobati SMI Ospitaletto - Cooperativa sociale Il mago di Oz SMI Pisogne - Cooperativa sociale Il mago di Oz SMI Rezzato - Cooperativa sociale Il mago di Oz</p>
<p>Sportelli ospedalieri per gioco d'azzardo (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)</p>	<p>Brescia - Ospedale Civile Edolo - Ospedale Esine - Ospedale</p>
<p>Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>AA Brescia AA Borgosatollo AA Botticino AA Chiari AA Concesio AA Darfo Boario Terme AA Desenzano del Garda AA Gardone Val Trompia AA Malegno AA Malonno AA Manerbio AA Montichiari AA Ospitaletto AA Palazzolo sull'Oglio AA Pisogne AA Preseglie AA Rovato AA Salò AA Tavernole sul Mella AA Vestone AA Vione</p> <p>ACAT Brescia ACAT Gambara ACAT Lonato del Garda ACAT Lumezzane ACAT Manerbio ACAT Provaglio Val Sabbia ACAT Roé Volciano ACAT Vobarno</p> <p>GA Brescia GA Darfo Boario Terme</p> <p>Gam-anon Brescia</p>



POPOLAZIONE RESIDENTE

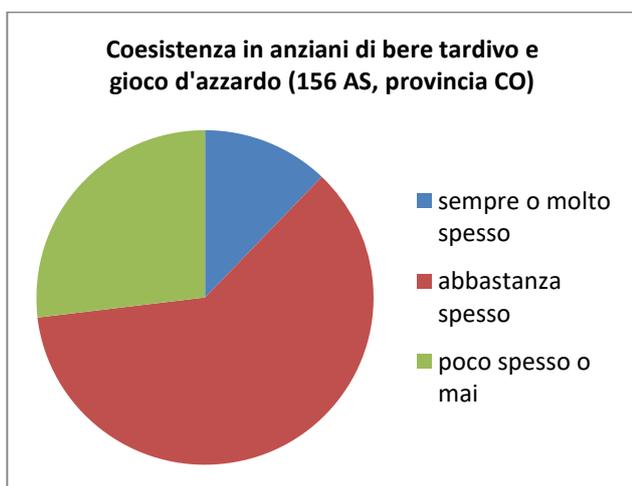
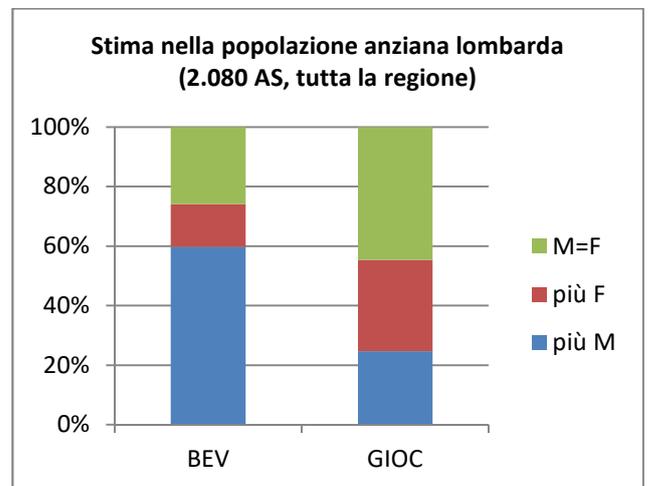
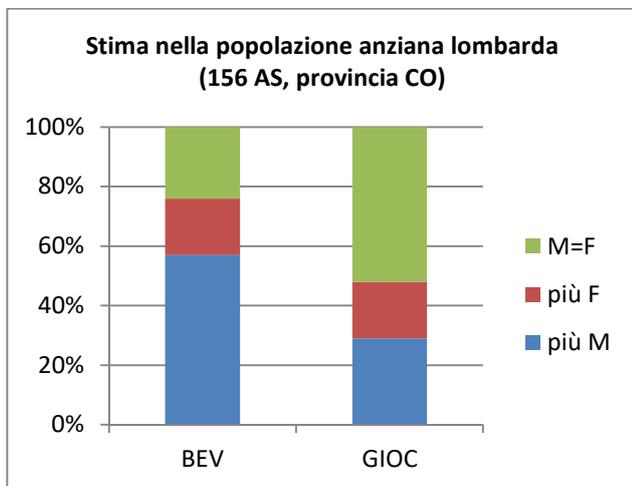
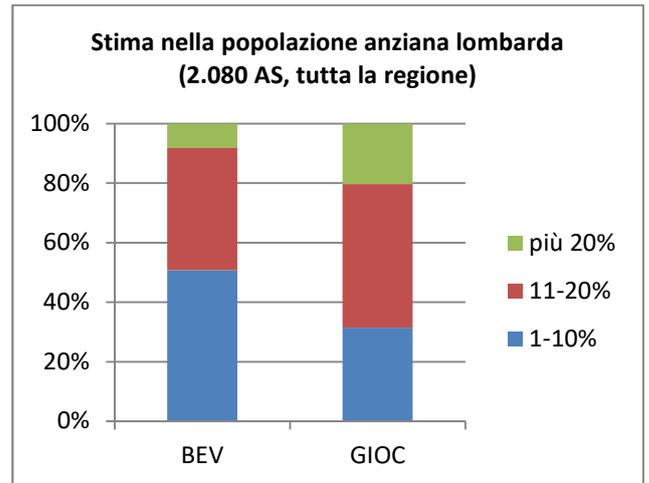
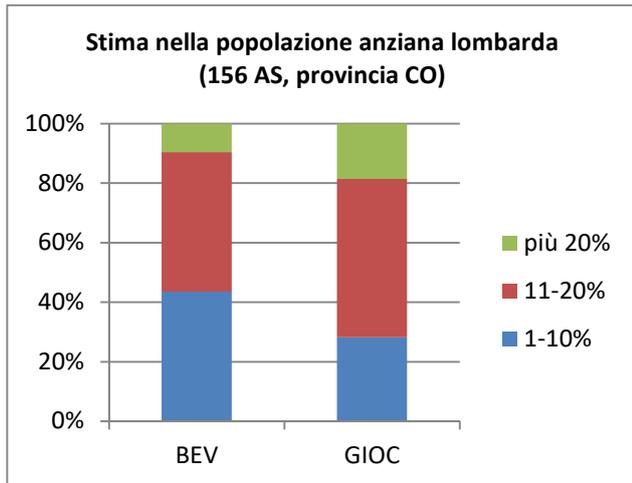
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	293.740	303.902	597.642
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	32.399	35.664	68.063
- 75-84 anni	21.238	27.418	48.656
- 85 anni e più	6.757	14.738	21.495
- totale	60.394	77.820	138.214

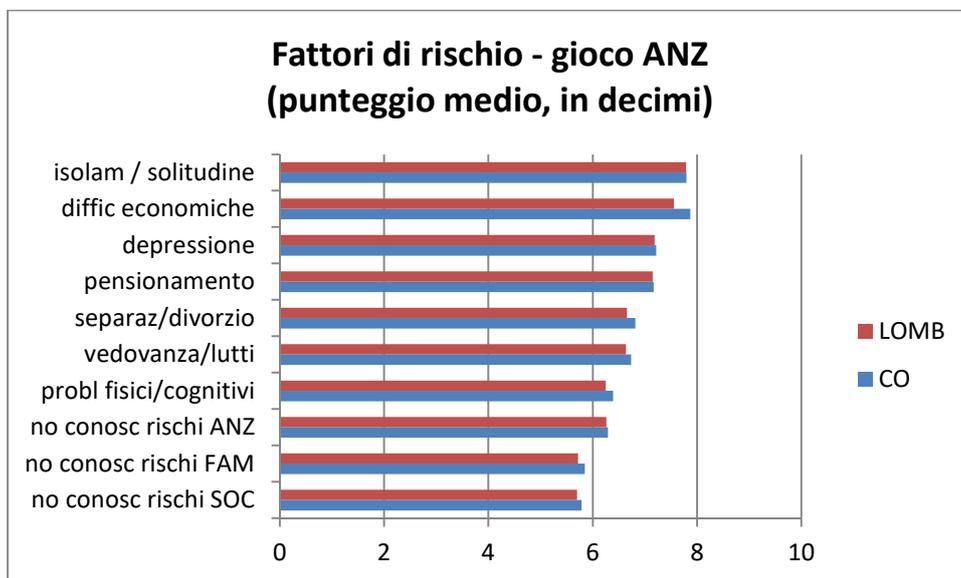
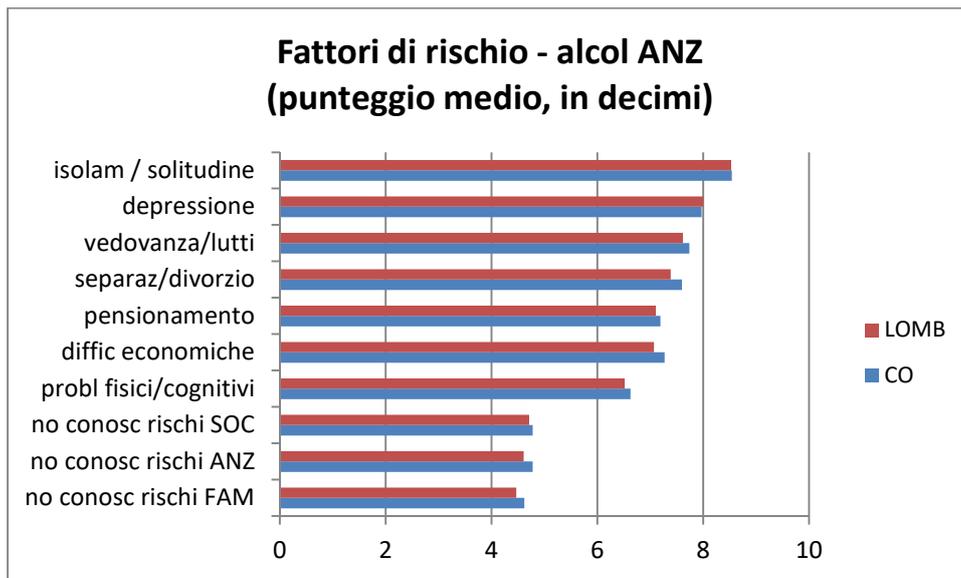
Incidenza di anziani soli (2011)	27% provincia di Como, 30% Como città
----------------------------------	---------------------------------------

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

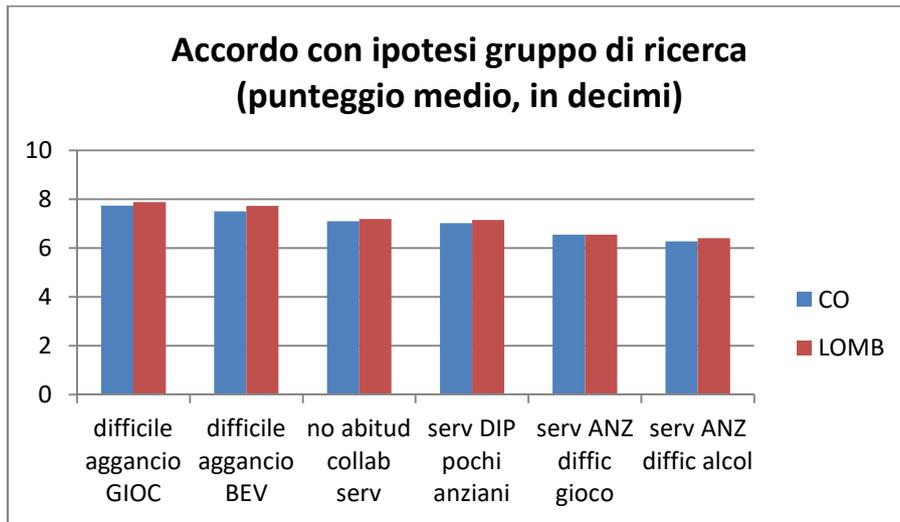
AS iscritti ad Albo lombardo	365 (7% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	156 (7% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	124
- in servizi per le dipendenze	59
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	52
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	85
- giocatori anziani	88
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	80
- servizi per le dipendenze	4 (di cui 2 per alcol, 1 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	51
- altra situazione (es. formazione)	2

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	SerT Como SerT Appiano Gentile SerT Mariano Comense SerT Menaggio
Sportelli ospedalieri per gioco d'azzardo (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)	Cantù - Ospedale Sant'Antonio Abate Menaggio - Ospedale Erba-Renaldi San Fermo della Battaglia - Ospedale Sant'Anna
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Como AA Cantù AA Erba AA Valmorea ACAT Como GA Como Gam-anon Como



POPOLAZIONE RESIDENTE

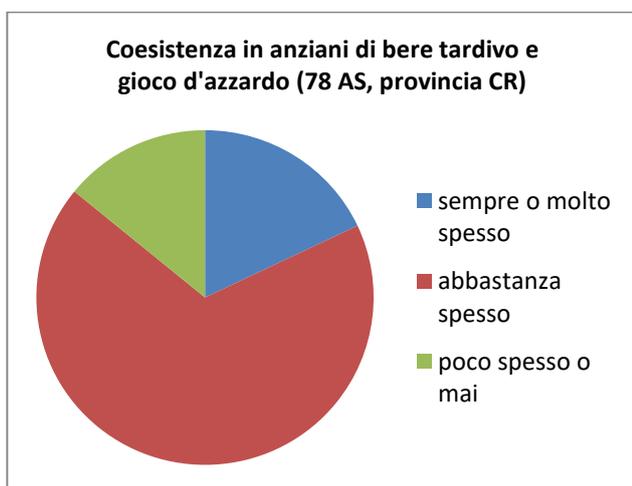
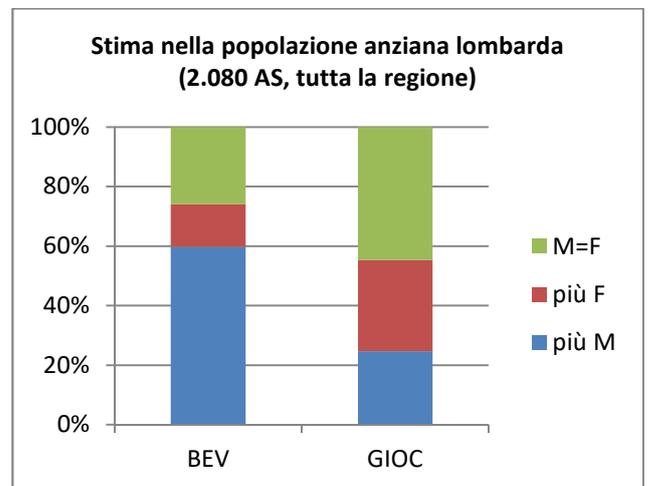
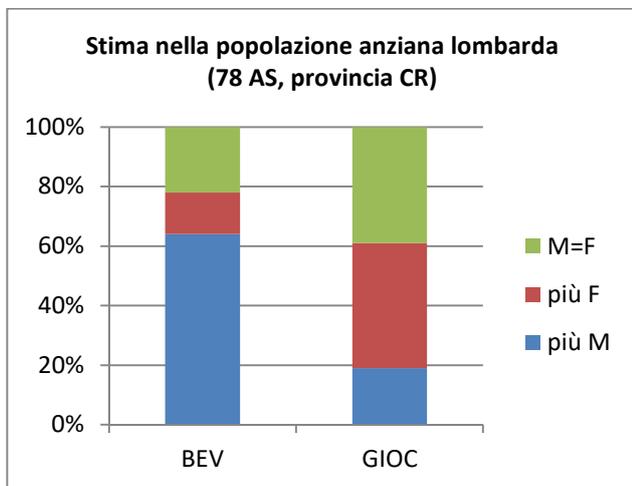
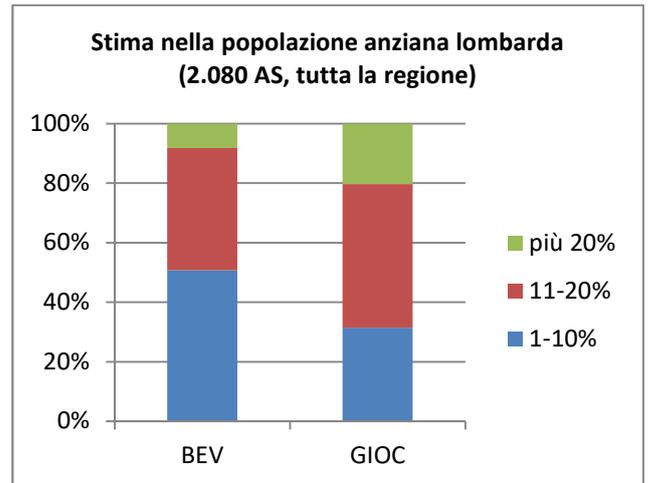
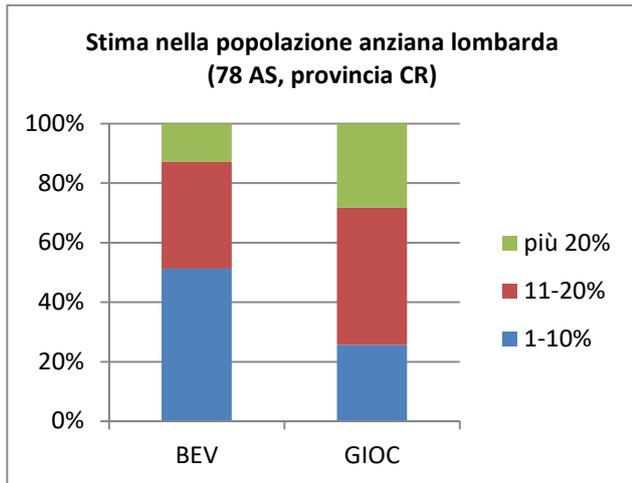
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	175.602	180.306	355.908
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	20.553	21.691	42.244
- 75-84 anni	13.444	17.631	31.075
- 85 anni e più	4.224	9.960	14.184
- totale	38.221	49.282	87.503

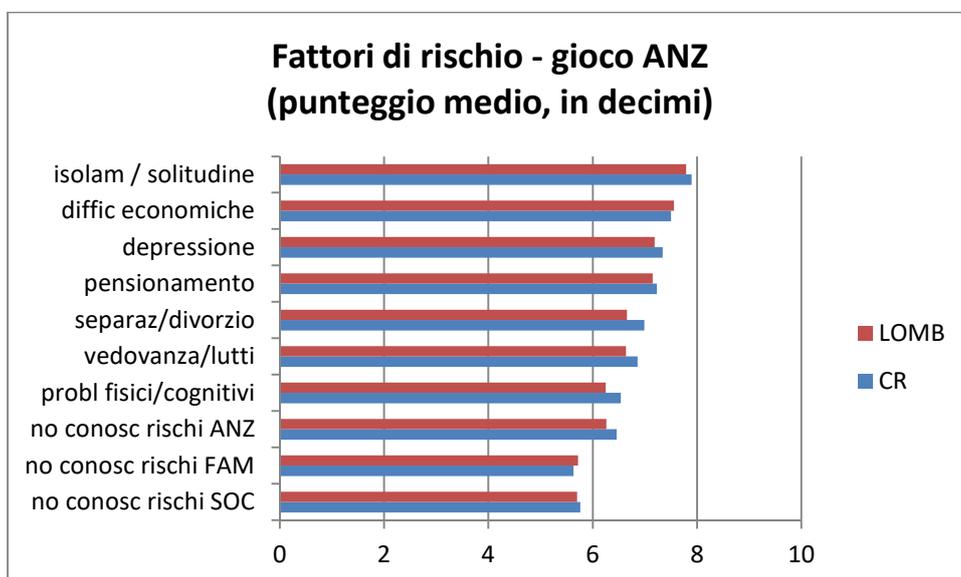
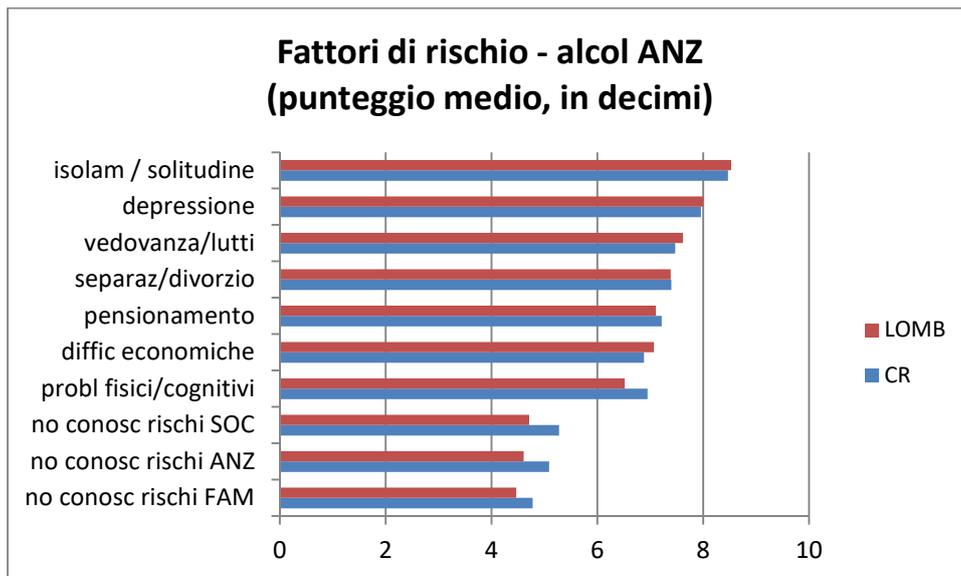
Incidenza di anziani soli (2011)	28% provincia di Cremona, 33% Cremona città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

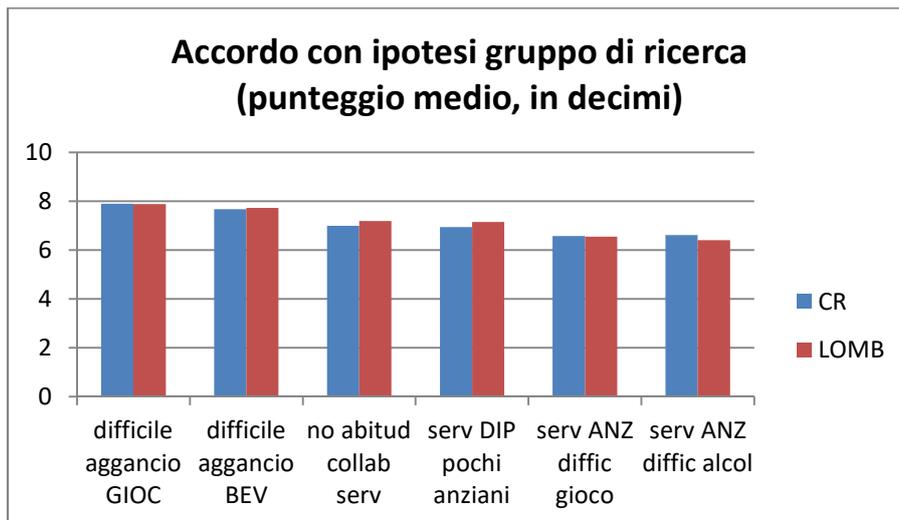
AS iscritti ad Albo lombardo	204 (4% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	78 (4% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	66
- in servizi per le dipendenze	26
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	25
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	49
- giocatori anziani	48
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	45
- servizi per le dipendenze	6 (di cui 4 per alcol, 3 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	10
- altra situazione (es. formazione)	1

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	SerT Cremona SerD Crema Servizio riabilitazione dipendenze Rivolta d'Adda
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	ACAT Cremona ACAT Soresina ACAT Sospiro

**POPOLAZIONE RESIDENTE**

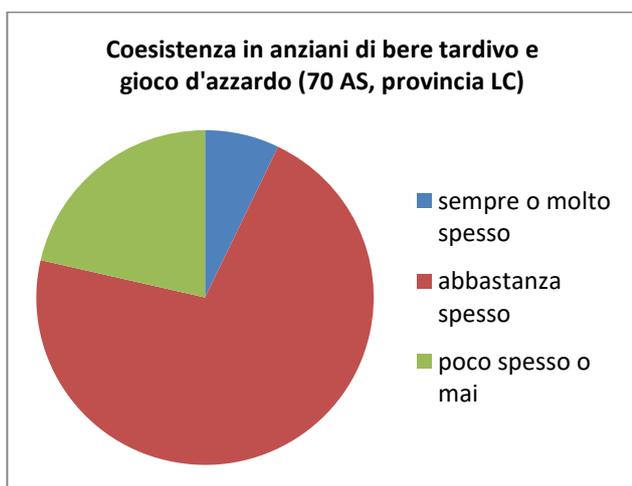
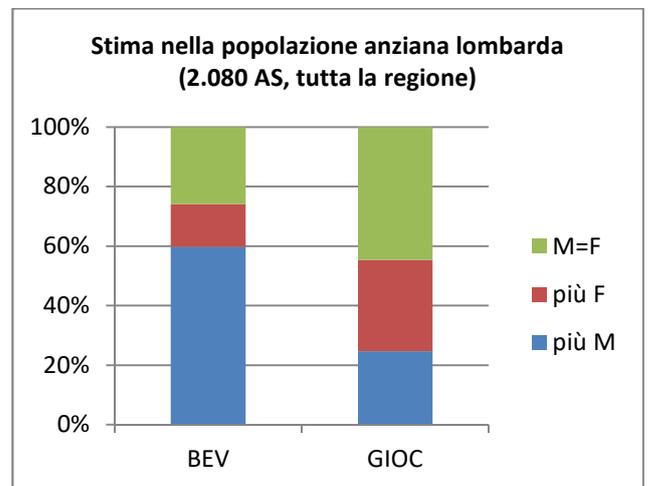
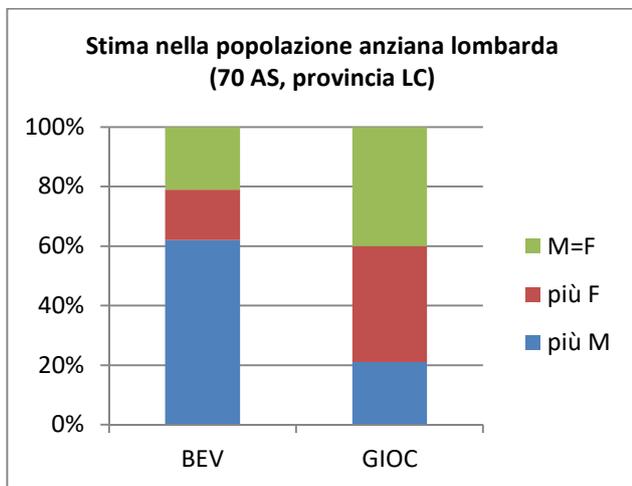
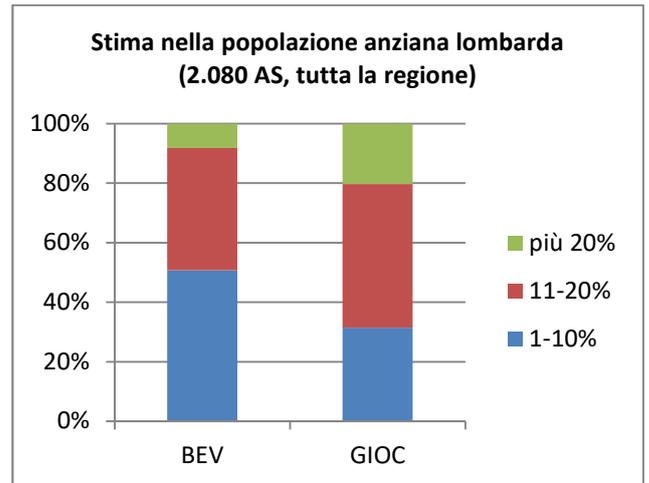
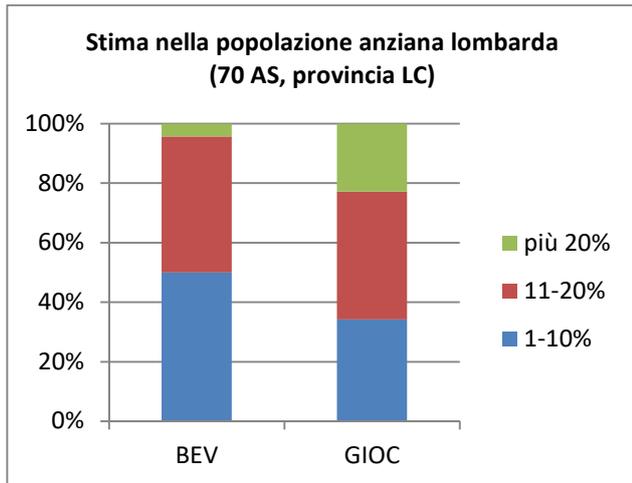
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	165.229	169.732	334.961
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	19.060	20.439	39.499
- 75-84 anni	12.583	15.949	28.532
- 85 anni e più	3.897	8.414	12.311
- totale	35.540	44.802	80.342

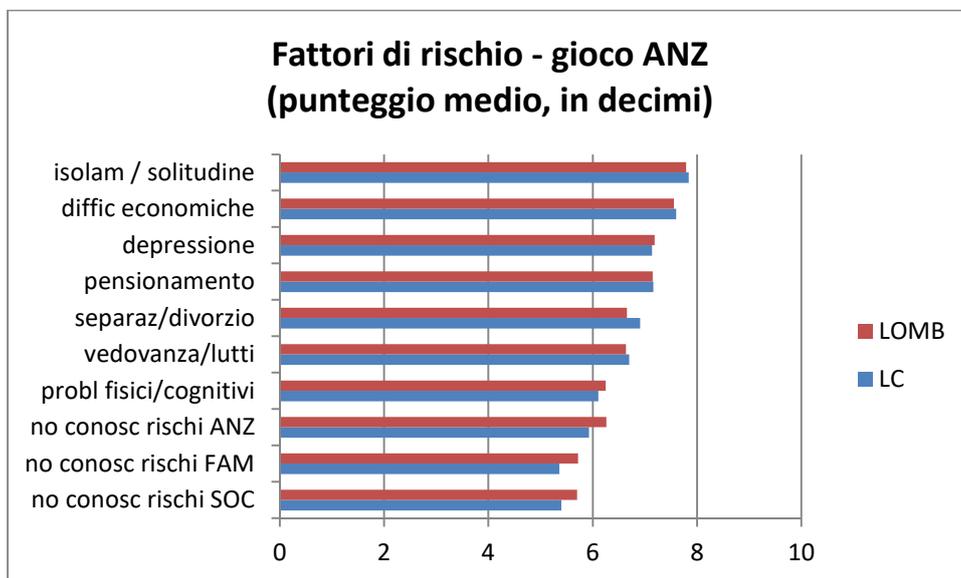
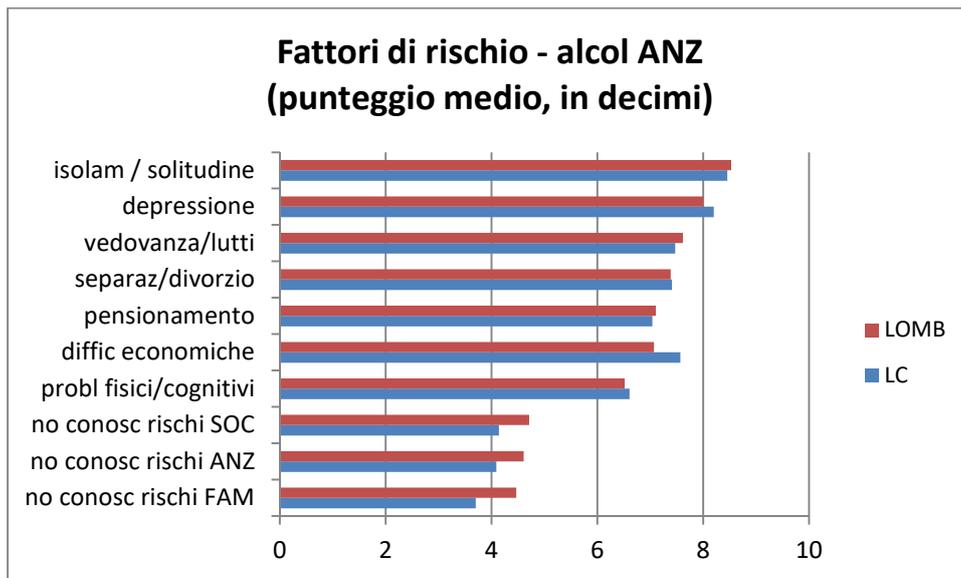
Incidenza di anziani soli (2011)	27% provincia di Lecco, 29% Lecco città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

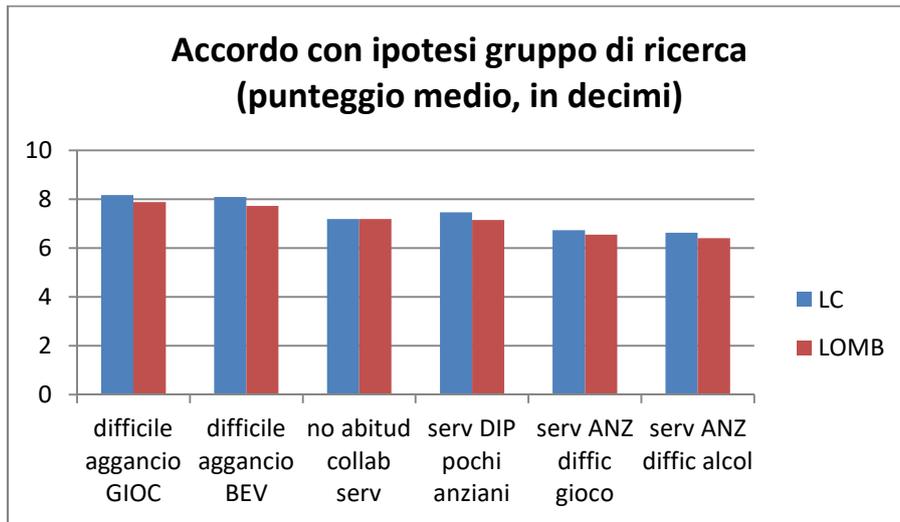
AS iscritti ad Albo lombardo	235 (5% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	70 (3% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	59
- in servizi per le dipendenze	29
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	24
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	35
- giocatori anziani	37
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	38
- servizi per le dipendenze	4 (di cui 3 per alcol, 3 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	18
- altra situazione (es. formazione)	0

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA

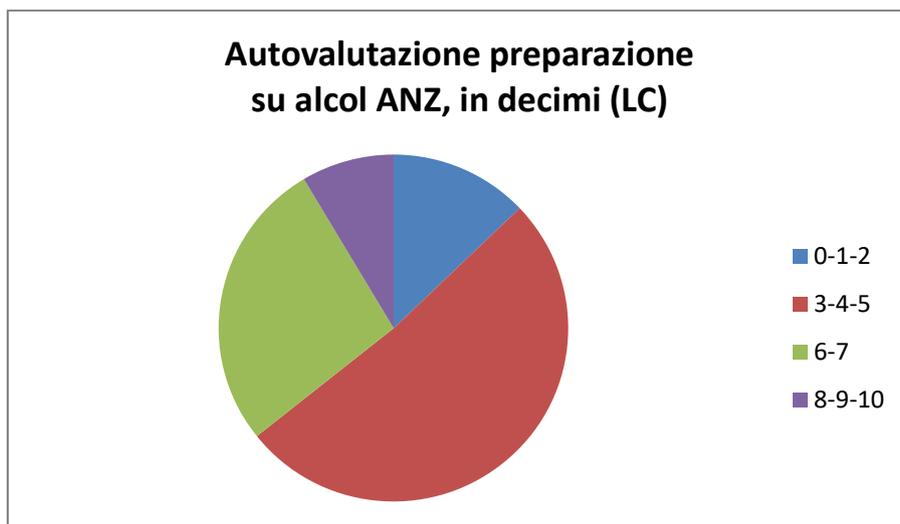




RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	NOA Lecco-Merate (per alcol e DGA)
Servizi territoriali accreditati (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)	SMI Lecco - Cooperativa sociale Famiglia Nuova
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Lecco AA Bellano AA Cernusco Lombardone AA Colico ACAT Lecco ACAT Merate



POPOLAZIONE RESIDENTE

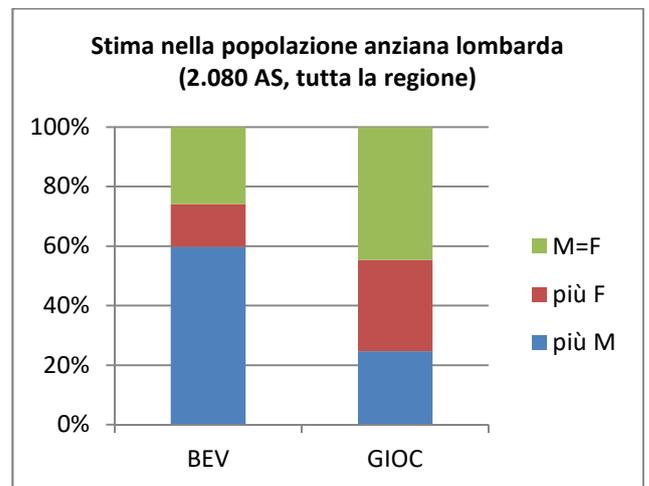
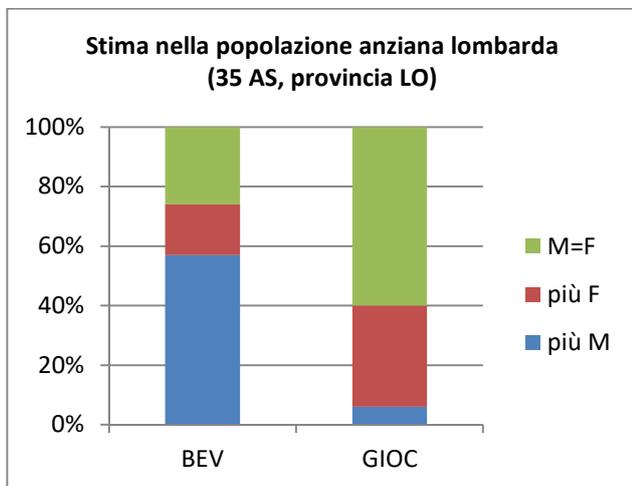
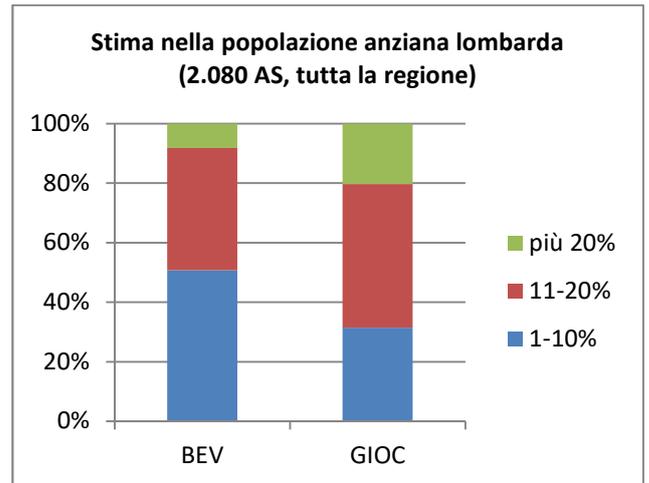
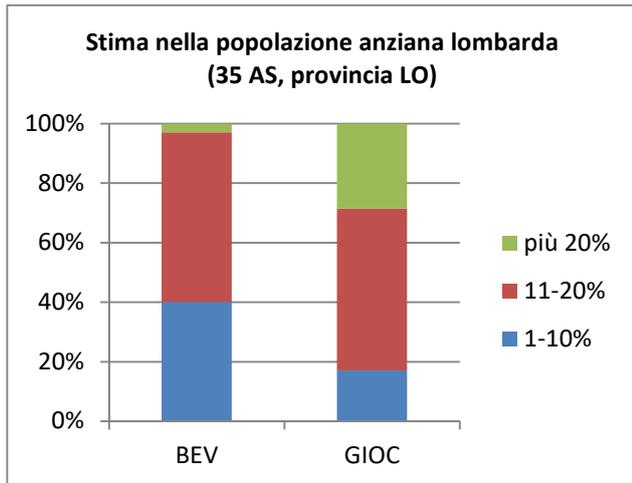
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	112.331	115.081	227.412
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	12.169	12.912	25.081
- 75-84 anni	7.452	10.091	17.543
- 85 anni e più	2.122	4.967	7.089
- totale	21.743	27.970	49.713

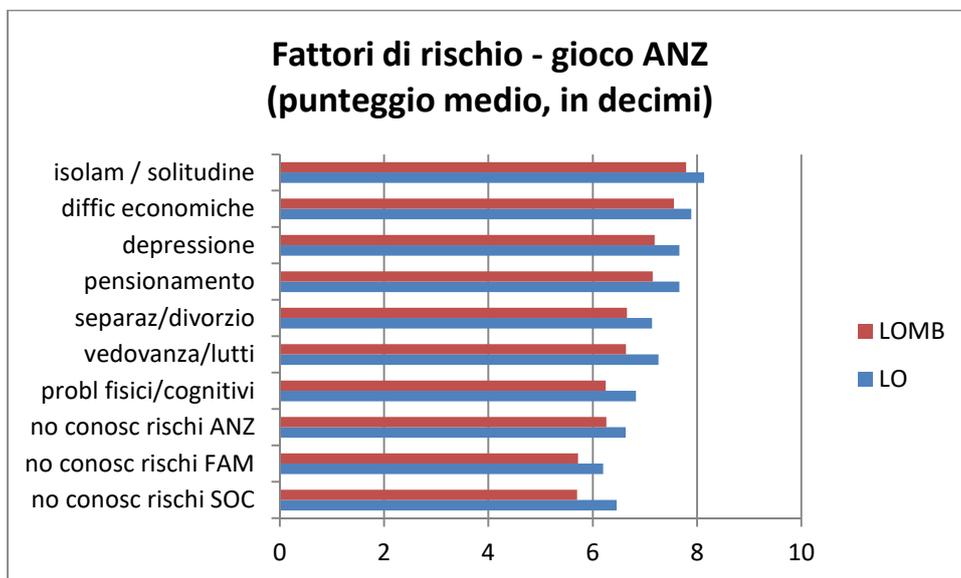
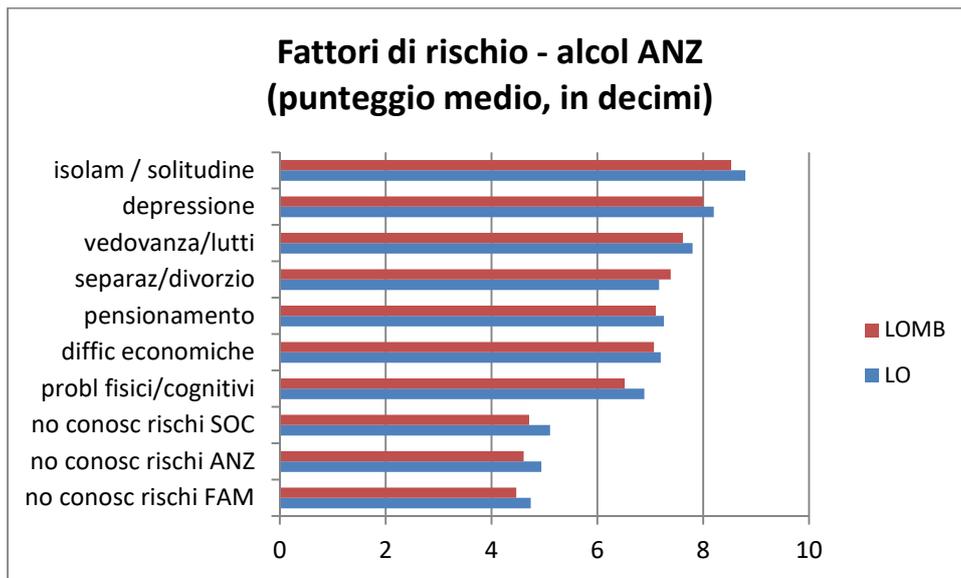
Incidenza di anziani soli (2011)	28% provincia di Lodi, 31% Lodi città
----------------------------------	---------------------------------------

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

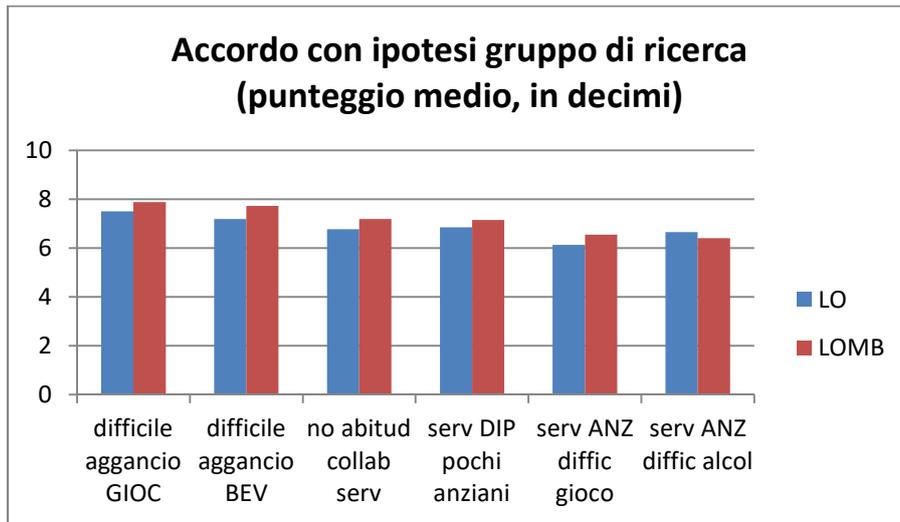
AS iscritti ad Albo lombardo	103 (2% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	35 (2% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	29
- in servizi per le dipendenze	13
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	11
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	18
- giocatori anziani	24
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	20
- servizi per le dipendenze	0
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	11
- altra situazione (es. formazione)	0

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA

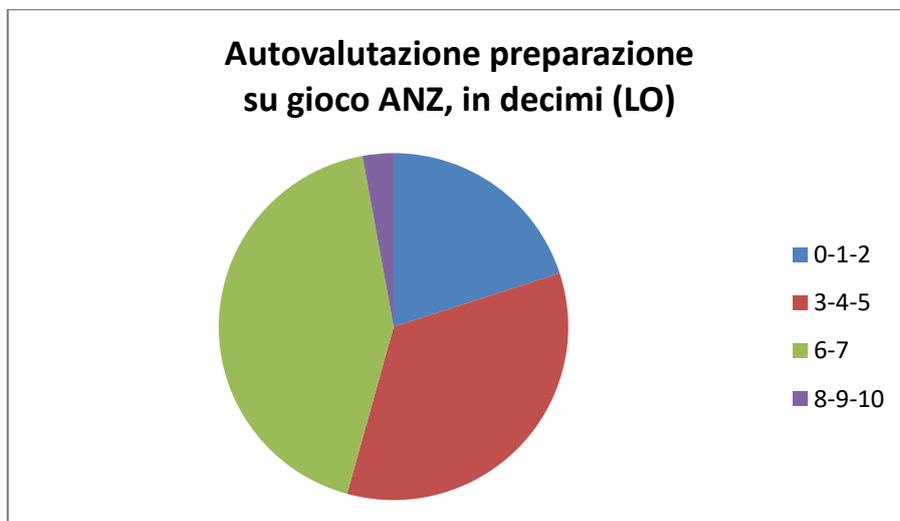
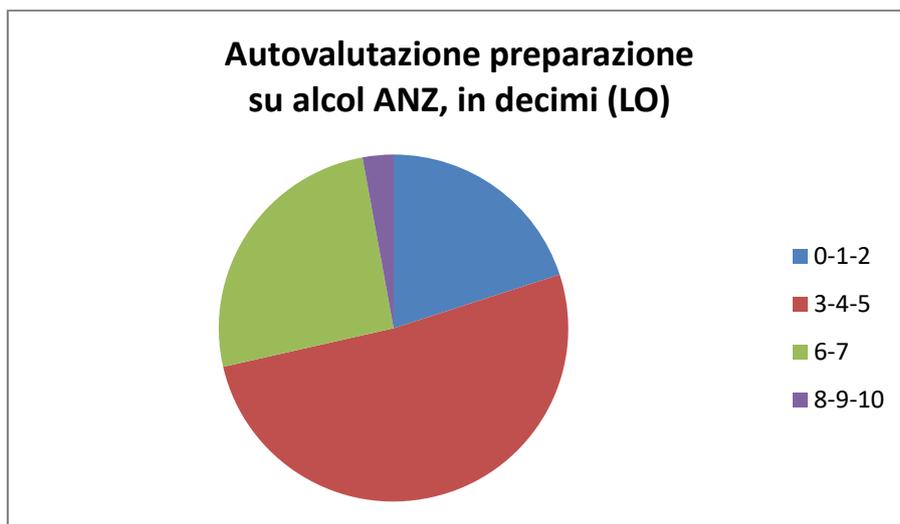




RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	SerT Lodi SerT Casalpusterlengo SerT Sant'Angelo Lodigiano
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Lodi AA Sant'Angelo Lodigiano ACAT Codogno



POPOLAZIONE RESIDENTE

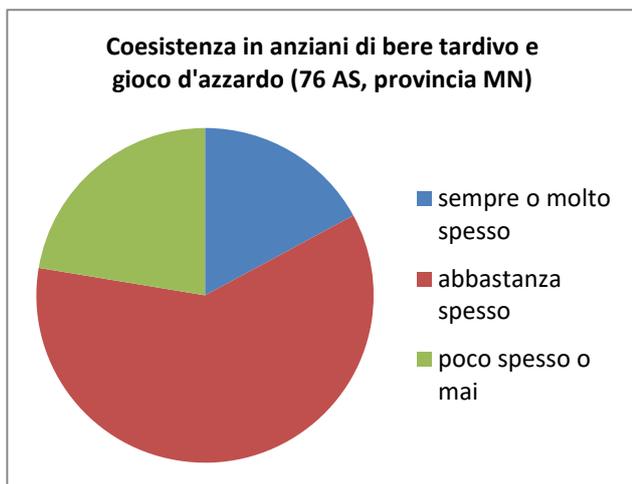
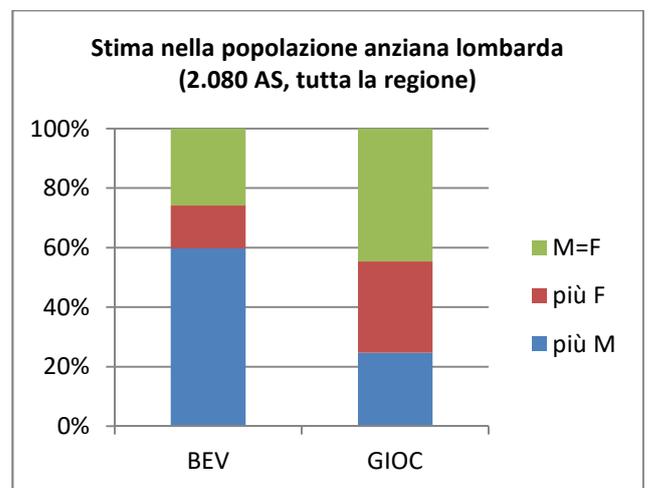
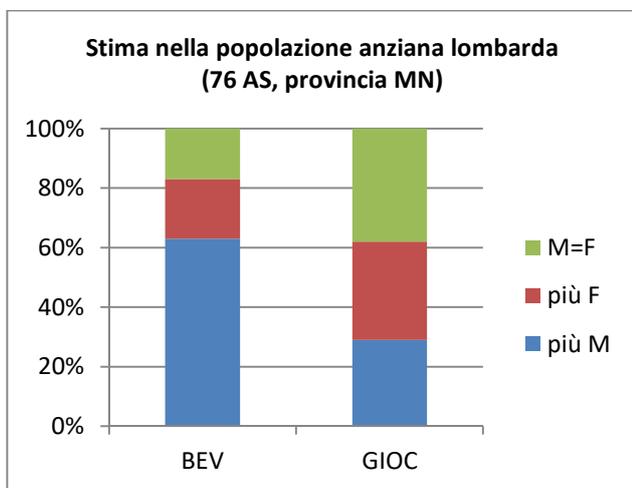
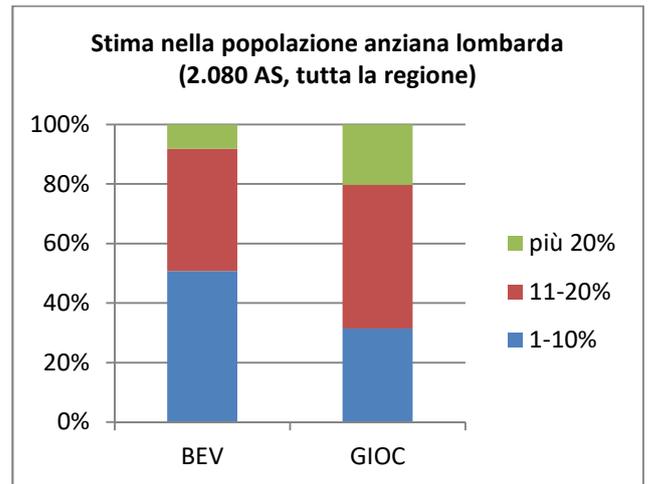
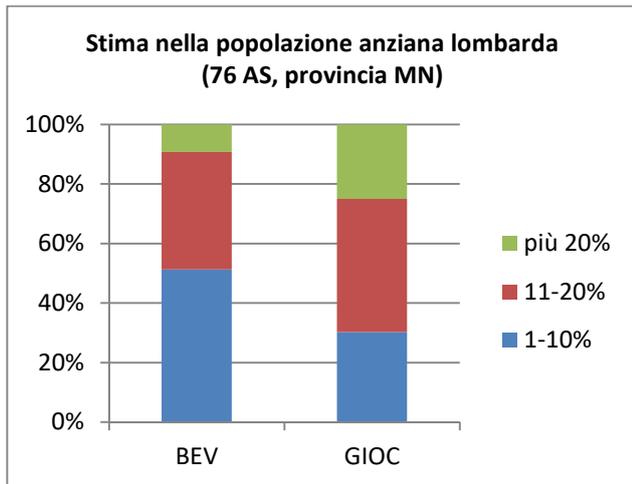
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	200.102	206.817	406.919
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	22.205	24.576	46.781
- 75-84 anni	14.784	19.661	34.445
- 85 anni e più	5.033	11.345	16.378
- totale	42.022	55.582	97.604

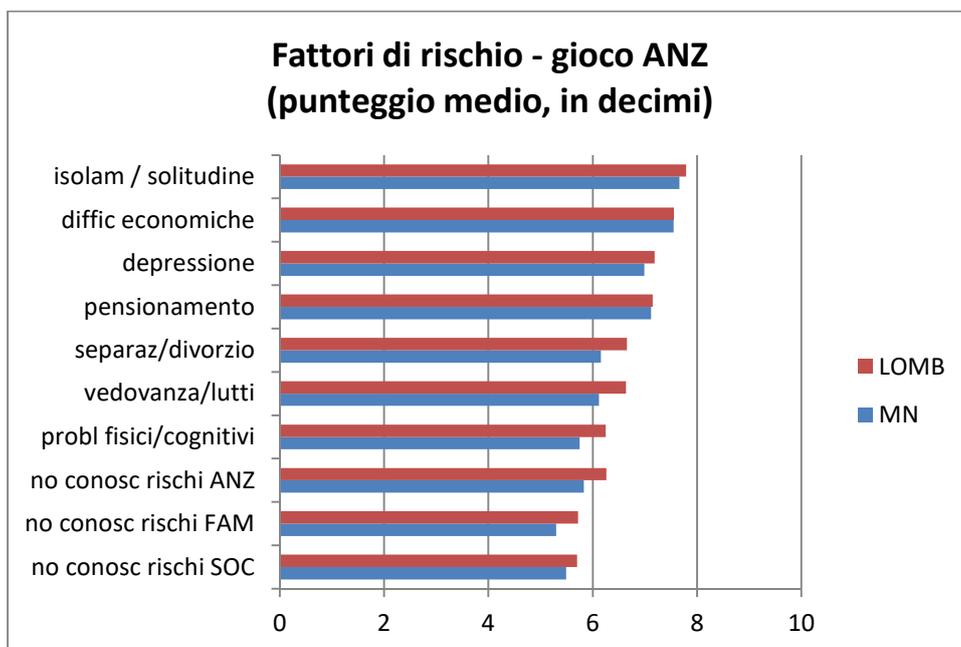
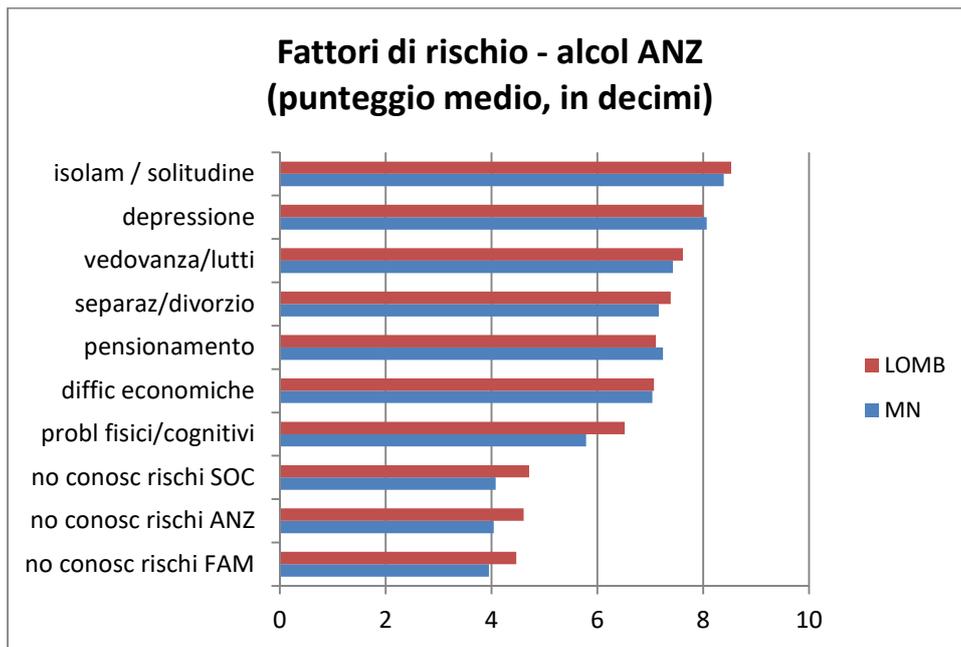
Incidenza di anziani soli (2011)	24% provincia di Mantova, 31% Mantova città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

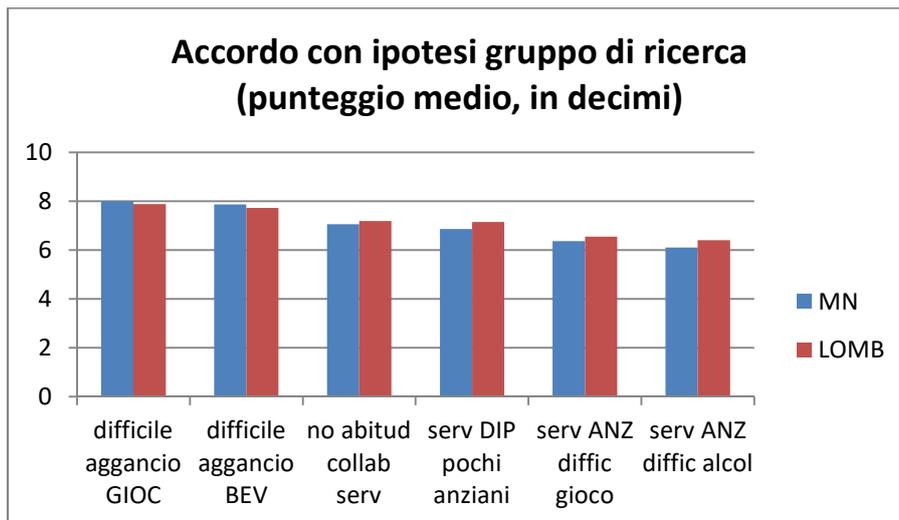
AS iscritti ad Albo lombardo	198 (4% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	76 (4% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	64
- in servizi per le dipendenze	25
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	20
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	49
- giocatori anziani	44
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	41
- servizi per le dipendenze	3 (di cui 3 per alcol, 2 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	20
- altra situazione (es. formazione)	0

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	SerD Mantova SerT Asola SerT Castiglione delle Stiviere SerT Suzzara SerT Viadana
Servizi territoriali accreditati (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)	SMI Ospitaletto - Arca centro mantovano solidarietà onlus
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Mantova AA Castel Goffredo AA Quistello AA Volta Mantovana APCAT Mantova

MONZA E BRIANZA



POPOLAZIONE RESIDENTE

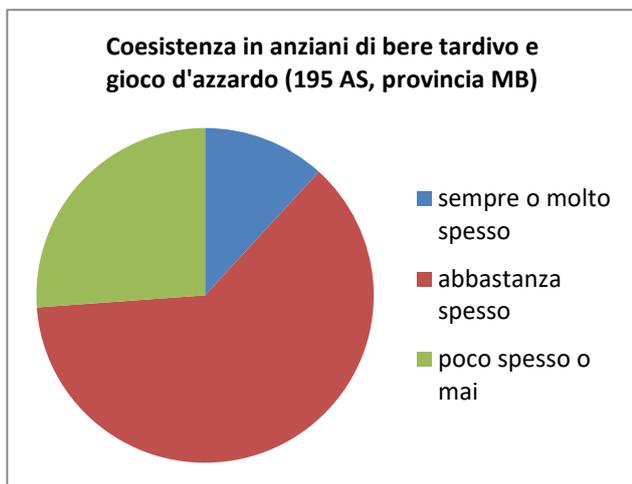
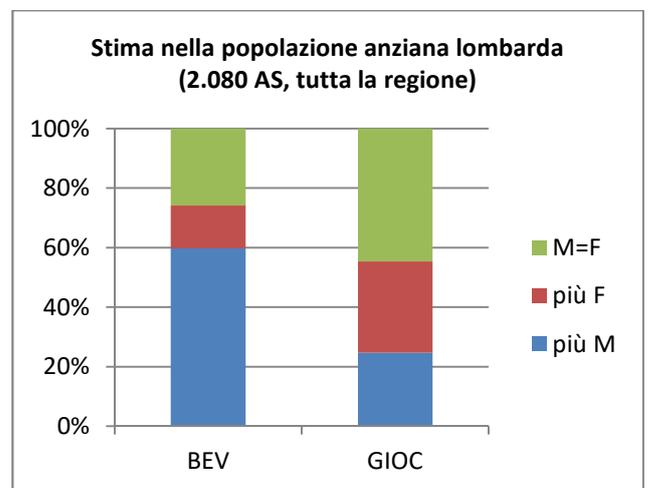
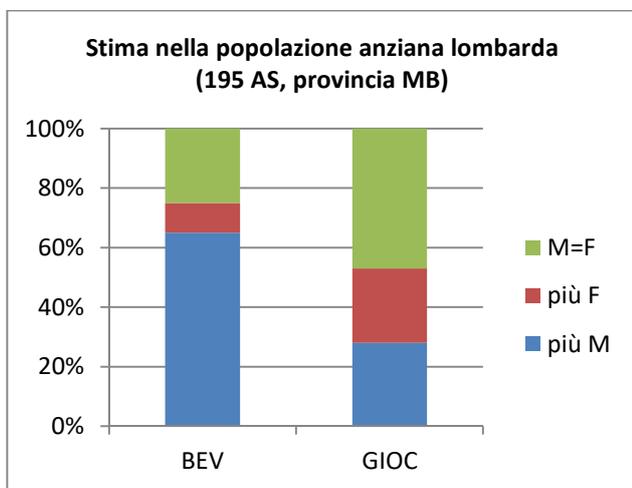
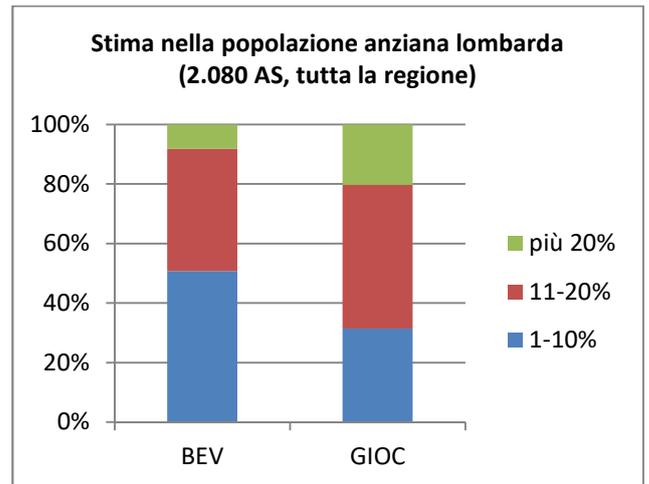
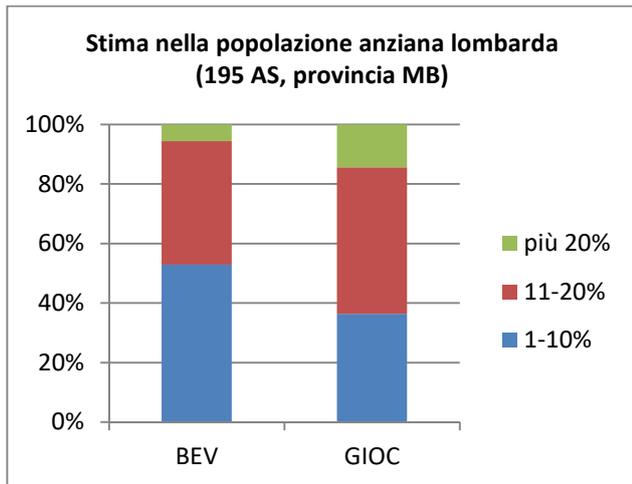
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	426.302	443.891	870.193
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	45.026	50.784	95.810
- 75-84 anni	31.441	40.233	71.674
- 85 anni e più	9.464	19.557	29.021
- totale	85.931	110.574	196.505

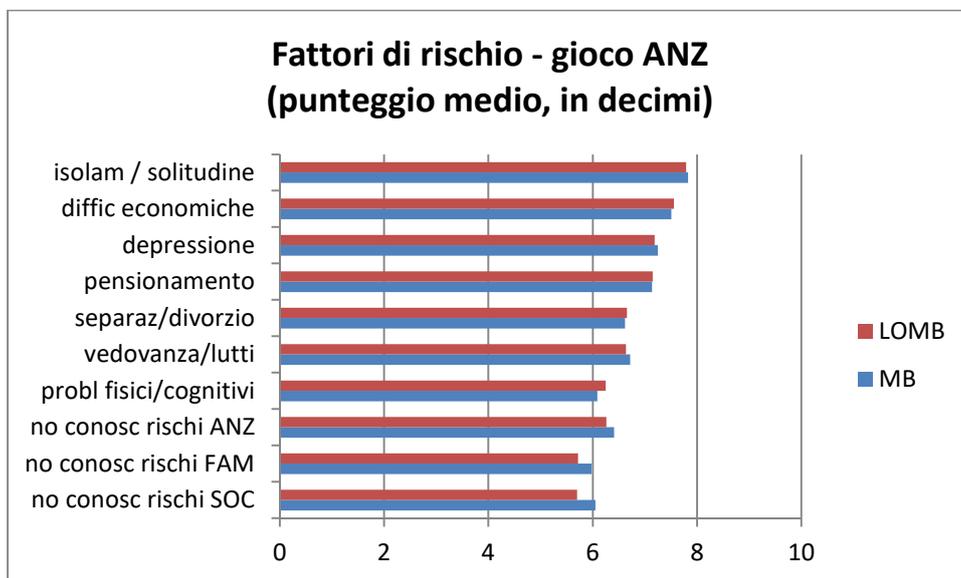
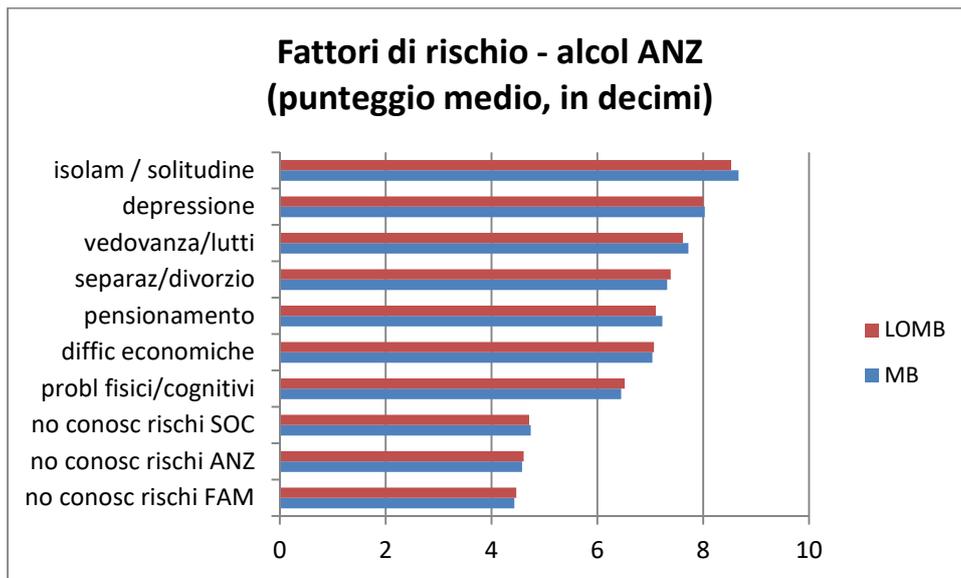
Incidenza di anziani soli (2011)	25% provincia di Monza e B., 27% Monza città
----------------------------------	--

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

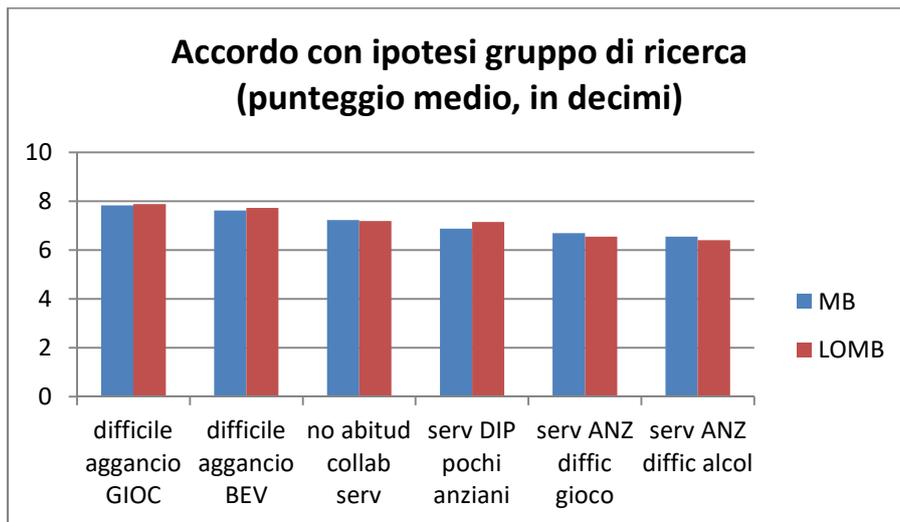
AS iscritti ad Albo lombardo	407 (8% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	195 (9% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	163
- in servizi per le dipendenze	81
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	72
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	100
- giocatori anziani	105
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	109
- servizi per le dipendenze	14 (di cui 8 per alcol, 9 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	50
- altra situazione (es. formazione)	3

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA

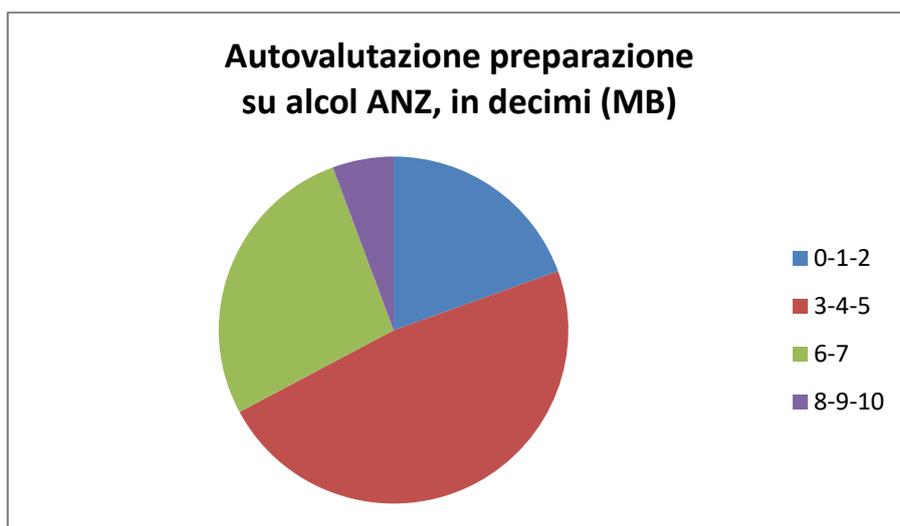




RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	NOA Monza (per alcol e DGA) SerT Carate Brianza SerT Limbiate NOA Seregno (per alcol e DGA) NOA Vimercate (per alcol e DGA)
Servizi territoriali accreditati (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)	SMI Meda - Fondazione Eris
Sportelli ospedalieri per gioco d'azzardo (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)	Carate Brianza - Ospedale Monza - Ospedale San Gerardo
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Monza AA Bovisio Masciago AA Brugherio AA Desio AA Muggiò AA Seregno AA Vimercate ACAT Verano Brianza GA Monza GA Seregno Gam-anon Monza



POPOLAZIONE RESIDENTE

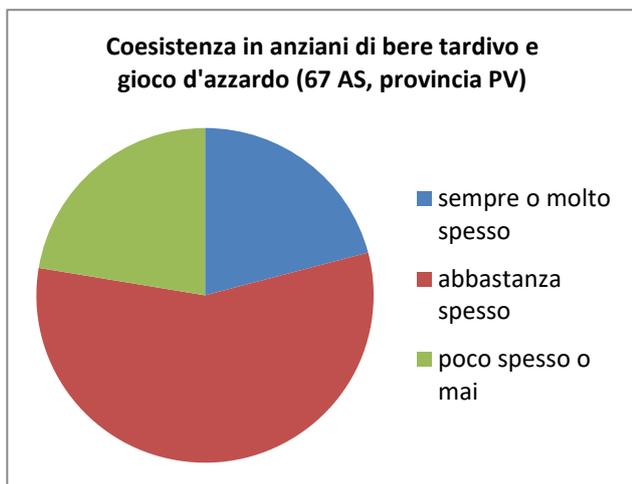
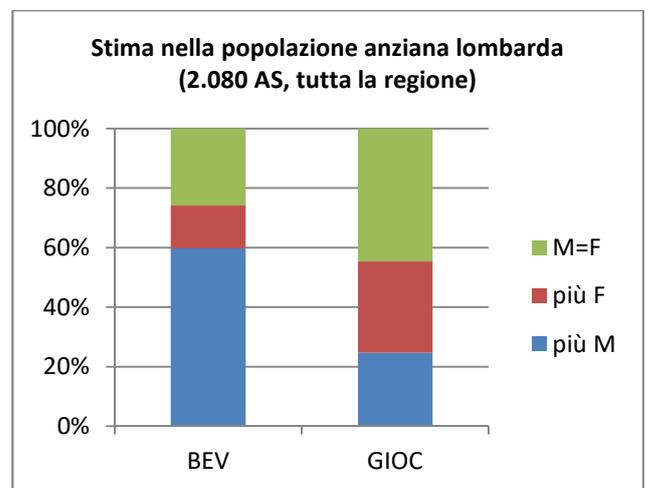
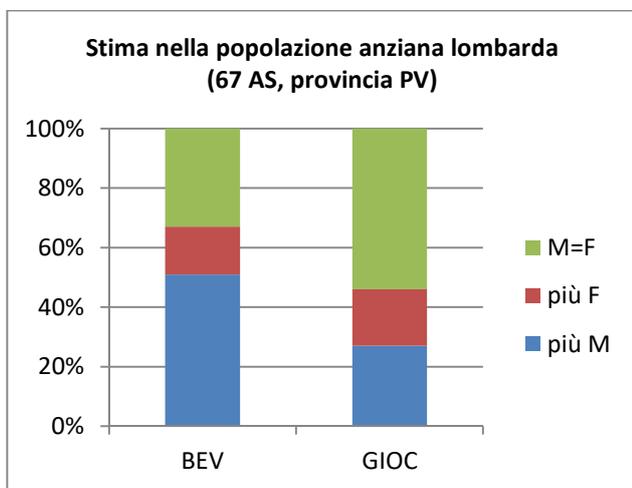
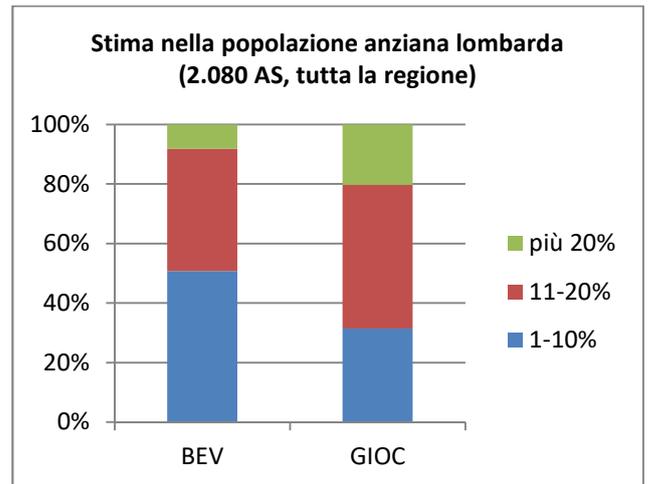
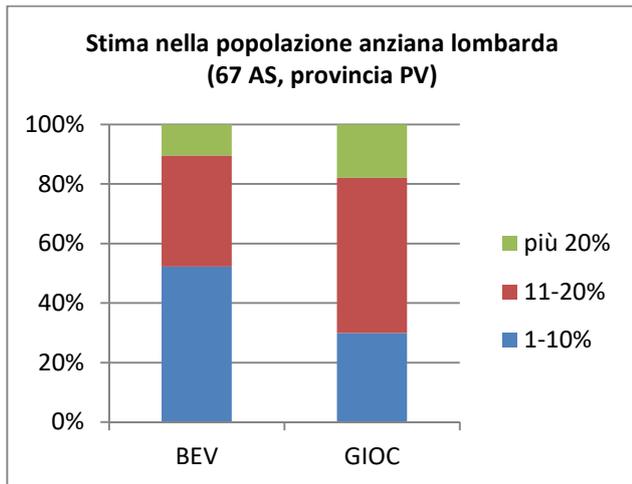
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	264.325	276.051	540.376
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	30.177	33.000	63.177
- 75-84 anni	20.253	27.100	47.353
- 85 anni e più	6.689	16.259	22.948
- totale	57.119	76.359	133.478

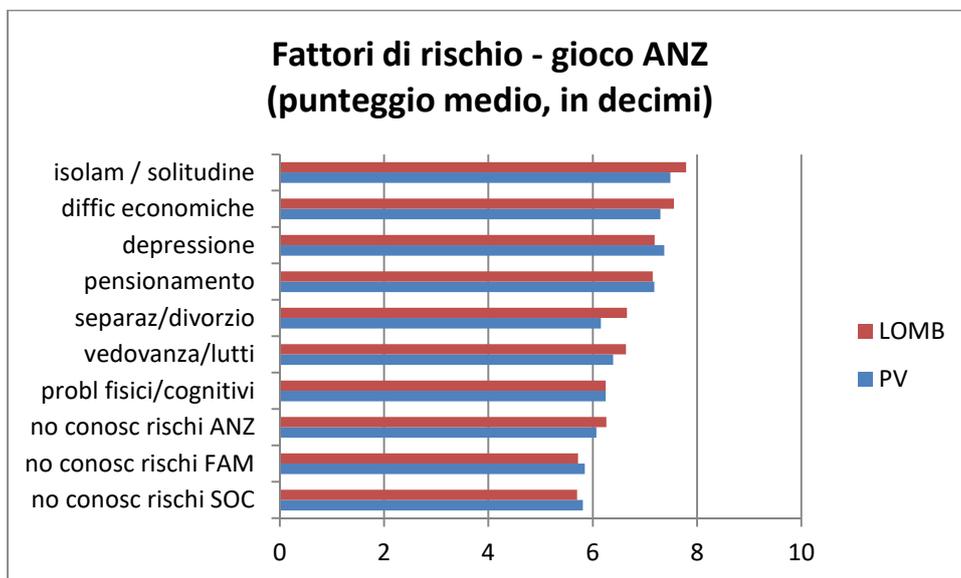
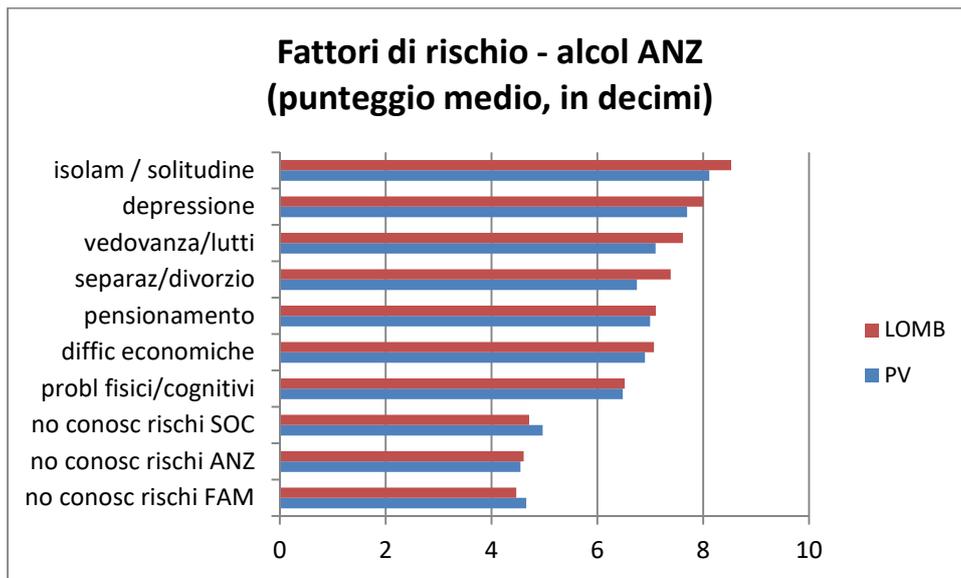
Incidenza di anziani soli (2011)	30% provincia di Pavia, 33% Pavia città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

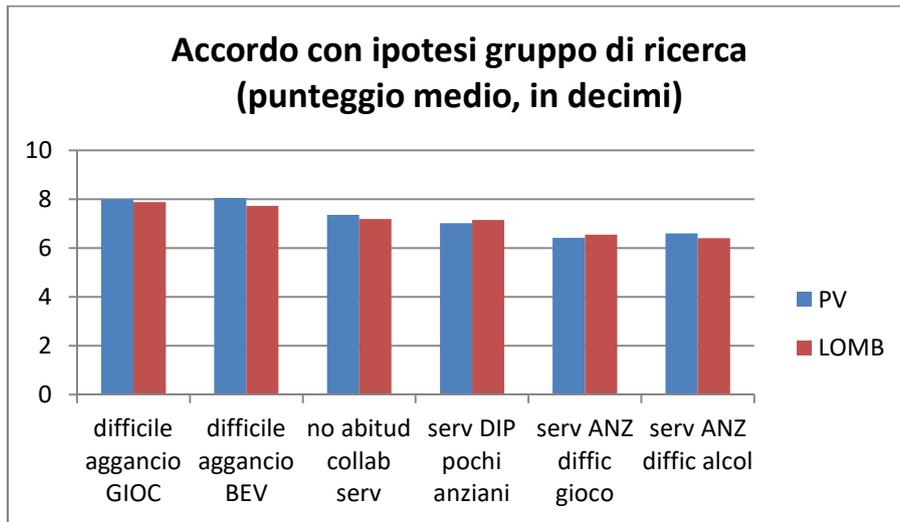
AS iscritti ad Albo lombardo	179 (4% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	67 (3% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	60
- in servizi per le dipendenze	35
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	31
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	43
- giocatori anziani	47
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	39
- servizi per le dipendenze	8 (di cui 6 per alcol, 6 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	13
- altra situazione (es. formazione)	0

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	SerD Pavia SerD Vigevano SerD Voghera
Sportelli ospedalieri per gioco d'azzardo (fonte: sito Regione Lombardia, consultato a gennaio 2021)	Voghera - Ospedale
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Pavia ACAT Pavia ACAT Stradella ACAT Vigevano GA Pavia Gam-anon Pavia



POPOLAZIONE RESIDENTE

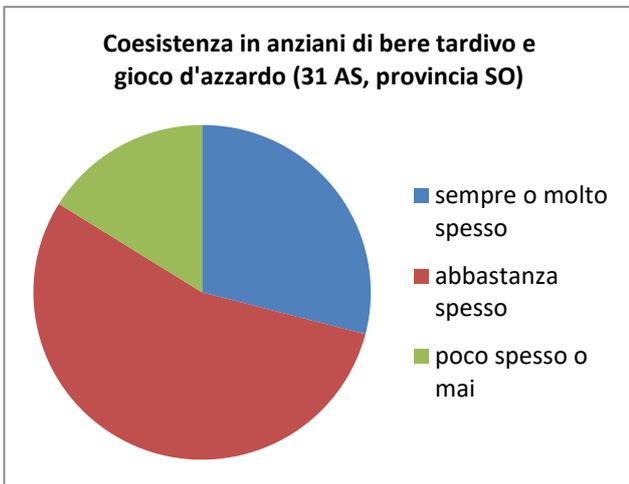
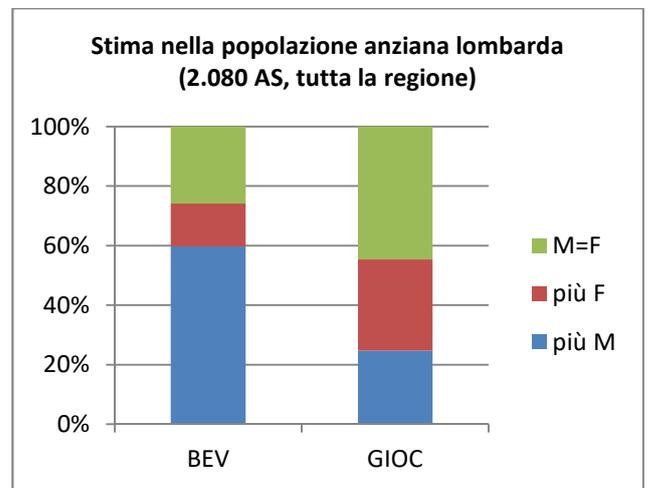
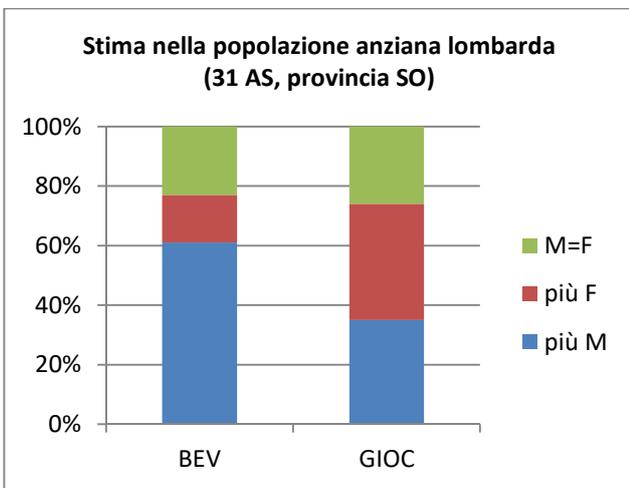
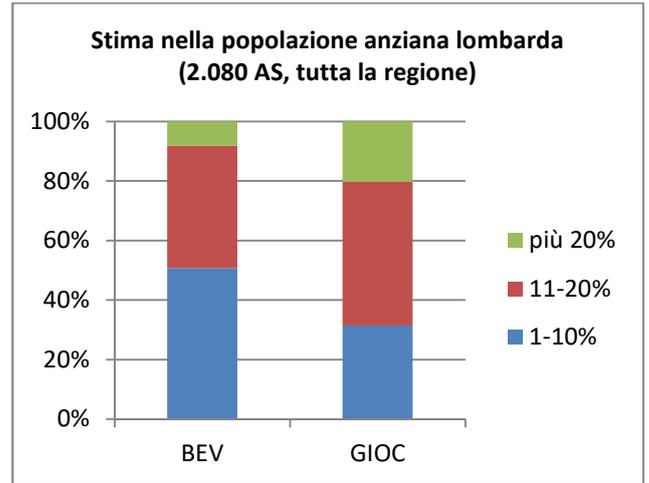
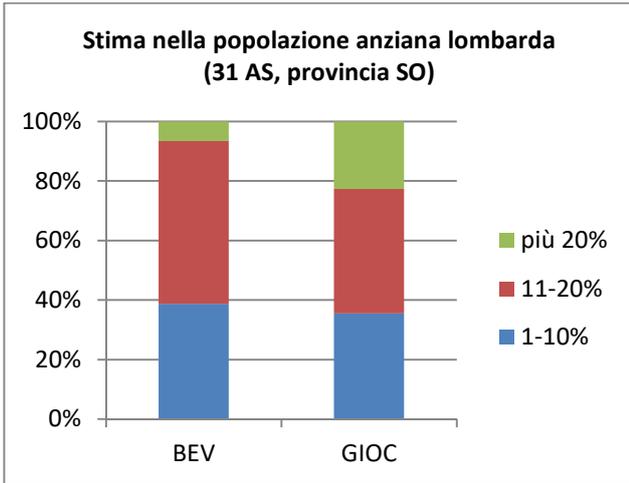
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	88.684	91.741	180.425
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	10.391	10.987	21.378
- 75-84 anni	6.545	8.389	14.934
- 85 anni e più	1.994	4.788	6.782
- totale	18.930	24.164	43.094

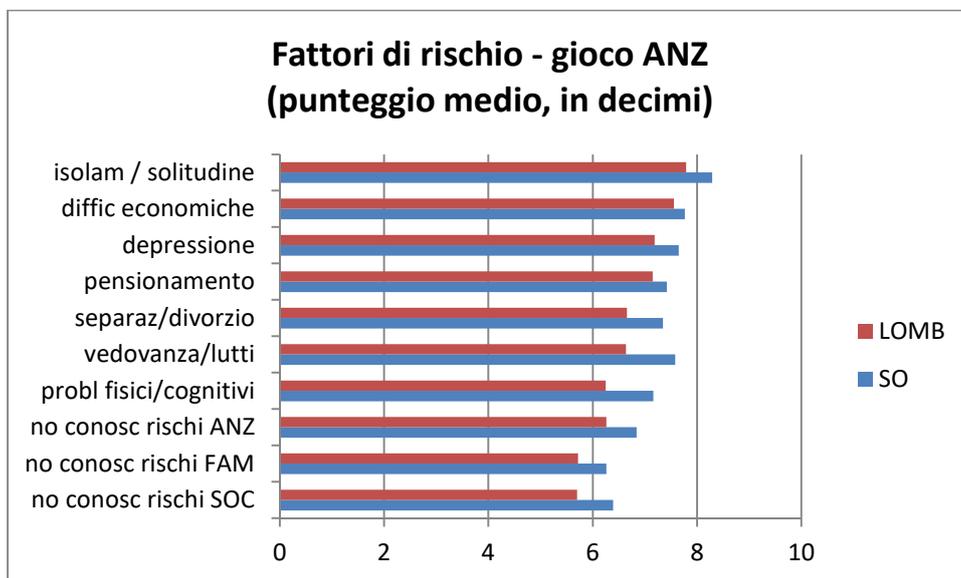
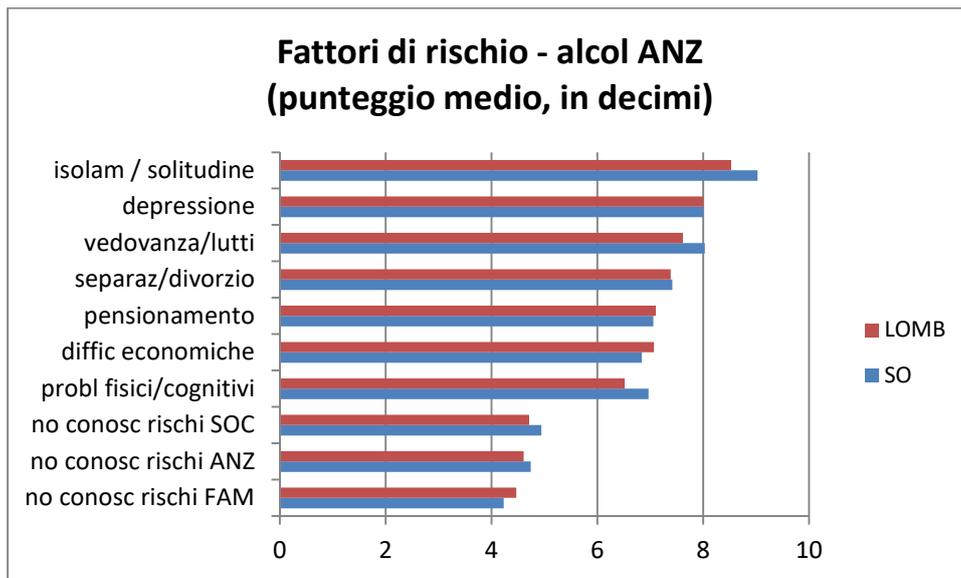
Incidenza di anziani soli (2011)	30% provincia di Sondrio, 32% Sondrio città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

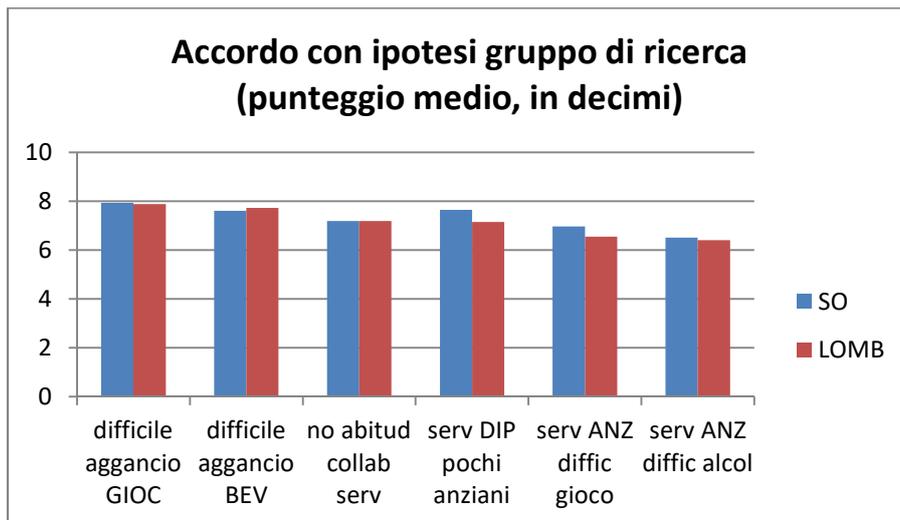
AS iscritti ad Albo lombardo	108 (2% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	31 (2% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	23
- in servizi per le dipendenze	15
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	12
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	17
- giocatori anziani	17
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	11
- servizi per le dipendenze	4 (di cui 4 per alcol, 4 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	11
- altra situazione (es. formazione)	1

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)	SerT Sondrio SerT Bormio SerT Chiavenna SerT Livigno SerT Morbegno SerT Tirano
Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)	AA Sondrio AA Bormio AA Livigno ACAT Sondrio



POPOLAZIONE RESIDENTE

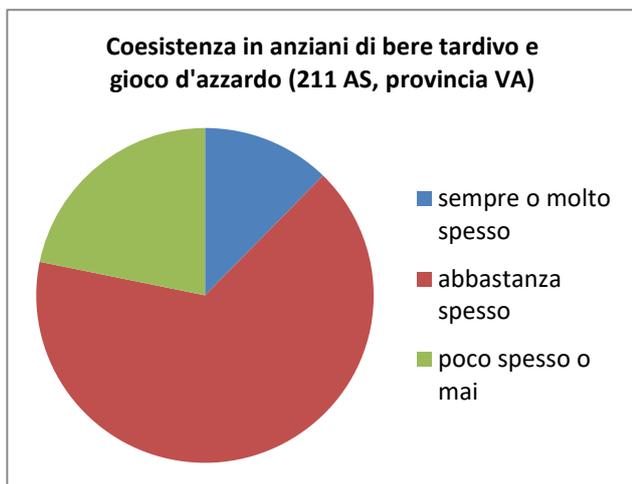
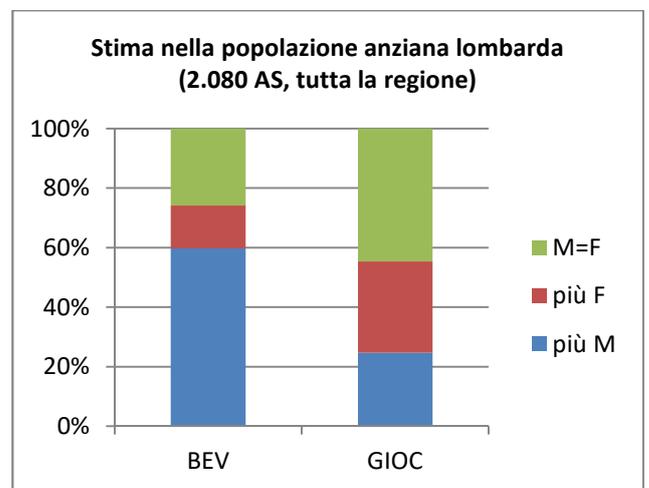
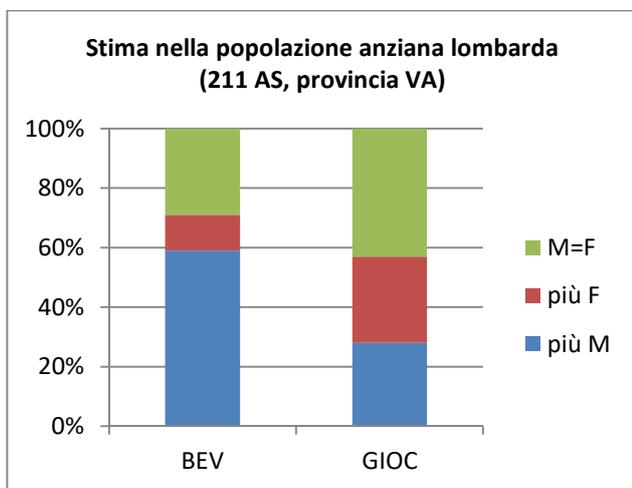
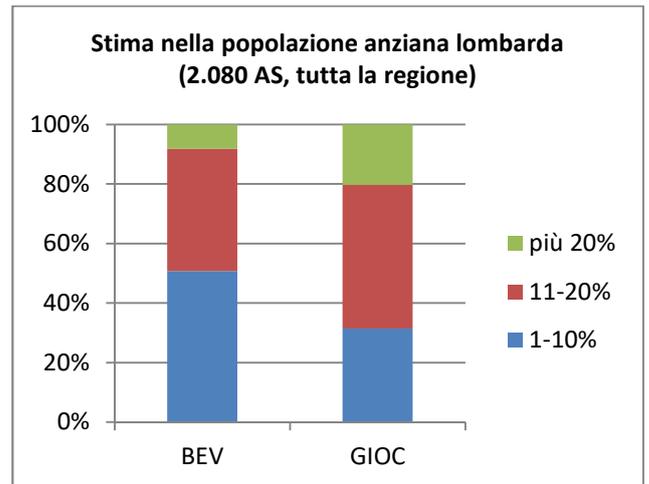
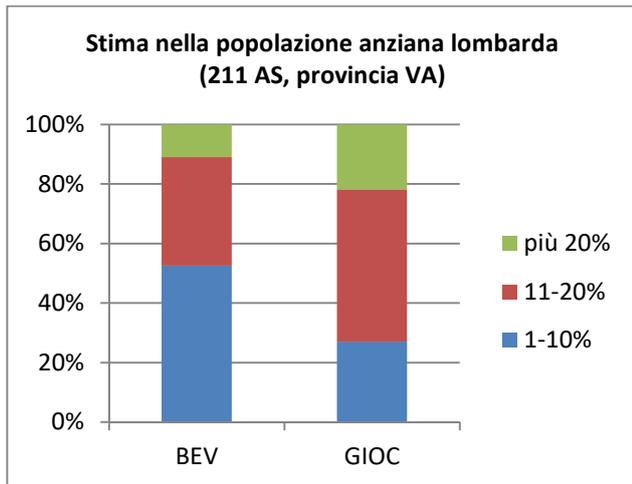
	M	F	M+F
Totale popolazione residente al 1/1/2020	430.971	453.905	884.876
Anziani residenti al 1/1/2020:			
- 65-74 anni	47.766	54.161	101.927
- 75-84 anni	33.202	43.535	76.737
- 85 anni e più	10.557	22.443	33.000
- totale	91.525	120.139	211.664

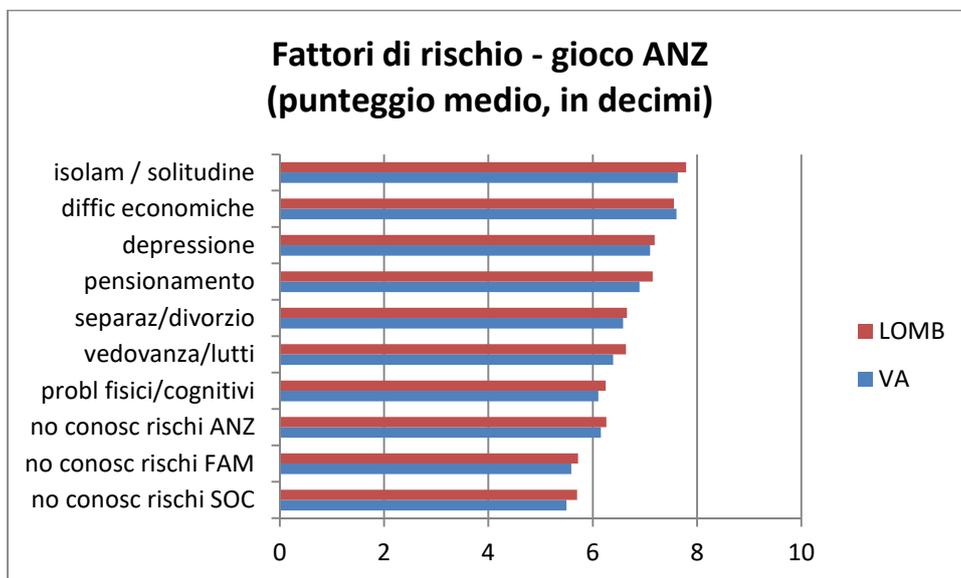
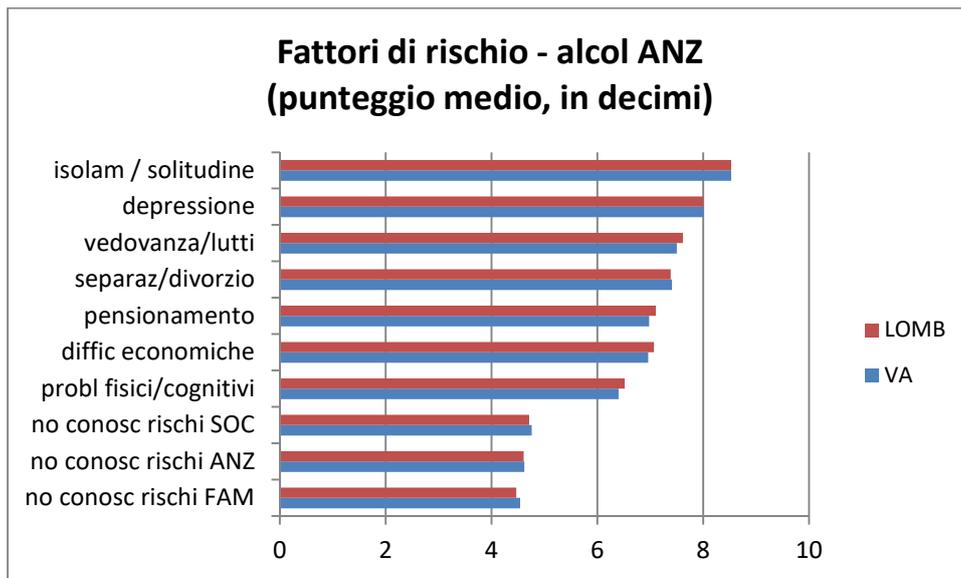
Incidenza di anziani soli (2011)	27% provincia di Varese, 28% Varese città
----------------------------------	---

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - INFORMAZIONI DI BASE

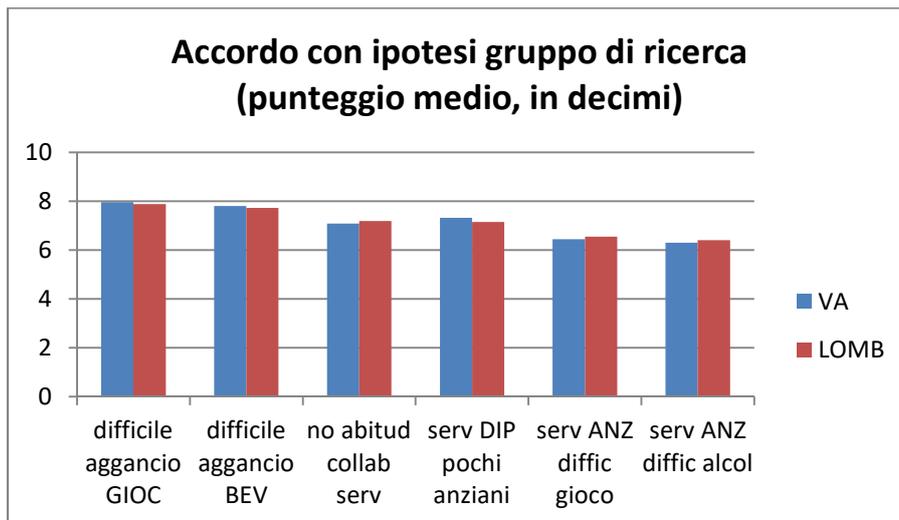
AS iscritti ad Albo lombardo	452 (9% del totale iscritti ad Albo lombardo)
AS rispondenti a ricerca	211 (10% del totale rispondenti a ricerca)
AS con esperienza (attuale o pregressa):	
- in servizi per/con anziani	177
- in servizi per le dipendenze	68
- sia in servizi per/con anziani che in servizi per le dipendenze	63
AS con esperienze (in ambito professionale o meno) con:	
- bevitori tardivi	109
- giocatori anziani	120
AS attualmente impegnati in:	
- servizi per/con anziani	118
- servizi per le dipendenze	11 (di cui 9 per alcol, 7 per gioco d'azzardo)
- altri servizi (es. per minori e famiglie)	55
- altra situazione (es. formazione)	3

RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - LA PERCEZIONE DEL PROBLEMA





RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - PARERI SU IPOTESI DEL GRUPPO DI RICERCA



RICERCA "GIOCO D'AZZARDO E ALCOL IN ETÀ ANZIANA" - AUTOVALUTAZIONE SULLA PREPARAZIONE



RISORSE PRESENTI SUL TERRITORIO

<p>Servizi specialistici pubblici (fonte: siti ASST, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>SerT Varese SerT Arcisate SerT Busto Arsizio SerT Cittiglio SerT Gallarate SerT Saronno SerT Tradate</p>
<p>Gruppi auto mutuo aiuto (fonte: siti AA Lombardia, ARCAT Lombardia, GA Italia, Gam-anon Italia, consultati a gennaio 2021)</p>	<p>AA Varese AA Bisuschio AA Busto Arsizio AA Gallarate AA Ispra AA Lavena Ponte Tresa AA Laveno Mombello AA Saronno AA Tradate ACAT Fagnano Olona ACAT Luino GA Busto Arsizio GA Cassano Magnago GA Saronno Gam-anon Busto Arsizio Gam-anon Saronno</p>

SIGLE E ABBREVIAZIONI

citare o utilizzare in testo, tabelle e/o grafici

AA	Alcolisti Anonimi
AAI	<i>Active Ageing Index</i>
AAMS	Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato
ACAT	Associazione Club Alcologici Territoriali
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADM	Agenzia Dogane Monopoli
AdS	Amministratore di Sostegno
AIDOSS	Associazione Italiana Docenti di Servizio Sociale
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AMA	Auto mutuo aiuto
ANZ	Servizi per/con persone anziane (abbreviazione utilizzata in tabelle e grafici)
APCAT	Associazione Provinciale Club Alcologici Territoriali
ARCAT	Associazione Regionale Club Alcologici Territoriali
AS	Assistente Sociale
ASA	Ausiliario Socio-Assistenziale (operatore dell'assistenza di base, in Lombardia)
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASSNAS	Associazione Nazionale Assistenti Sociali
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale (in Lombardia, dal 2015)
ATS	Agenzia di Tutela della Salute (in Lombardia, dal 2015)
AUPI	Associazione Unitaria Psicologi Italiani
AUSER	Associazione per l'Autogestione dei Servizi e la Solidarietà
AWP	<i>Amusement With Prizes</i> (tipo di slot machine)
BADL	<i>Basic Activities of Daily Living</i>
BES	Benessere Equo e Sostenibile
BEV	Bevitori tardivi (abbreviazione utilizzata in tabelle e grafici)
CAT	Club Alcologico Territoriale (già Club Alcolisti in Trattamento)
CDI	Centro Diurno Integrato
CENSIS	Centro Studi Investimenti Sociali
CERGAS	Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale
CIWA-Ar	<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol scale, revised</i>
CNESPS	Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
CNOAS	Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali
CNR	Consiglio Nazionale delle Ricerche
CPS	Centro Psico Sociale (servizio territoriale di salute mentale, in Lombardia)
CREA	Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria
CROAS	Consiglio Regionale Ordine Assistenti Sociali
DDD	<i>Defined Daily Dose</i> (unità di misura standard della prescrizione farmaceutica)
DGA	Disturbo da Gioco d'Azzardo
DGR	Delibera di Giunta Regionale
DH	Day Hospital
DIP	Servizi per le dipendenze (abbreviazione utilizzata in tabelle e grafici)
DL	Decreto Legge
D Lgs	Decreto Legislativo

DM	Decreto Ministeriale
DNA	<i>DeoxyriboNucleic Acid</i>
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DSM	<i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders</i>
DUS	Disturbo da Uso di Sostanza
DUSS	Diploma Universitario in Servizio Sociale
ECM	Educazione Continua in Medicina
EMUR	EMergenza URgenza
FCOAS	Formazione COntinua Assistenti Sociali
FIPAC	Federazione Italiana Pensionati Attività Commerciali
FNP CISL	Federazione Nazionale Pensionati della Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
GA	Giocatori Anonimi
GAP	Gioco d'Azzardo Patologico
GBD study	<i>Global Burden of Disease study</i>
GIMBE	Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze
GIOC	Giocatori anziani (abbreviazione utilizzata in tabelle e grafici)
IADL	<i>Instrumental Activities of Daily Living</i>
ICAP	<i>International Center for Alcohol Policies</i>
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
INCB	<i>International Narcotics Control Board</i>
INRCA	Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani
IPIB	Identificazione Precoce e Intervento Breve
ISEE	Indicatore della Situazione Economica Equivalente
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto nazionale di Statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LR	Legge Regionale
LTC	<i>Long Term Care</i>
MIPAA	<i>Madrid International Plan of Action on Ageing</i>
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MMG	Medico di Medicina Generale
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
NOA	Nucleo Operativo Alcolgia
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
NYSS	<i>New Young Sixty-Seventies</i>
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONA	Osservatorio Nazionale Alcol
OsMed	Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PASE	<i>Physical Activity Scale for the Elderly</i>
PASSI	Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PET	<i>Positron Emission Tomography</i>
PGSI	<i>Problem Gambling Severity Index</i>
PIL	Prodotto Interno Lordo
PNAS	Piano Nazionale Alcol e Salute

PNP	Piano Nazionale della Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POR	Programma Operativo Regionale
PPAC	Problematiche e Patologie Alcol-Correlate
PRP	Piano Regionale di Prevenzione
PSN	Piano Sanitario Nazionale
RO	Regime Ordinario
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAD	Servizio Assistenza Domiciliare
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SERD	Servizio per le Dipendenze
SERT	Servizio per le Tossicodipendenze
SIA	Società Italiana di Alcolologia
SIGG	Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SMI	Servizio Multidisciplinare Integrato
SPGQ	<i>Senior Problem Gambling Questionnaire</i>
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SUNAS	Sindacato Unitario Assistenti Sociali
UA	Unità Alcolica
UE	Unione Europea
VLT	<i>Video Lottery Terminal</i> (tipo di slot machine)
vs	versus
WHO	<i>World Health Organization</i>
WONCA	<i>World Organization of National Colleges Academies and academic associations of general practitioners and family physicians</i>

SITOGRAFIA

ISTAT (demo.istat.it, ottomilacensus.istat.it)

ISS - Passi d'Argento (epicentro.iss.it/passi-argento/)

Regione Lombardia (rete dei servizi per le dipendenze, sportelli dedicati al gioco d'azzardo)

ATS Bergamo - Bergamo

ATS Brescia - Brescia

ATS Brianza - Monza

ATS Città Metropolitana di Milano - Milano

ATS Insubria - Varese

ATS Montagna - Sondrio

ATS Pavia - Pavia

ATS Val Padana - Mantova

ASST Bergamo Est - Seriate (BG)

ASST Bergamo Ovest - Treviglio (BG)

ASST Crema - Crema (CR)

ASST Cremona - Cremona

ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano

ASST Franciacorta - Chiari (BS)

ASST Garda - Desenzano del Garda (BS)

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - Milano

ASST Lariana - Como

ASST Lecco - Lecco

ASST Lodi - Lodi

ASST Mantova - Mantova

ASST Melegnano e Martesana - Vizzolo Predabissi (MI)

ASST Monza - Monza

ASST Nord Milano - Sesto San Giovanni (MI)

ASST Ovest Milanese - Legnano (MI)

ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo

ASST Pavia - Pavia

ASST Rhodense - Garbagnate Milanese (MI)

ASST Santi Paolo e Carlo - Milano

ASST Sette laghi - Varese

ASST Spedali Civili di Brescia - Brescia

ASST Valcamonica - Breno (BS)

ASST Valle Olona - Busto Arsizio (VA)

ASST Valtellina e Alto Lario - Sondrio

ASST Vimercate - Vimercate (MB)

AA Lombardia

ARCAT Lombardia

Giocatori Anonimi Italia

GAM Anon Italia

BIBLIOGRAFIA

ADM Agenzia Dogane Monopoli, *Libro blu 2017. Organizzazione, statistiche, attività*, Roma 2018

ADM Agenzia Dogane Monopoli, *Libro blu 2019. Relazione*, Roma 2020

ADM Agenzia Dogane Monopoli, *Organizzazione, attività e statistica. Anno 2016*, Roma 2017

Agenzia Italiana del Farmaco - Gruppo di lavoro geriatrico, *Uno studio nazionale dell'AIFA sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica*, Roma 2013

Agenzia Italiana del Farmaco - Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2019*, Roma 2020

Alberti Teresa, "La dipendenza da alcol", in Rigliano Paolo (a cura di), *Indipendenze. Alcol e cibo, farmaci e droghe, comportamenti di rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1998

Allegri Elena, "Ricerca di servizio sociale", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

American Psychiatric Association, *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano 2014

AND Azzardo e Nuove Dipendenze, *Il gioco d'azzardo, la tua famiglia e tu. Manuale di autoaiuto per i familiari*, Edizioni AND-in-carta, 2013

Anderson Peter, Scafato Emanuele, Galluzzo Lucia, "Alcohol and older people from a public health perspective. The European project VINTAGE", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 2012, 48(3):232-247

Antonini Francesco, *I migliori anni della nostra vita. Consigli di un grande medico per non sentirsi mai vecchi*, Mondadori, Milano 1998

Argenta Roberto, Dellagiacomma Guido, Sbarbada Alessandro, *Rassegna stampa quotidiana su vino, birra e altri alcolici*, anni 2019, 2020, 2021

Arlotti Marco, Cerea Stefania, *Invecchiare a domicilio nei contesti urbani e nelle aree interne. Fragilità, isolamento sociale e senso di solitudine*, Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali, Working Papers n. 4/2021

ASL Bergamo, IFC-CNR Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, *Il gioco d'azzardo nella popolazione di 65-84 anni nella provincia di Bergamo*, Cerco Edizioni, Milano 2015

Associazione AeA Abitare e Anziani, "Anziani soli: una emergenza silenziosa", *AeA Informa. Rivista di informazione sui problemi abitativi degli anziani*, n. 1, 2020

ATS Bergamo, *Alcuni dati sul fenomeno del gioco d'azzardo in Italia e in provincia di Bergamo*, Osservatorio delle Dipendenze, n. 2, 2016

ATS Bergamo, *Piano integrato locale di promozione della salute*, Bergamo 2021

ATS Brescia, *Piano integrato locale degli interventi di promozione della salute*, Brescia 2021

ATS Brianza, *Piano integrato di lavoro promozione della salute*, Monza 2021

ATS Città Metropolitana di Milano, *Piano locale integrato di promozione salute*, Milano 2021

ATS Insubria, *Piano integrato locale della promozione della salute*, Varese 2021

ATS Montagna, *Il piano integrato locale per la promozione della salute*, Sondrio 2017

ATS Pavia, *Piano integrato locale di promozione della salute*, Pavia 2021

ATS Val Padana, *Piano integrato locale di promozione della salute*, Mantova 2021

AUSL Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, *Linee di indirizzo per gli operatori socio-sanitari finalizzate alla prevenzione e cura dei disturbi alcol-correlati nell'anziano*, materiale elaborato nell'ambito del Programma Promozione Salute, 2014

Avanzi Maurizio, "ELMO-GA: elenco delle motivazioni che ti fanno giocare d'azzardo", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2013

Avanzi Maurizio, "Gioco d'azzardo responsabile: diamo i numeri", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2016

Avanzi Maurizio, "La percezione sociale del gioco d'azzardo in Italia e il caso delle slot machine", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2018

Avanzi Maurizio, "Neurobiologia del condizionamento operante: dopamina, apprendimento e disturbo da gioco d'azzardo", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2014

Avanzi Maurizio, Calabrese Antonio, Cabrini Silvia, "Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) al tempo della pandemia di Covid-19: il punto di vista dei SERDP", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2020

Avanzi Maurizio et al., "Gioco d'azzardo patologico e malattia di Parkinson: considerazioni sulla sindrome da disregolazione della dopamina", *Bollettino sulle dipendenze*, n. 4, 2009

Baldissera Alberto, "Valutare la ricerca sociale: problemi e definizioni", *Quaderni di sociologia*, n. 74, 2017

Balduzzi Renato, "Dal decreto dei LEA alle linee operative del Ministero della Salute: diritto alla salute e coerenza del quadro istituzionale delle tutele della persona e della società", sintesi della lectio magistralis del 5/10/2019 a cura di Daniela Capitanucci, *ALEA Bulletin*, n. 2, 2019

Bassi Alessandra, Fagnoni Fausta (a cura di), *Dalla trappola del gioco d'azzardo alla rete della solidarietà*, Centro di Servizio per il Volontariato di Piacenza, Piacenza 2015

Bauman Zygmunt, *Vite di corsa. Come salvarsi dalla tirannia dell'effimero*, Il Mulino, Bologna 2009

Beck Anne, Heinz Andreas, "Alkoholbezogene aggression. Soziale und neurobiologische faktoren", *Deutsches Ärzteblatt*, 2013, 110(42):711-715

Bellio Graziano, "Clinica del disturbo da gioco d'azzardo e normativa della Regione del Veneto", relazione al corso di formazione on line per assistenti sociali del territorio dell'ULSS 8, Vicenza 23/10/2020

Bellio Graziano, "Dove inizia e dove termina il gioco problematico?", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2018

- Bellio Graziano, "Il gambling patologico nel nuovo DSM-5", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2013
- Bellio Graziano, "Il mercato dei comportamenti a rischio tra politiche e ingenuità", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2014
- Bellio Graziano, Fiorin Amelia (a cura di), *Vincere il gioco d'azzardo. Manuale di autoaiuto per il giocatore che vuole smettere*, 2° edizione, Azienda ULSS 8, Castelfranco Veneto (TV) 2015
- Bisleri Carla, Pantaleone Marta, "Controllo", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Borgna Eugenio, *La fragilità che è in noi*, Einaudi, Torino 2014
- Borgna Eugenio, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano 2017
- BPER Banca, *Giocatori d'azzardo patologici e servizi bancari. Le indicazioni di BPER Banca per tutelare la famiglia del giocatore patologico*, vademecum, Modena 2020
- Bruno Raffaele, "Epidemia", in *Dizionario di medicina*, Istituto Treccani, 2010
- Bugetti Maria Novella, Maino Franca (a cura di), *Anziani, nonni e conciliazione famiglia-lavoro*, Quaderni della Fondazione Marco Vigorelli, n. 7, 2021
- Burgio Alessandra et al., "La relazione tra offerta di servizi di *Long Term Care* e i bisogni assistenziali dell'anziano", *Contributi ISTAT*, n. 4, 2010
- Cabrini Silvia, Fiorin Amelia, "Alla ricerca dell'estinzione del condizionamento operante", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2014
- Cacioppo Maria, May Maria Pia, "Laureati in servizio sociale e mercato del lavoro: due realtà opposte. Lombardia: luci e ombre di una regione parsimoniosa", in Tognetti Bordogna Mara (a cura di), *"Voglio fare l'assistente sociale". Formazione e occupazione dei laureati in servizio sociale in tempi di crisi e discontinuità*, Franco Angeli, Milano 2015
- Cacioppo Maria, Tognetti Bordogna Mara, "Le scuole di servizio sociale, tra storia e protagonismi", in *Il racconto del servizio sociale. Memorie, narrazioni, figure dagli anni Cinquanta ad oggi*, Franco Angeli, Milano 2008
- Camera dei Deputati - Servizio Studi (XVIII Legislatura), *Giochi*, scheda, Roma 15/2/2021
- Camera dei Deputati - Servizio Studi (XVIII Legislatura), *La disciplina dei giochi*, scheda, Roma 27/4/2021
- Camera dei Deputati e Senato della Repubblica - Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali anche straniere, *Relazione sulle infiltrazioni mafiose e criminali nel gioco lecito e illecito*, relatore: senatore Stefano Vaccari, Roma 2016
- Campanini Annamaria, "La formazione permanente", in Facchini Carla (a cura di), *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna 2010
- Canova Paolo, Rizzuto Diego, *Fate il nostro gioco. Gratta e Vinci, azzardo e matematica*, add editore, Torino 2016
- Capecchi Vittorio, "I tre paradigmi della ricerca sociologica", *Quaderni di sociologia*, n. 62, 2013
- Capitanucci Daniela, "Giocare con le parole, azzardare con la cura", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2013

- Capitanucci Daniela, "Gioco d'azzardo: qualità della vita e danni collaterali", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2018
- Capitanucci Daniela, "Predicare bene e razzolare male. Riflessioni sul peso della dissonanza cognitiva nello sviluppo di comportamenti di abuso e dipendenza e sull'adozione di strategie autoprotettive", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2015
- Capitanucci Daniela, "Un ambulatorio specialistico sperimentale per il gioco d'azzardo patologico", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 1, 2015
- Capitanucci Daniela, Avanzi Maurizio, Carlevaro Tazio, "La dipendenza da gioco d'azzardo: una dipendenza provocata ad arte", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2015
- Capitanucci Daniela et al., "Imparare dal Covid-19: quando dal lockdown si possono ricavare indicazioni per la prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo dal punto di vista ambientale", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2021
- Caprini Chiara, "Servizio sociale e salute", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Caritas Ambrosiana, *Ferite invisibili. Il mal-trattamento psicologico nella relazione tra caregiver e anziano*, Franco Angeli, Milano 2011
- Carter Adrian, Hall Wayne, Nutt David, "La neurobiologia della dipendenza", in Serpelloni Giovanni, Bricolo Francesco, Mozzoni Marco, *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei dipartimenti delle dipendenze*, 2° ed., Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, Roma 2010
- Cavallari Fabio, "La capacità di fare rete", *I luoghi della cura*, n. 5, 2019
- Cecchi Sergio, "Auto-aiuto", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- CENSIS-Tendercapital, Osservatorio Silver economy, *La Silver economy e le sue conseguenze nella società post Covid-19. Rapporto finale*, Roma 2020
- CERGAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale dell'Università Bocconi, *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Milano 2019
- CERGAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e sociale dell'Università Bocconi, *Rapporto OASI 2020. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano*, Milano 2020
- Chicherio Christian, Ludwig Catherine, Borella Erika, "La capacità di riserva - cerebrale e cognitiva - nell'invecchiamento cognitivo", *Giornale Italiano di Psicologia*, maggio 2012
- Colmo Giusy, "Malati d'azzardo. Anziani e gioco d'azzardo", *Welfare Oggi*, n. 4, 2016
- Comune di Monza - Ufficio Agenda Digitale e Statistica, *Anziani a Monza 2020*, Monza 2020
- Conversano Ciro et al., "Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging and neuropsychological findings", *Harvard Review of Psychiatry*, 2012, 20(3):130-148
- Coppola Liliana et al., *Community programs to promote an active lifestyle. Lombardy's Walking Groups*, relazione a 10th IUHPE European Conference and International Forum for Health Promotion Research, 24-26/9/2018, Trondheim (Norvegia)

- Coriale Giovanna et al., "Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento", *Rivista di psichiatria*, 2015, 50(5):216-227
- Corlito Giuseppe, "Hudolin e Basaglia: alcologia e salute mentale", *Camminando insieme*, n. 1, 2019
- Corlito Giuseppe, "Verso un'ecologia sociale degli stili di vita", *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 3/6/2020
- Corradini Francesca, Avancini Giulia, Raineri Maria Luisa, "Il *social work* con le persone non autosufficienti: riflessioni a partire da una ricerca in Lombardia", *I luoghi della cura*, n. 1, 2021
- Croce Mauro, "Gratta e perdi. Anziani, fragilità, gioco d'azzardo", *Forum della non autosufficienza (e dell'autonomia possibile)*, materiali di workshop, Bologna 16/11/2016
- Croce Mauro, "Il gioco d'azzardo", in Rigliano Paolo (a cura di), *Indipendenze. Alcol e cibo, farmaci e droghe, comportamenti di rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1998
- Croce Mauro, "Offerta di gioco e sviluppo di problematicità: quale relazione?", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2021
- Croce Mauro, Arrigoni Fabrizio, *Gratta e perdi. Anziani, fragilità e gioco d'azzardo*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2017
- Croce Mauro, Bianchetti Raffaele, Sbaragli Sara, "Gioco d'azzardo e criminalità. Riflessioni introduttive e alcuni spunti di ricerca", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2020
- Csengeri Dora et al., "Alcohol consumption, cardiac biomarkers and risk of atrial fibrillation and adverse outcomes", *European Heart Journal*, 2021, 42(12):1170-1177
- Currie Shawn R. et al., "Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities", *Addiction*, 2006, 101(4):570-580
- De Leo Diego, Trabucchi Marco, "Il problema 'solitudine' diventa evidente", *I luoghi della cura*, n. 3, 2020
- Delle Fave Antonella, "Inquadramento generale e prospettive della psicologia positiva", in sito della Società Italiana di Psicologia Positiva, Milano s.d.
- De Micco Sara, *Sulle problematiche giuridiche legate alla dipendenza da gioco d'azzardo: cenni introduttivi sull'istituto in generale e strumenti di tutela del giocatore e dei familiari*, materiali del corso di formazione per operatori ASL della Toscana, 2007
- De Santis Silvia et al., "Microstructural white matter alterations in men with alcohol use disorder and rats with excessive alcohol consumption during early abstinence", *JAMA Psychiatry*, 2019, 76(7):749-758
- Donati Maria Anna et al., "Being a gambler during the Covid-19 pandemic. A study with Italian patients and the effects of reduced exposition", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18, 424
- Eupolis Lombardia, *L'analisi dei piani GAP delle ASL. Il contrasto al gioco d'azzardo patologico nelle aziende sanitarie della Lombardia*, Milano 2015
- European Commission, *Green paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations*, Bruxelles 2021

- Facchini Carla, "Anziani", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Facchini Carla, "L'attività lavorativa: ruolo dell'organizzazione e centralità dell'utenza", in *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna 2010
- Faraudello Alessandra, Costelli Federica, "Il fenomeno del gioco d'azzardo: sintesi dell'evoluzione normativa in Italia", *Diritto & Diritti*, novembre 2020
- Fargion Silvia, "Autodeterminazione", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Fargion Silvia, "Capacità", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Ferrario Franca, "Ambiente e servizio sociale", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Ferrario Paolo, "Dipendenze, tossicodipendenze e politiche dei servizi", in *Politiche sociali e servizi. Metodi di analisi e regole istituzionali*, Carocci Faber, Roma 2014
- Ferrario Paolo, "Politiche e servizi per le tossicodipendenze", in *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Carocci Faber, Roma 2001
- Fiasco Maurizio, "La questione dell'azzardo e il ruolo oggi degli operatori", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2015
- Fiorin Amelia, Fraccaro Simonetta, Giacomazzi Selena (a cura di), *Gioco d'azzardo. Guida pratica di intervento. Counselling finanziario*, Azienda ULSS 8, Castelfranco Veneto (TV) 2015
- Fiorin Amelia, Gaddi Rosalma (a cura di), *Gioco d'azzardo. Guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore*, Azienda ULSS 8, Castelfranco Veneto (TV) 2015
- FIPAC Confesercenti, *Il gioco non ha età. Ludopatia all'epoca della crisi*, dossier, Roma 2013
- Folliero Gabriella et al., *L'amministratore di sostegno applicato al gioco d'azzardo problematico*, Azienda ULSS 2 distretto Asolo (TV) 2018
- Fondazione GIMBE Evidence for Health, *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, report osservatorio GIMBE 7/2019, Bologna 2019
- Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, Helpage International, *Invecchiare nel ventunesimo secolo: un traguardo e una sfida. Sintesi*, New York-Londra 2012
- Fraccaro Simonetta, Ferraro Marianna, Fiorin Amelia (a cura di), *Gioco d'azzardo. Guida pratica di intervento. Il giocatore: abilità e reti*, Azienda ULSS 8, Castelfranco Veneto (TV) 2015
- Fruggeri Laura, "Cambiamento", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Galluzzo Lucia et al., *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?*, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2012

- GBD 2016 Alcohol collaborators, "Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2016, *The Lancet. Public Health*, 2018, 392:1015-1035
- GBD 2017 Italy collaborators, "Italy's health performance, 1990-2017: findings from the Global Burden of Disease study 2017", *The Lancet. Public Health*, 2019, 4:e645-e657
- Ghezzi Giulia, "Il segretariato sociale", in Bertotti Teresa (a cura di), *Il servizio sociale in Comune*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2016
- Giacconi Barbara, Bonifazi Loretta, "Politiche sociali e servizi ad alta integrazione socio-sanitaria per le dipendenze patologiche", in *L'assistente sociale e l'assistente sociale specialista*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2016
- GIGP Gruppo di Interesse per il Gioco d'azzardo Problematico della Svizzera italiana, a cura di Carlevaro Tazio, *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo*, Bellinzona 2004
- Gini Paola et al., *Il problema alcol. Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2010
- Ginzburg Carlo, "Spie. Radici di un paradigma indiziario", in Gargani Aldo (a cura di), *Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane*, Einaudi, Torino 1979
- Giorio Giuliano, "Comunità", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Giunco Fabrizio, intervista a cura di Franco Floris, "Se l'età anziana non è solo medici e radiografie. Ripensare le forme dell'abitare, i percorsi della cura, i servizi intorno alle case", *Animazione Sociale*, aprile 2021
- Gonçalves Alexandra et al., "Relationship between alcohol consumption and cardiac structure and function in the elderly: the atherosclerosis risk in communities study", *Circulation. Cardiovascular Imaging*, 2015, 8(6):e002846
- Grigoletti Paola, "Ascolto", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Gruppo Abele, AUSER, Libera, *L'azzardo non è un gioco. Gioco d'azzardo legale e rischio dipendenza tra le persone over 65 incontrate da AUSER*, report di ricerca, 2013
- Guaita Antonio, Davin Annalisa, "Studiare la fragilità degli anziani", *I luoghi della cura*, n. 1, 2021
- Guarino Sonia (a cura di), "Quando il gioco diventa patologico. Intervista a Daniela Capitanucci e Roberta Smaniotto", *Welfare Oggi*, n. 5, 2013
- Gubert Ester, "Sostenere la domiciliarità: i nodi da sciogliere", *I luoghi della cura*, n. 5, 2019
- Guerreschi Cesare, "Dissociazione e GAP, sintomi neurologicamente correlati o differenziati", *ALEA Bulletin*, n. 3, 2013
- Guerreschi Cesare, "Indagine nazionale sulla percezione del gioco d'azzardo nella popolazione generale", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2017

Guerrini Maria Rosa, "Territorio", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

Guillou Landreat Morgane et al., "Determinants of gambling disorders in elderly people. A systematic review", *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10, 837

Haighton Catherine et al., "A qualitative study of service provision for alcohol related health issues in mid to later life", *PLOS (Public Library of Science) One*, 2016, 11(2)

Hartz Sarah M. et al., "Daily drinking is associated with increased mortality", *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 2018, 42(11):2246-2255

Holt-Lunstad Julianne et al., "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review", *Perspectives on Psychological Science*, 2015, 10(2):227-237

Horton Richard, "Offline: Covid-19 is not a pandemic", *The Lancet*, 2020, 396:874

IFC-CNR Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, *Consumi d'azzardo 2017. Rapporto di ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD ed ESPAD Italia*, CNR Edizioni, Roma 2018

Il Sole24Ore, *Sanità24*, newsletter quotidiana, anni 2019, 2020, 2021

Ingrosso Marco, "Prevenzione", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*, rapporti ISTISAN 18/5, Roma 2018

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Dossier alcol*, dossier di Guadagnare Salute, Editore Zadig, Milano 2011

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2020*, rapporti ISTISAN 20/7, Roma 2020

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021*, rapporti ISTISAN 21/7, Roma 2021

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo*, Roma 2017

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale*, dossier di Guadagnare Salute, Editore Zadig, Milano 2011

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale*, dossier di Guadagnare Salute, Editore Zadig, Milano 2012

ISS Istituto Superiore di Sanità, *Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari*, dossier di Guadagnare Salute, Editore Zadig, Milano 2015

ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*, rapporti ISTISAN 19/28, Roma 2019

ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione. Scheda 2: focus over 65*, Roma 2018

ISS Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS*, rapporti ISTISAN 16/5, Roma 2016

ISS Istituto Superiore di Sanità - Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento, *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021*, rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021, Roma 2021

ISS Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol, *Consumo rischioso di alcol negli anziani: un problema reale che va affrontato con urgenza per oltre 2.700.000 ultra65enni*, Roma 2019

ISS Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol e Centro Nazionale Dipendenze e Doping, *Opinioni e atteggiamenti degli italiani nei confronti delle politiche adottate sul consumo di bevande alcoliche*, Roma 2018

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, *BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma 2021

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, *Il consumo di alcol in Italia*, Roma 2019

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica (a cura di Bologna Emanuela), *Il consumo di alcol in Italia. I dati delle indagini ISTAT*, relazione presentata all'*Alcohol Prevention Day 2019* (18° edizione), Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol, Roma 15/5/2019

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, *I tempi della vita quotidiana. Lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere soggettivo*, Roma 2019

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica - Ufficio territoriale per la Lombardia, *Dati statistici per il territorio. Regione Lombardia*, Milano 2020

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, Ministero della Salute, *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019. Rapporto Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana - ISTAT*, Roma 2021

Jarre Paolo, "Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo", relazione presentata al 1° convegno nazionale *Il gioco d'azzardo in Italia*, Istituto Superiore di Sanità - Centro nazionale dipendenze e doping, Roma 18/10/2018

Jervis Giovanni, *La depressione. Un vuoto oscuro e maligno che possiamo colmare*, Il Mulino, Bologna 2002

Kahneman Daniel, Tversky Amos, "Prospect theory. An analysis of decision under risk", *Econometrica*, 1979, 47(2):263-291

Kranzler Henry R. et al., "Genome-wide association study of alcohol consumption and use disorder in 274.424 individuals from multiple populations", *Nature Communications*, 2019, 10:1499

- Lacatena Anna Paola et al., "Gambling e cura", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2, 2013
- Lal Rakesh, Pattanayak Raman Deep, "Alcohol use among the elderly: issues and considerations", *Journal of Geriatric Mental Health*, 2017, 4:4-10
- Lavanco Gioacchino (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura*, Pacini Editore, Pisa 2013
- Limosani Ivan et al., "Il disturbo da gioco d'azzardo: l'esperienza pilota di uno sportello in un ospedale metropolitano", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2020
- Locati Valeria, "La donna, il gioco e il lavoro di cura. Clinica ed emozioni di un processo non solo al femminile", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2015
- Longoni Beatrice, "Le professioni di cura si raccontano: fra ricerca e testimonianza", *I luoghi della cura*, n. 3, 2019
- Longoni Beatrice, Rossin Maria Raffaella, Sarassi Antonio Andrea, *Alcol e anziani. Perché e come prendersi cura*, Erickson, Trento 2016
- Longoni Beatrice, Rossin Maria Raffaella, Sarassi Antonio Andrea, "Alcol e anziani: un problema sottovalutato", *Welfare Oggi*, n. 4, 2015
- Luppi Maria (a cura di), "Innovare il tirocinio. La formazione di base degli assistenti sociali di fronte a nuovi bisogni e a nuove politiche", *Working Paper 2W*, n. 3, 2019
- Luppi Maria et al. (a cura di), *Sguardi sul servizio sociale. Esperienze e luoghi di una professione che cambia*, Franco Angeli, Milano 2016
- Luppi Matteo, *Isolamento e qualità della vita nell'età anziana fragile*, Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali, Working Papers n. 1/2021
- Manattini A. et al., *Prospettive e ostacoli incontrati dai professionisti sanitari e sociali nell'interfacciarsi con la solitudine esistenziale degli anziani. Report internazionale*, Unione Europea - Programma Erasmus+, ALONE Innovative Health Professionals Training Program on Existential Loneliness among Older People, 2019-1
- Manconi Laura, Porcaro Paolo, *Cosa è la partecipazione civica*, Formez Pa - Dipartimento della Funzione Pubblica, Roma 2015
- Manthey Jakob et al., "Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study", *The Lancet*, 2019, 393:2493-2502
- Marasso Brandone Valentina, Pellerano Fabio, "Una sintesi degli studi su pubblicità e gioco d'azzardo", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2019
- Marchetti Fabio, Monti Luciano, *La percezione sociale del gioco d'azzardo in Italia. Rapporto 2018*, Fondazione Bruno Visentini, Roma 2018
- Martinelli Flavia, Cilio Alessandro, Vecchio Ruggeri Sabrina, *Ageing in place e contesto abitativo. I condizionamenti dell'ambiente costruito sulla qualità della vita e sui rischi di isolamento degli anziani fragili*

che invecchiano soli a casa propria: barriere, mobilità, socialità, Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali, Working Papers n. 6/2021

Martorelli Salvatore, Zani Paolo, *Una piccola storia della previdenza in Italia*, FNP CISL Milano metropoli, Milano s.d. [ma dopo 2011]

Mauri Giulia, *Il consumo di alcol e il gioco d'azzardo negli anziani. Un percorso tra realtà e percezioni nel comasco*, tesi di laurea, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea magistrale in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, Milano 2020

Melchiorre Maria Gabriella et al., *Anziani soli e reti di cura: una comparazione territoriale*, Politecnico di Milano - Laboratorio di Politiche Sociali, Working Papers n. 3/2021

Milani Paola, Jus Marco, "Resilienza", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

Miller William R., Rollnick Stephen, "Conversazioni sul cambiamento", in *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Erickson, Trento 2014

Minci Monica, Prever Fulvia, "Nuove emergenze ai tempi del Covid. Gioco on line: quali i rischi e quali i possibili strumenti di prevenzione", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2020

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*, Roma 2021

Ministero della Salute - Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, *Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità*, Roma 2021

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Piano nazionale della prevenzione 2020-2025*, Roma 2020

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2013*, Roma 2014

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2018*, Roma 2019

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2019*, Roma 2020

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/3/2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Anno 2020*, Roma 2021

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Osservatorio per il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, *Considerazioni sul processo di evoluzione tecnologica degli apparecchi*, Roma 2017

Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Osservatorio per il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, *Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da gioco d'azzardo patologico (GAP)*, Roma 2017

Mondini Sara, *Riserva cognitiva e riabilitazione*, slides, Università di Padova - Dipartimento di psicologia generale, Padova 2014

Morin Edgar, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina, Milano 2000

Moscato Alba, Varescon Isabelle, *Viellissement et aides a domicile en France: les conduits d'alcoolisation et les substituts parentaux*, in sito della Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica, Milano s.d.

Muggleton Naomi et al., "The association between gambling and financial, social and health outcomes in big financial data", *Nature human behaviour*, 2021, 5:319-326

Natali Daniela, "Alcol e anziani. Emergenza dimenticata", *Corriere della Sera*, 11/12/2016

Nayak Madhabika B. et al., "Alcohol's secondhand harms in the United States: new data on prevalence and risk factors", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2019, 80(3): 273-281

Ong Anthony D., Uchino Bert N., Wethington Elaine, "Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis", *Gerontology*, 2016, 62(4):443-449

Ordine Assistenti Sociali - Consiglio Nazionale, *Codice Deontologico dell'assistente sociale*, Roma 2020

Ordine Assistenti Sociali - Consiglio Nazionale, *Il servizio sociale e l'assistente sociale*, Roma 2013

Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia - Gruppo Amministrazione di sostegno, *Linee di indirizzo per assistenti sociali in tema di amministrazione di sostegno e protezione giuridica delle persone prive in tutto o in parte di autonomia*, Milano 2015

Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia - Gruppo Anziani, a cura di Beatrice Longoni, *Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 1: dal questionario ai dati*, Milano 2020

Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia - Gruppo Anziani, a cura di Beatrice Longoni, *Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 1: dal questionario ai dati - Versione "in pillole"*, Milano 2020

Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia - Gruppo Protezione giuridica, a cura di Daniela Polo, *La gestione delle amministrazioni di sostegno tra complessità e deontologia. Risposte ai quesiti degli assistenti sociali operativi nei servizi per la gestione della protezione giuridica*, Milano 2020

Ordine Assistenti Sociali Regione Lombardia, IRS Istituto per la Ricerca Sociale, Lombardia Sociale, *Una professione alle corde? Gli assistenti sociali lombardi di fronte alla crisi del welfare*, materiali di convegno, Milano 2013

Ordine degli Psicologi della Lombardia, *Anziani, famiglie e servizi. Le buone pratiche degli psicologi*, Milano s.d. [ma dopo 2017]

- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Quali sono le evidenze sul ruolo delle arti nel miglioramento della salute e del benessere? Una scoping review*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2019
- Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS, *AUDIT: intercettare precocemente e prevenire è meglio che rischiare*, nota a cura di Silvia Ghirini et al., Istituto Superiore di Sanità, Roma 2010
- Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS, *Consumo di alcol negli anziani: un problema reale che va affrontato con urgenza*, nota a cura di Emanuele Scafato et al., Istituto Superiore di Sanità, Roma 2015
- Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS, *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2010
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, *Healthy Ageing. Dieci regole per invecchiare in buona salute. Decalogo 2012*, Health Publishing and Services, Milano 2012
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Istituto di Sanità Pubblica - sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, *La salute dell'anziano e l'invecchiamento in buona salute. Stato di salute, opportunità e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Libro Bianco 2012*, Milano, Health Publishing and Services, Milano 2012
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, *Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma 2021
- Osservatorio sulla spesa pubblica e sulle entrate 2020, *Silver Economy, una nuova grande economia. Le opportunità dell'invecchiamento in ottica sociale, economica e di sostenibilità*, Centro studi e ricerche Itinerari Previdenziali, Milano 2020
- Palummeri Ernesto, Bianchi Claudia, "Individuazione precoce e prevenzione della fragilità nella popolazione che invecchia", *I luoghi della cura*, n. 1, 2019
- Perilli Maria Cristina, *Giocati dall'azzardo. Mafie, illusioni e nuove povertà*, Sensibili alle foglie, Roma 2015
- Perilli Maria Cristina, *L'anziano e il GAP/DGA*, relazione presentata al seminario AUPI "Il lavoro dello psicologo con gli anziani", Milano 28/11/2018
- Pierò Andrea, Di Pilato Mariella, Longo Rita, Tortone Claudio, *Una interpretazione salutogenica della carta di Ottawa*, Regione Piemonte - Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Torino 2014
- Pieroni Gloria, "Contesto", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Pinquart Martin, Sörensen Silvia, "Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis", *Basic and Applied Social Psychology*, 2001, 23(4):245-266
- Pirola Nadia, *Le competenze degli assistenti sociali. Una ricerca in Lombardia*, tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea magistrale in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, Milano 2016

Pistuddi Annalisa et al., "Anziani e gioco d'azzardo: una ricerca su consapevolezza, abitudini e rischi tra gli over 65 anni con il Senior Problem Gambling Questionnaire (SPGQ)", *Mission. Italian Quarterly Journal of Addiction*, n. 48, 2017

Poli Riccardo, De Facci Riccardo, Iori Matteo, "Malati d'azzardo. Responsabilità in gioco", *Welfare Oggi*, n. 4, 2016

Pozzoni Sara, *Bere troppo in età anziana: voci ed esperienze degli operatori*, tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea magistrale in Programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali, Milano 2017

Pozzoni Sara, *Promuovere e sostenere il cambiamento: assistenti sociali, alcolisti e familiari raccontano*, tesi di laurea, Università degli Studi di Milano-Bicocca, corso di laurea in Servizio Sociale, Milano 2015

Pregno Cristiana, *Servizio sociale e anziani*, Carocci Faber, Roma 2016

Pregno Cristiana, "Tempo", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, a cura di Serpelloni Giovanni, *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*, Roma 2013

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Piano d'azione nazionale GAP 2013-2015. Area prevenzione*, Roma 2013

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2019 (dati 2018)*, Roma 2019

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2020 (dati 2019)*, Roma 2020

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2021 (dati 2020)*, Roma 2021

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche per la Famiglia, INRCA Health and Science on Aging, *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia*, Roma 2020

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche per la Famiglia, INRCA Health and Science on Aging, *Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo*, Roma 2021

Prever Fulvia, "Le donne e l'azzardo", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2015

Prever Fulvia, "Ticket redemption. Vincere... è un gioco da ragazzi", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2016

Prever Fulvia, Bowden-Jones Henrietta, *Donne e disturbo da gioco d'azzardo. Una prospettiva internazionale al femminile su trattamento e ricerca*, Edizioni d'Este, Milano 2021

Prever Fulvia, Haggiag Elize, *La specificità di genere nel trattamento del gioco d'azzardo patologico. Gruppo "Donne in gioco"*, relazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma 10/3/2016

Prever Fulvia, Locati Valeria, "Women who gamble. A group clinic experience through the circus metaphor and other stories. Presentazione alla 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Loutraki (GR) 2012", *ALEA Bulletin*, n. 1, 2013

Prever Fulvia, Minci Monica, *Donne & gioco d'azzardo. Le donne in primo piano: clinica e ricerca del disturbo da gioco d'azzardo femminile in un'ottica transculturale*, relazione al corso di formazione organizzato dal Gruppo Azzardo Ticino Prevenzione, Lugano 29/11/2018

Puggioli Paolo, Boschini Francesco, Caroni Umberto, "Le responsabilità del sovraindebitamento", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2018

Quercia Valerio, "Servizio sociale e dipendenze", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

Ragazzoni Paola et al., *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria e applicazioni. Modello transteorico di Di Clemente e Prochaska*, Regione Piemonte - Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Torino 2014

Raineri Maria Luisa, "Community Care", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

Raineri Maria Luisa, "Interventi per problemi di dipendenza", in *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione*, Erickson, Trento 2013

Ranci Costanzo, *In-Age abitare l'età fragile. La solitudine dei numeri ultimi*, Politecnico di Milano, 2019

Regione Lombardia, *Notizie in rete. Promozione della salute in Lombardia. Aggiornamento quindicinale su risorse per lo sviluppo di politiche integrate*, anni 2019, 2020, 2021

Regione Lombardia - Centro regionale di governo e monitoraggio della sicurezza stradale, *Anziani e incidenti stradali. Analisi e monitoraggio degli incidenti stradali relativi agli anziani in regione Lombardia*, Eupolis Lombardia, quaderno n. 3, Milano 2017

Respi Chiara, "I corsi di laurea in servizio sociale: distribuzione territoriale e struttura dell'offerta formativa", in Tognetti Bordogna Mara (a cura di), *"Voglio fare l'assistente sociale". Formazione e occupazione dei laureati in servizio sociale in tempi di crisi e discontinuità*, Franco Angeli, Milano 2015

Rhéaume Jacques, "Cambiamento", in Barus-Michel Jacqueline, Enriquez Eugène, Lévy André (a cura di), *Dizionario di psicopsicologia*, Raffaello Cortina, Milano 2005

Righetto Gabriele, "Ambiente", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013

Riva Paolo, Sacchi Simona, Brambilla Marco, "Humanizing machines. Anthropomorphization of slot machines increases gambling", *Journal of Experimental Psychology Applied*, 2015, 21(4):313-325

Riva Vanna, *Etnografia del servizio sociale. Professionalità e organizzazione nel lavoro dell'assistente sociale*, Vita e Pensiero, Milano 2014

Riva Vanna, "L'assistente sociale dell'ente locale e la valutazione dell'anziano fragile: tra opportunità e rischi", *I luoghi della cura*, n. 1, 2019

- Riva Vanna, "L'assistente sociale e il lavoro con le persone anziane", in Bertotti Teresa (a cura di), *Il servizio sociale in Comune*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2016
- Rossi Emanuele, Vivaldi Elena, "Diritti sociali", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Rossin Maria Raffaella, "Il dolore nascosto di chi beve troppo", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 5, 2010
- Rossin Maria Raffaella et al., "Percorso filmico di psico-educazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti", *Rivista di psichiatria*, 2021, 56(3):157-166
- s.a., "Ageismo", in *Neologismi*, Istituto Treccani, 2016
- s.a., "Capacity building", in *Lessico del XXI secolo*, Istituto Treccani, 2012
- s.a., "Sindemia", in *Neologismi*, Istituto Treccani, 2020
- Sartori Patrizia, "Empowerment sociale", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Savron Gianni, "Ticket redemption: quale prevenzione?", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2016
- Scabini Eugenia, "Psicologia del ciclo di vita", in Istituto Treccani, *Enciclopedia Italiana*, V appendice, 1994
- Scafato Emanuele, "Gli anziani e l'alcol: la prevenzione per l'healthy ageing", *Drog@news*, n. 9, 2011
- Scafato Emanuele, *Impatto alcol e dipendenza sul SSN*, materiale presentato all'audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato su potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid, 9/2/2021
- Scafato Emanuele, *L'alcol in era Covid: le strategie di prevenzione dell'OMS, lo scenario europeo, l'impatto epidemiologico in Italia*, relazione presentata all'Alcohol Prevention Day 2021 (20° edizione), Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol, Roma 14/5/2021
- Scafato Emanuele et al., "Alcol e coronavirus disease-19: la prevenzione che manca. Necessità e urgenza di rinnovamento organizzativo e funzionale della rete di cura del sistema sanitario nazionale", *Alcologia*, n. 40, 2020
- Schwarzinger Michaël et al., "Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-2013: a nationwide retrospective cohort study", *The Lancet. Public Health*, 2018, 3:e124-e132
- SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, *Quando si diventa "anziani"?*, Firenze 7/12/2018
- Simone Daniela, "Accoglienza", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Smith Kimberley et al., "The association between loneliness, social isolation and inflammation: a systematic review and meta-analysis", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, ISSN 0149-7634 1873-7528, 2020
- Spagnoli Alberto, "... e divento sempre più vecchio". *Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento*, Bollati Boringhieri, Torino 1995
- Spisni Laura, "Servizio sociale e cure geriatriche", in Dente Franca (a cura di), *Nuove dimensioni del servizio sociale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2013

- Steptoe Andrew et al., "Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2013, 110:5797-5801
- Stefanini Pietro, "Amministratore di sostegno", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Subramaniam M. et al., "Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review", *Addictive Behaviors*, 2015, 41:199-209
- Taccani Patrizia, "Caregiver", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Tam Christina C., Karriker-Jaffe Katherine J., Greenfield Thomas K., "Drinking and Neighborhood contexts of alcohol's harms from others", *Alcohol and Alcoholism*, 2021, 1-8
- Tamburini Anna, "Aiuto", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Tarsia Tiziana, *Pratiche di osservazione nella formazione degli assistenti sociali. Percorsi possibili fra università, comunità professionale e territorio*, paper for the Espanet Conference "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni", Università degli Studi di Torino, Torino 18-20/9/2014
- Testa Giovanna, "Funzione trasformativa e rilevanza politica del servizio sociale", *Animazione Sociale*, aprile 2021
- Tonon Giraldo Silvana, "Formazione al servizio sociale", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Tonon Giraldo Silvana, "Servizio sociale e anziani", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Topiwala Anya et al., "Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study", *British Medical Journal*, 2017, 357:2353
- Torrigiani Filippo (a cura di), *Gioco sporco, sporco gioco. L'azzardo secondo le mafie*, CNCA Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, Roma 2017
- Università LUISS Guido Carli - Centro Arcelli per gli Studi Monetari e Finanziari, a cura di Pandimiglio Alessandro e Spallone Marco, *La recente evoluzione del mercato dei giochi in Italia*, Roma 2018
- Urbano Monica, "Dipendenze", in Campanini Annamaria (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma 2013
- Verrastro Valeria (a cura di), "Gambling, il trattamento del gioco d'azzardo patologico", *Quale psicologia*, supplemento n. 4, 2016
- Wöhr Andrea, "Factors influencing treatment-seeking behavior in female pathological gamblers: scientific background", *ALEA Bulletin*, n. 2, 2015
- Wood Angela M. et al., "Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599.912 current drinkers in 83 prospective studies", *The Lancet*, 2018, 391:1513-1523

World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, *Alcoholic drinks and the risk of cancer*, CUP (Continuous Update Project) expert, 2018

World Health Organization - International Agency for Research on Cancer, *Alcohol and cancer in the WHO European region. An appeal for better prevention*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2020

Zamponi Lorenzo, "Le guerre tra poveri nella pandemia diseguale", *Jacobin Italia*, 15/4/2021

Zannini Lucia, *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*, Pensa MultiMedia, Lecce-Rovato 2015

Ziani Laura, "Finanziarizzazione", in *Dizionario di economia e finanza*, Istituto Treccani 2012

VIDEOGRAFIA

AIRC Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, *Bere alcol può causare il cancro?*, 21/7/2021, 3' 33", https://www.youtube.com/watch?v=F_Wn4rIQBS0

Bellio Graziano, *La dipendenza da gioco non è un gioco*, intervista a margine di "Affascinati dal cervello/10. Vecchie e nuove dipendenze. Neuroscienze approcci incrociati", Istituto Regionale Studi Europei Friuli-Venezia Giulia, 21/10/2017, 10' 27", <https://www.youtube.com/watch?v=5mwhdI2IEVw>

Ghiselli Andrea, *Bevande alcoliche: il meno possibile. 8 linee guida per una sana alimentazione*, CREA (Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria) - Centro di ricerca alimenti e nutrizione, 10/7/2020, 6' 3", <https://www.youtube.com/watch?v=7a3f1sCAUDY>

Scafato Emanuele, *Know how salute: un po' di alcol fa male?*, Repubblica TV, 9/7/2018, 15' 18", <https://video.repubblica.it/know-how/know-how-salute-un-po-di-alcol-fa-male-integrale/310012/310647?>