# Gioco d’azzardo e alcol in età anziana: il 2° report della ricerca dell’Ordine Assistenti Sociali Lombardia

*Fenomeni diffusi, ma sommersi e poco indagati. Parliamo del bere tardivo e del gioco d’azzardo in età anziana, affrontati dall’Ordine Regionale degli Assistenti Sociali della Lombardia attraverso una ricerca ad hoc, di cui l’articolo presenta il 2° report (il 1° report è stato oggetto di un articolo pubblicato dalla nostra rivista il 14/5/2021). L’indagine, che ha sollecitato la comunità professionale a “fermarsi” e interrogarsi sul tema, ha evidenziato alcuni punti di riflessione e questioni aperte rilevanti, tratteggiando la situazione esistente e indicando interessanti piste di pensiero e di azione.*

**Di** Beatrice Longoni *(già Consigliere referente del Gruppo Anziani del CROAS Lombardia, coordinatrice della ricerca)*, Manuela Zaltieri *(Presidente del CROAS Lombardia)*

Il gioco d’azzardo e l’alcol in età anziana sono temi trasversali a una molteplicità di servizi diversi. Proprio per questo la ricerca “Gioco d’azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi” è stata rivolta all’intera comunità professionale, con un allargamento di orizzonti che risponde a una strategia di ampio respiro.

## L’importanza di fare ricerca in area anziani

La ricerca, ideata e realizzata dal Gruppo Anziani dell’Ordine, è stata fortemente voluta e sostenuta dal CROAS Lombardia – in particolare da Mirella Silvani, che ne è stata Presidente nel mandato 2017/2021, periodo 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. L’indagine è stata indirizzata agli oltre 5.000 assistenti sociali (AS) 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.

Il percorso è risultato molto arricchente, ma complesso: la definizione di disegno di ricerca e questionario, la somministrazione dello strumento di rilevazione, l’elaborazione e l’analisi di dati e informazioni raccolti, la stesura dei report di ricerca hanno richiesto alcuni anni di lavoro. Sul sito del CROAS Lombardia sono reperibili il 1° report, pubblicato in dicembre 2020 e di carattere più rendicontativo e il 2° report, pubblicato in dicembre 2021 e di carattere più riflessivo. L’ultimo capitolo del 2° report approfondisce gli argomenti individuati, fra i tanti possibili, come punti di riflessione rilevanti e questioni aperte: la prevenzione, la solitudine dell’anziano, la motivazione al cambiamento, i familiari, il ruolo di MMG e servizi sociali territoriali nell’intercettazione precoce, la preparazione/formazione degli AS. In questo articolo tratteremo, in forma sintetica, la solitudine dell’anziano, i familiari e il possibile ruolo del MMG.

Nell’attuale fase conclusiva di lavoro **il Gruppo Anziani del CROAS Lombardia è impegnato nella comunicazione su esiti emersi, punti di riflessione individuati e questioni aperte**. Tramite *webinar*, seminari in presenza, stampa generalista e specializzata l’Ordine lombardo si rivolge alla propria e ad altre comunità professionali, alle realtà del privato sociale che intervengono per e con anziani, ai gruppi di auto mutuo aiuto, alla popolazione in generale, in una logica preventiva e proattiva: questa può basarsi solo su conoscenza, acquisizione di consapevolezza, senso di responsabilità e di

impegno, nella circolarità prassi-teoria-prassi che caratterizza la professione. In questa fase, importante è risultata la presentazione alla 3° Conferenza Italiana sulla Ricerca di Servizio Sociale , svoltasi a Roma il 3-4/6/2022, nell'ambito della sessione "Servizio sociale e anziani": un contributo significativo in un'area tematica ancora poco indagata da parte della comunità professionale, che è viceversa molto implicata nell'operatività dei servizi per e con anziani.

**L'area anziani occupa un numero consistente di AS, ma rimane ancora poco attrattiva anche per gli studenti e i neo-laureati**, che la immaginano come area grigia, poco stimolante, perfino deprimente, poco impegnativa e poco soddisfacente in termini di progettualità, creatività e sfida professionale. **L'esperienza della ricerca ha messo in luce le grandi potenzialità nello sviluppo e diffusione del sapere professionale degli AS in area anziani**, non in rapporto a problemi evidenti e già esplorati ma in una logica preventiva e anticipatoria, cui lo spirito vitale e le caratteristiche dei gruppi tematici del CROAS Lombardia hanno fornito il motore e il contesto di espressione.

## Alcol e gioco d'azzardo, due temi con molte affinità

Pur presentando proprie specificità, alcol e gioco d'azzardo sono temi che condividono molti aspetti:

1. origini antichissime e diffusione in tutto il mondo
2. disponibilità continua e varia di occasioni e possibilità di consumo, facilmente accessibili
3. ampia presenza nella storia di persone e famiglie di diversa estrazione socio-culturale e condizione economica, nella vita quotidiana, nelle case e in luoghi aperti al pubblico
4. accettazione sociale di un comportamento visto e vissuto come legale, innocuo, normale, anche perché associato a relax, tempo libero, convivialità
5. scarsa conoscenza e sottovalutazione diffusa di rischi e danni, anche per misconoscimento[1]
6. interesse di un'industria fiorente, che occupa posizioni di rilievo nell'economia nazionale e viene talvolta caricata di significati culturali e valoriali fuorvianti[2]
7. ambigua sottolineatura della responsabilità individuale nel non superare il confine invisibile che separa moderazione da rischio / problema, avulsa da un contesto tollerante, se non promuovente[3]; conseguenti stigma e vergogna che segnano chi eccede
8. coinvolgimento delle famiglie
9. ricadute degli eccessi nelle vite di molte persone e famiglie e nei costi, non solo economici, sostenuti dalla collettività
10. intervento tardivo delle istituzioni, a lungo orientate a tutela dell'ordine pubblico, contrasto delle attività illegali e controllo dei comportamenti individuali, più che alla salute individuale e collettiva.

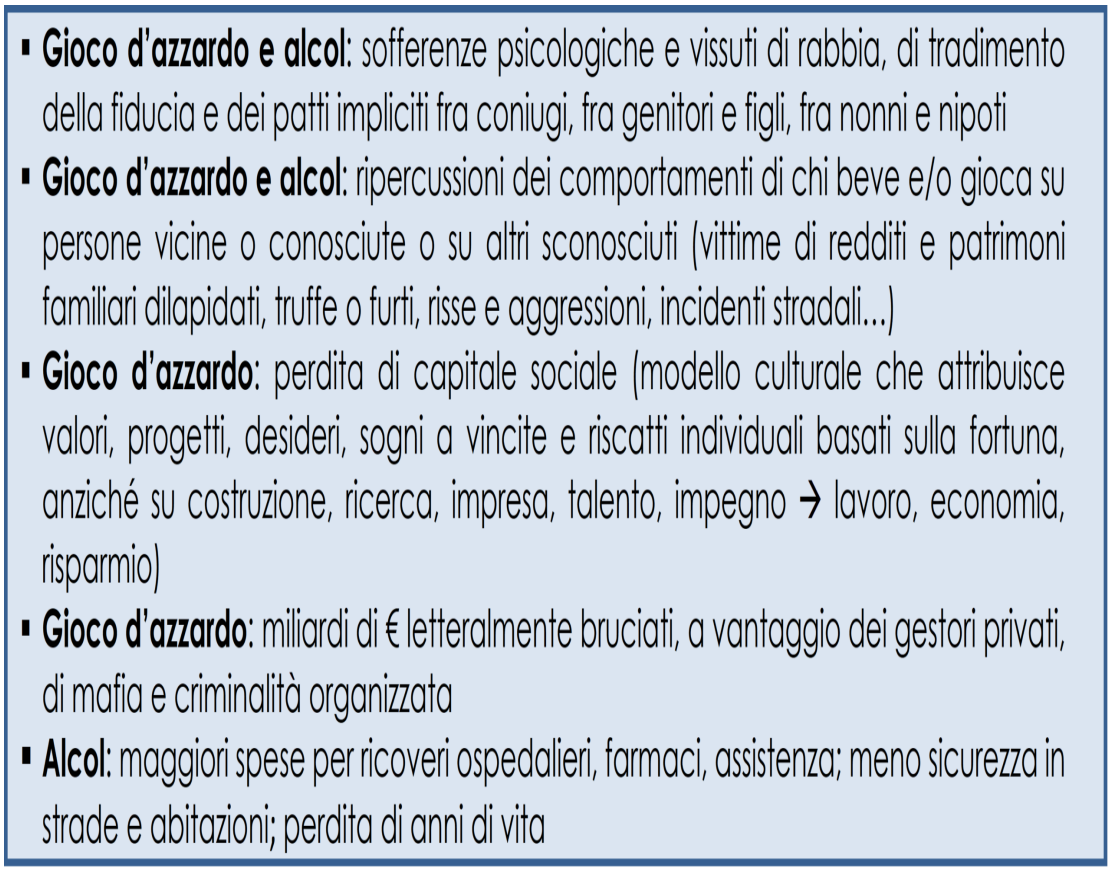
**Il consumo alcolico e il gioco d'azzardo sono vere e proprie questioni di salute pubblica, non ancora pienamente riconosciute come tali e spesso ricondotte a una sfera privata e individuale**, misconoscendo le loro influenze sul tessuto sociale. La linea che separa le pratiche considerate socialmente come innocue da quelle pericolosamente a rischio è molto sottile: **individuare le situazioni problematiche non è semplice ma è fondamentale, per contribuire a interventi di prevenzione, trattamento e riduzione del danno**, dato che per entrambi i problemi la progressione è per tutti, in un tempo più o meno lungo, dal comportamento sociale a quello problematico e da qui al comportamento patologico.

**Gli anziani sono danneggiati dall'alcol più di altre fasce di età e sono particolarmente vulnerabili al gioco d'azzardo**, risultando esposti a possibili danni bio-psico-sociali, giuridici ed economici. Quando si manifestano come comportamenti di consumo disfunzionali, alcol e gioco d'azzardo possono danneggiare non solo i singoli individui, ma anche le famiglie e la comunità intera, con sofferenze e perdite di vario genere.

- **Gioco d'azzardo**: impoverimento (economico ma anche relazionale, psicologico, valoriale) + rischio di problemi legali e finanziari gravi (debiti, ricorso a prestiti d'usura, appropriazioni indebite...)
- **Alcol**: rischi e danni alla salute: danni agli organi (cervello più che fegato), compromissione del sistema immunitario, maggiore rischio di cancro (non solo all'apparato digerente) e di demenza, decadimento cognitivo più veloce, interferenze su equilibrio e massa ossea con maggior rischio di cadute e di possibili fratture, disturbi al sonno, interferenze sull'efficacia dei farmaci assunti e possibili reazioni avverse, possibili danni da abbinamento con psicofarmaci (ansiolitici, sedativi ipnotici)
- **Gioco d'azzardo e alcol**: più depressione e ansia
- **Gioco d'azzardo e alcol**: influenze sulle relazioni di coppia, familiari e sociali (conflitti, sospettosità, perdita di fiducia e di serenità, distanza affettiva, allontanamento da gruppi o evitamento da singoli)
- **Gioco d'azzardo e alcol**: più solitudine e isolamento sociale

*Fonte: sintesi da ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni"*

Box 1 – Possibili rischi e danni per l'anziano che beve e/o gioca d'azzardo




*Fonte: sintesi da ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni"*

Box 2 – Possibili rischi e danni per famiglie e società ("azzardo passivo", "alcol passivo")

## Uno sfondo culturale che determina invisibilità

Sul gioco d'azzardo e l'alcol hanno un forte ruolo gli aspetti socio-culturali, che incidono non solo sul fenomeno e sulle sue modalità di espressione, ma anche sulle percezioni dei professionisti e sugli interventi di prevenzione e di intercettazione precoce. **La ricerca sugli AS lombardi ha evidenziato che questi ritengono più diffuso fra gli anziani il gioco d'azzardo che l'alcol; viceversa, secondo l'Istituto Superiore di Sanità per il gioco d'azzardo è a rischio il 5% della popolazione anziana, problematica il 2% (ISS, 2019), contro il 20% a rischio per l'alcol, che sale al 34% se si considerano solo gli over 65 maschi (ISS, 2021).**

Va considerato che il consumo alcolico continua a risentire di pervicaci, antiche e fuorvianti resistenze culturali, con perdurante sottovalutazione dei suoi effetti, mentre il gioco d'azzardo è oggetto di crescente attenzione, specie da parte di enti locali, associazioni, servizi e professionisti attenti e consapevoli. Riguardo all'alcol, poi, si esprime un maggiore allarme sociale per i giovani che per gli anziani, che si riflette sull'atteggiamento delle istituzioni. I comportamenti dei giovani sono visibili e "fanno rumore"[4]. Forma diffusa fra i giovani è il *binge drinking* (abbuffata alcolica), per "sballare".

Per gli anziani il modello di consumo è più tradizionale, caratterizzato dall'assunzione quotidiana di vino ai pasti, per piacere e abitudine consolidata. Il comportamento a rischio più diffuso è un consumo superiore (spesso inconsapevolmente) alla misura da non superare definita dagli organismi sanitari nazionali e internazionali[5].

**Il mix di alcol e nuove droghe sintetiche da parte dei giovani preoccupa, il mix quotidiano di vino e farmaci degli anziani resta invisibile.** Il Ministero della Salute dichiara che le fasce di popolazione più a rischio, per entrambi i generi, sono i giovani (specie i 16-17enni) e gli anziani (Ministero della Salute, 2022). **Nel marzo 2022 si è tenuta la** 2° Conferenza Nazionale Alcol, **14 anni dopo la 1°**: opportunamente, una sessione tematica è stata dedicata ai giovani, mentre **non è ancora stato previsto un approfondimento specifico riguardo agli anziani**.

## Il nemico numero 1: la solitudine dell'anziano e l'isolamento sociale

All'avanzare dell'età aumenta la quota di persone anziane che vivono sole e il rischio di isolamento sociale, causato e amplificato da fattori oggettivi che caratterizzano il processo di invecchiamento[6]. **La solitudine oggettiva** – definita da situazione abitativa, stato civile e di convivenza, rete familiare e sociale di supporto – **va differenziata dalla solitudine soggettivamente percepita come fonte di malessere psicologico e di disagio esistenziale**: sentirsi soli, perfino trascurati o abbandonati, non coincide sempre con i dati oggettivi osservati da chi entra in contatto con gli anziani.

Il vissuto di solitudine fa soffrire e pone a grande rischio salute e benessere. **È ormai scientificamente provato che la solitudine fa ammalare e può risultare perfino mortale**[7]: 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, oggetto quindi di studi specifici.

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 operatori sanitari e sociali che individuano e affrontano la solitudine esistenziale delle persone anziane nel loro lavoro quotidiano (Manattini et al, 2019).

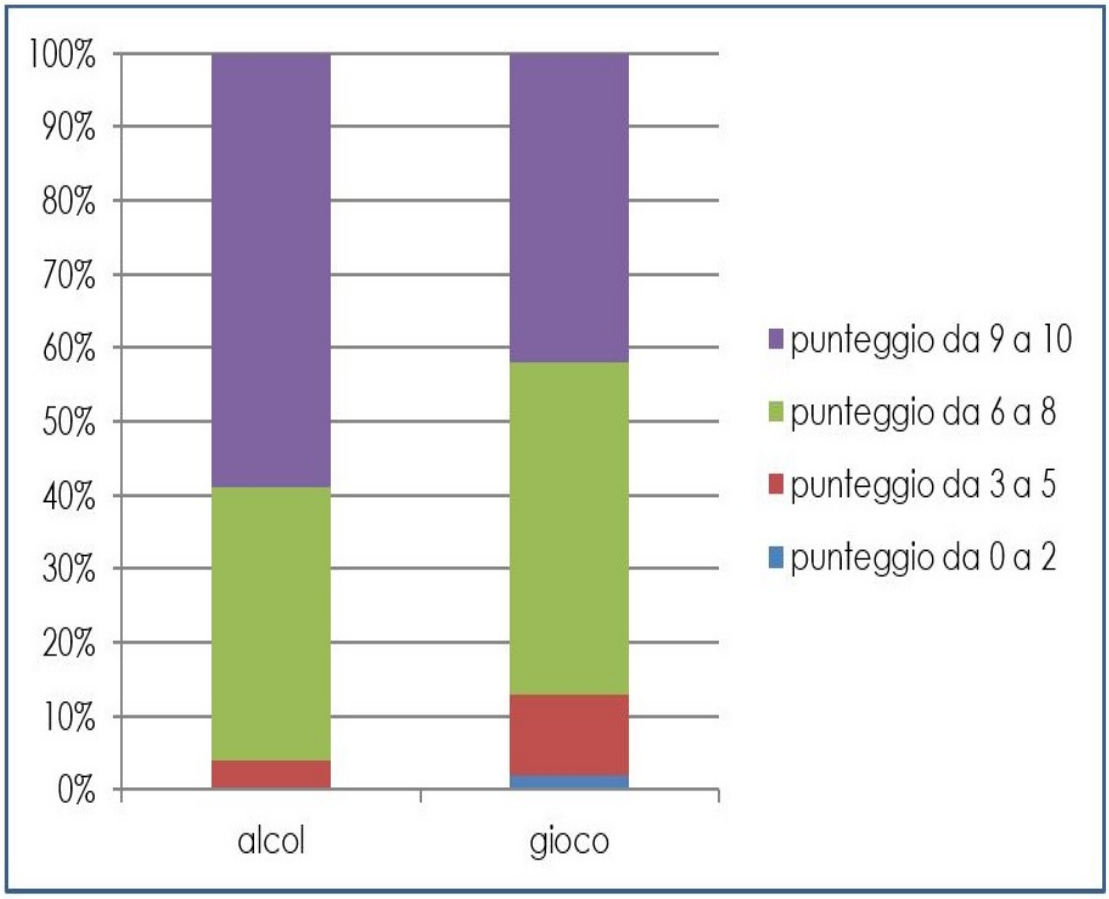
Tutti gli operatori italiani intervistati concordano sul fatto che ci si possa sentire soli anche quando si è circondati da altre persone (figli compresi). **La solitudine viene correlata da questi intervistati a: percezione da parte dell'anziano di non aver nulla di importante nella propria vita; inadeguate modalità adottate per affrontare difficoltà ed eventi critici** (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.

Un'interessante ricerca realizzata nel 2019 dal Laboratorio di Politiche Sociali del Politecnico di Milano (Arlotti e Cerea, 2021) 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: è emersa la situazione degli anziani che, pur in condizioni fisiche discrete o poco compromesse, sembrano presentare condizioni di isolamento sociale più problematiche, da cui discende – specie 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.

Studiosi e operatori di varia professionalità (psicologi, sociologi e AS, medici) hanno definito caratteristici percorsi di approdo in età anziana al consumo alcolico o al gioco d'azzardo problematico o patologico:

- *late-onset drinkers o reactors* (bevitori tardivi) e giocatori per dolore, che iniziano a bere alcol o a giocare d'azzardo per 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;
- giocatori per noia, che arrivano al gioco d'azzardo per curiosità, imitazione, senso di vuoto, sensazione di non avere nulla da fare, bisogno di riempire ore vuote; sono presenti pigrizia, tedio, solitudine, mancanza di altre occasioni

aggregative, di svago e di socializzazione.




*Fonte: ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni"*

Figura 1 – Punteggi attribuiti al fattore di rischio "solitudine" nel divenire bevitore tardivo o giocatore anziano

La solitudine, quindi, emerge come fondamentale fattore di rischio; rappresenta un ostacolo importante al riconoscimento tempestivo e all'intercettazione del problema nella rete naturale, alla segnalazione del problema ai servizi, al coinvolgimento nel percorso di aiuto di familiari o referenti significativi per l'anziano. Deve pertanto essere attenzionata e contrastata, sia a livello individuale che sociale, dato il ruolo preventivo e protettivo delle reti e delle occasioni di socializzazione.

## I familiari

La famiglia è molto implicata nel consumo rischioso o dannoso di alcol e nel gioco d'azzardo problematico o patologico:

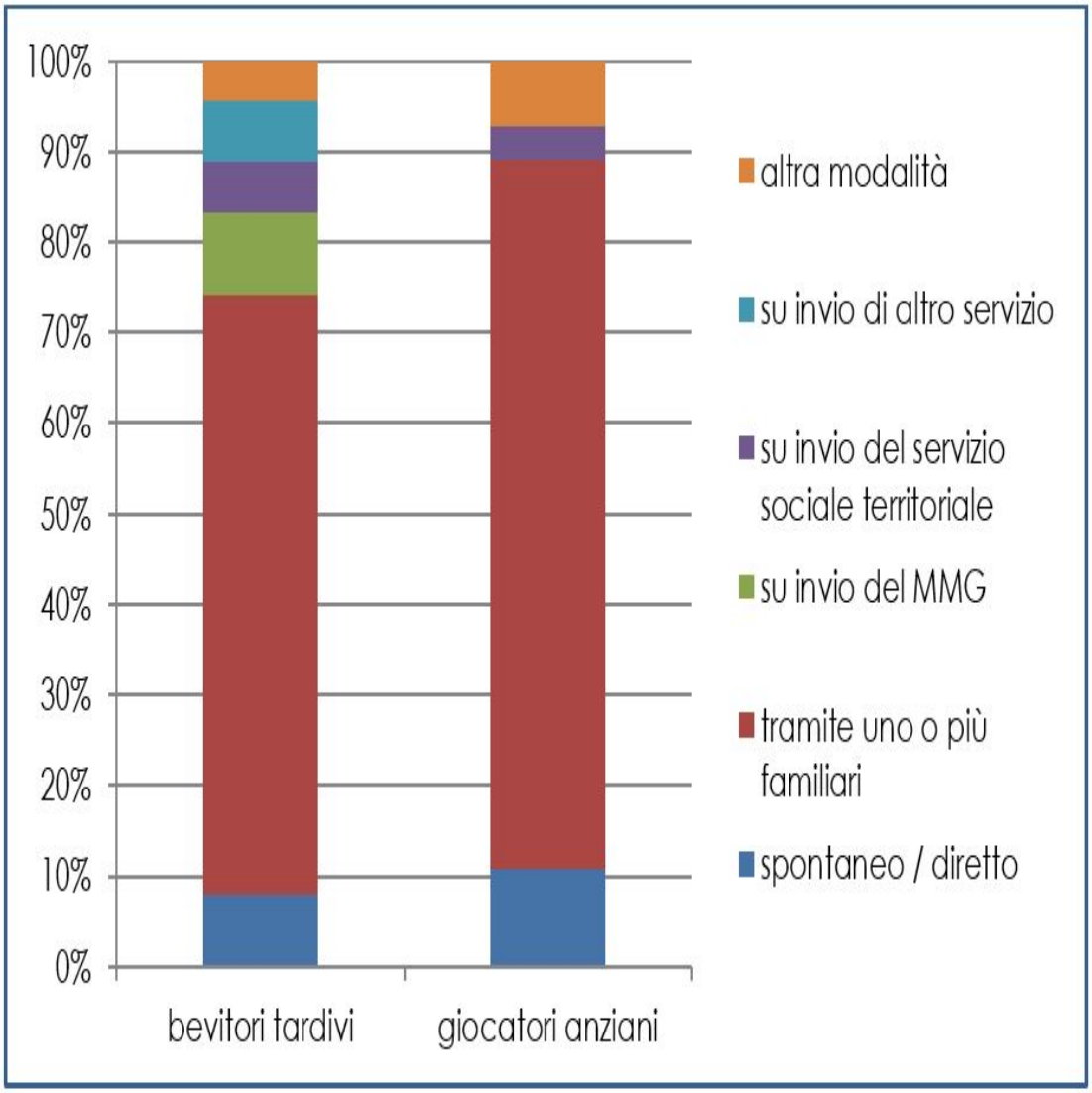
- può rappresentare un fattore di rischio, da più punti di vista e con diverse intensità[8]
- può concorrere in modo passivo o attivo al progredire del problema, in vari modi[9]
- risente in modo più o meno significativo del comportamento disfunzionale di chi beve o gioca troppo, con l'esito frequente 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, il primo contatto avviene tipicamente con uno o più familiari. 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 o dal gioco d'azzardo**.

Al di là delle apparenze, a lungo il disagio dei familiari può essere maggiore di quello del bevitore o giocatore: mentre questi è preda di alcol o gioco e prova l'illusoria sensazione di star bene se e quando riesce a bere o giocare, i familiari vivono con sofferenza e umiliazione le conseguenze del comportamento, i sospetti e le bugie, le promesse non mantenute, le tensioni e le discussioni, la non ammissione del problema da parte di chi beve o gioca, il conflitto fra il sentimento che comunque provano nei suoi confronti come persona e ciò che viene causato o suscitato dalle sue azioni.

I familiari della persona anziana coinvolta in un problema con l'alcol o con il gioco d'azzardo vengono ripetutamente richiamati dagli AS lombardi partecipanti alla ricerca, in varie fasi del percorso di contatto e di collaborazione con operatori e servizi, specialistici o meno. 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.




*Fonte: ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni"*

Figura 2 – Modalità prevalente di accesso al servizio per le dipendenze

Sia per i bevitori tardivi che per i giocatori anziani, gli AS che 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. Il coinvolgimento dei familiari emerge come la strategia di elezione del servizio, anche nei servizi specialistici: una strategia purtroppo poco praticabile nel caso di anziani soli.

| 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% |

*Fonte: ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni"*

Tabella 1 – Strategie di intervento con i bevitori tardivi e i giocatori anziani

## Il ruolo del MMG nell'intercettazione precoce

Nel nostro contesto socio-culturale, il ricorso ai servizi specialistici è raro. 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 sia sull'ammettere il problema, sia sul cercare aiuto (per sé e per l'altro). **La visione dei servizi come dediti alle situazioni più disperate e non alla popolazione intera, i pregiudizi diffusi sui servizi per le dipendenze, la scarsa conoscenza delle risorse disponibili nel territorio frenano poi un ricorso tempestivo e mirato alle possibilità di aiuto competente.**

Tipicamente, quindi, gli anziani con problemi di alcol o gioco d'azzardo e i loro familiari arrivano al sistema formale di aiuto di base (specie MMG e servizi sociali territoriali), senza dichiarare un problema che ancora non riconoscono o non ammettono e portando il loro disagio – dovuto agli effetti dell'alcol sull'organismo o dell'azzardo sulle risorse economico-finanziarie – con richieste non correlate alla causa della situazione, ma comunque spesso importanti occasioni di contatto, approfondimento e aggancio. 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.

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[10]. Più in generale, da tempo sono assodati l'insufficiente dotazione di risorse del sistema socio-sanitario, ormai strutturale, e la fatica di servizi e operatori con le situazioni già in carico e con i nuovi utenti che arrivano di propria iniziativa; tuttavia, è palese che 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).

| 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% |

Fonte: ricerca "Gioco d'azzardo e alcol in età anziana: pensieri ed esperienze degli assistenti sociali lombardi. Report 2: dai dati alle riflessioni"

Tabella 2 – Strategie di intervento con i bevitori tardivi e i giocatori anziani

**Il possibile ruolo cruciale del MMG nell'intercettazione precoce dei problemi qui considerati è significativo specie riguardo all'alcol**: il MMG non solo può avvalersi di indicatori diretti, attinenti alle conseguenze dell'elevato consumo alcolico sull'organismo e rilevabili con esame obiettivo, esami ematochimici e altri accertamenti, ma può ricorrere alla conoscenza approfondita del paziente costruita negli anni, alla relazione di fiducia che spesso si instaura fra paziente anziano e curante, alle possibilità di monitoraggio costante delle condizioni di salute, alle opportunità di osservazione anche nel contesto domiciliare. Inoltre, un ricovero ospedaliero non alcologico[11].può costituire un'occasione per indagare il consumo alcolico interrotto dall'ospedalizzazione, favorendo l'avvio di un percorso di consapevolezza e di cura.

Viceversa, i sintomi che accompagnano il gioco d'azzardo problematico o patologico[12]possono condurre l'anziano allo studio del MMG ma sono aspecifici, potendo esprimersi a prescindere dalla pratica dell'azzardo. La questione dell'intercettazione precoce va inquadrata 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: si stima che l'utenza in carico ai servizi sia pari al 10% circa di quella attesa; oltretutto, gli anziani costituiscono per ora una piccola parte degli utenti dei servizi per le dipendenze, rimanendo così una popolazione invisibile. 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.

## Per concludere

L'indagine su pensieri ed esperienze degli Assistenti Sociali lombardi ha confermato le ipotesi iniziali del gruppo di ricerca riguardo alla situazione di servizi e professionisti. **I servizi per le dipendenze sono poco avvezzi al confronto con utenti**

**anziani** e non hanno ancora sviluppato un pensiero specifico, anche per la misura contenuta degli utenti anziani in carico. I servizi per/con anziani sono poco attrezzati a intercettare precocemente le situazioni a rischio o già problematiche: risultano in difficoltà a riconoscere i problemi non ancora evidenti e ad agganciare l'anziano che beve o gioca troppo.

Se i servizi per le dipendenze devono interrogarsi su come attrezzarsi a trattare in modo specifico e competente anche le persone di età avanzata, i servizi per/con anziani – che nel sistema formale di aiuto incontrano gli anziani molto prima dei servizi per le dipendenze – devono ampliare lo sguardo a bisogni e fragilità delle persone anziane, includendo problemi che abitualmente sono ricondotti alle persone giovani e adulte.

**È importante avviare un dialogo collaborativo fra servizi specialistici e servizi territoriali su fenomeni che riguardano entrambi**, allargando lo sguardo dall'utenza alla popolazione, considerando le specificità proprie dell'età anziana, valorizzando e condividendo i saperi (saperi sugli anziani, saperi sulle dipendenze), formandosi reciprocamente, lavorando insieme in una logica preventiva e proattiva. È necessario anche investire sull'informazione e sensibilizzazione di chi è vicino agli anziani (es. tardo adulti potenziali caregiver), oltre che sulla formazione di "sentinelle" nelle reti sociali naturali (es. referenti di associazioni di anziani o di sindacati pensionati) e nei servizi di sostegno agli anziani al domicilio (es. custodi sociali, assistenti domiciliari).

Per quanto fin qui esposto è fondamentale, nei pensieri e nelle azioni, contribuire al cambiamento culturale necessario e al potenziamento del capitale sociale: occorre da un lato considerare non solo le situazioni patologiche ben visibili ma anche le situazioni "di normalità" e di rischio invisibile, dall'altro valorizzare e potenziare, in una logica di prossimità e territorialità, interventi e occasioni di socializzazione, aggregazione sana, impiego positivo del tempo, per contrastare solitudine, perdita di identità sociale e progettualità, umore depresso, senso di vuoto. Si tratta di una sfida importante, molto più stimolante e creativa di quanto si possa immaginare, che può proteggere gli anziani vulnerabili e inconsapevolmente a rischio, specie se soli.

## BIBLIOGRAFIA

Arlotti M., Cerea S., (2021), *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.

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

ISS Istituto Superiore di Sanità (2021), *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.

ISTAT Istituto Nazionale di Statistica (2021), *BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*.

Manattini A., Trogu G., Modrzejewska D., Renn-?urek A., Wo?nicka E., Pintilie L.L., Popovici S., Beck I., Edberg A-K., Virbalien? A., Žebrauskait? A. (2019), *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, 1.

Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (2022), *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 2021.*

Mortali C., Minutillo A., Pacifici R., Mastrobattista L., (2018), *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.