

PROFESSIONE ASSISTENTE SOCIALE



Editore: Ordine Regionale degli Assistenti Sociali del Trentino Alto Adige - Registrazione Tribunale di Trento N. 1095 del 08.08.2001
Indirizzo Redazionale: V. Mancì 25/8, 38122 Trento, direttore resp. Paolo Cavagnoli - e-mail: ordineastaa@tin.it - Poste Italiane Spa - Spedizione in
Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2 DCB Trento - Anno 16, numero 2, agosto 2011 quadrimestrale



In questo numero:

Social work world day – di Fargion, Franchi, Giuliani, Grütsch	Pag. 2	La funzione del servizio sociale professionale in ambito di tutela minorile: risposta ad una mozione del Comune di Trento	Pag. 8
L'anatomia di una professione... alcune considerazioni di una collega/corsista – di Barbara Fava	Pag. 4	Interventi per la non autosufficienza: bilancio e prospettive per il futuro – di Giulia Franchi e Sandra Giuliani	Pag. 10
Chi trova un pinguino... una metafora della valutazione sociale	Pag. 6	Invito al convegno	Pag. 14
Un'esperienza di stage all'estero. Lussemburgo terra di migrazioni/ Lussemburgo miscuglio di etnie e di culture – di Giovanna Galeaz e Mirko Pilati	Pag. 7	Nuove dipendenze e nuove collaborazioni: l'ente pubblico e il privato sociale insieme per affrontare una nuova sfida – di Laura Moratelli e Miriam Vanzetta	Pag. 15
		Un saluto dalla redazione	Pag. 23

Il gruppo redazionale è composto da: Elena Giammarco, Zaira Oro, Miriam Vanzetta, Nicola Bosetti, Lisi Grutsch, Giulia Franchi, Sara Endrizzi, Walburg Wielander. Chiuso in redazione nel settembre 2011



Social Work World Day

■ *Silvia Fargion, Giulia Franchi, Sandra Giuliani, Elisabeth Grùtsch.*

Assistenti sociali

In occasione della giornata mondiale del Servizio Sociale del 2011, che si è celebrata il 16 marzo scorso, un piccolo gruppo di assistenti sociali del Trentino Alto-Adige si è ritrovato presso la Libera Università di Bolzano per riflettere sugli stimoli e sui discorsi che in questo periodo sono stati avviati a livello internazionale. Dal 2008 infatti le organizzazioni internazionali del Servizio Sociale hanno promosso in occasione del 'Social Work World Day' iniziative in tutto il mondo per promuovere il Servizio Sociale e il suo progetto politico a livello internazionale. Quest'anno i temi all'ordine del giorno sottolineano la multidimensionalità del Servizio Sociale, una professione che è chiamata ad essere attiva a tutti i livelli in relazione ai problemi sociali nel mondo. Si parla di un'assistente sociale capace di rispondere alle crisi individuali e familiari, di aprire le porte alle persone in situazione di vulnerabilità per cercare soluzioni condivise. Si evidenzia però anche la necessità di un passaggio dal lavoro clinico ad un intervento che comprenda le cornici delle condizioni sociali e di vita, che colga le dimensioni di ingiustizia, disuguaglianza e di discriminazione in cui i problemi dei singoli si originano. Si sottolinea l'essenzialità di un'apertura verso un'azione di più ampio raggio che deve vedere la professione attiva anche su piani più generali, la comunità, i governi, fino ad arrivare al contesto delle Nazioni Unite. L'obiettivo della IFSW (International Federation of Social Workers) e del suo Presidente è infatti di costruire un piano di lavoro per il 2012; i temi centrali del piano sono:

- La richiesta di una garanzia che le nazioni rispettino i diritti di tutti di avere cibo, riparo, vestiario e cure mediche
- La promozione di consapevolezza circa la povertà come violazione dei diritti umani in tutti i paesi
- La proposta di una politica dell'IFSW per lo sradicamento della povertà nel mondo
- La promozione di una politica di livelli essenziali di protezione sociale che comprendano, scuola, salute, sicurezza come affermato nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani

- La richiesta agli stati membri di dimostrare i risultati ottenuti in termini di miglioramento delle condizioni di vita.

Questi temi saranno la base per un piano che verrà presentato alla segreteria Generale delle Nazioni Unite nel 2012. Il piano dovrebbe essere sviluppato, discusso e precisato nel lavoro delle sezioni locali e nazionali.

Come si colloca la nostra realtà e come ci riconosciamo noi assistenti sociali in Italia in relazione a questi temi? La discussione, avviata da un primo gruppo di assistenti sociali, ha fatto emergere come in Italia sia ancora forte il rischio per la professione di concentrarsi sul lavoro con i singoli, di essere assorbita da quello che viene comunemente definito il lavoro sui casi e secondo una logica di intervento tipo riparativo ossia quando il problema è già conclamato. Con attenzione al particolare potrebbe andare perduto un patrimonio di conoscenze relative alla realtà sociale e ai problemi emergenti che noi assistenti sociali raccogliamo nell'incontro quotidiano con le persone. C'è il rischio d'altra parte di dare un'interpretazione individualizzata a quelli che di fatto sono problemi di origine sociale, di rinunciare a rilevanti aspetti del proprio ruolo, quali per esempio le dimensioni di advocacy. Le sedi formative di Servizio Sociale e le organizzazioni professionali non sembrano aver dato stimoli particolarmente significativi per un ampliamento dell'orizzonte operativo nel Servizio Sociale. È necessario infatti un cambiamento e un allargamento di prospettiva; si ritiene che al lavoro clinico vada affiancato un lavoro proiettato sui contesti di appartenenza delle persone; un lavoro di prevenzione e di promozione sociale con e per la comunità locale, di partecipazione e condizionamento dei governi e delle politiche socio/ economico/lavorative, di input per implementare la collaborazione e l'integrazione fra operatori ma anche fra servizi ed enti, di denuncia delle violazioni dei diritti; si tratta di un ruolo diverso, più globale, più complesso, maggiormente attivo verso la comunità locale e le istituzioni, un ruolo tecnico ma con una valenza politico-comunitaria. Focus della professione diventano l'individuo e la società.



Si ritiene che questa impostazione sia necessaria se si vuole andare nella direzione degli obiettivi primari della professione che sono: la promozione del cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane, la restituzione del potere e la liberazione delle persone per aumentare il benessere e la qualità della vita di tutta la popolazione, con particolare attenzione a chi è più vulnerabile e in condizione di disagio.

Si tratta peraltro di un percorso che ci sembra più che mai importante per far sopravvivere la professione, se vogliamo che si attrezzi per poter affrontare le sfide di una società sempre più complessa e produttrice di povertà e di discriminazione; se vogliamo evitare che il Servizio Sociale si riduca all'esercizio di un ruolo di erogatore di prestazioni, preposto al controllo sociale o si trasformi in mero esecutore di politiche sociali sempre più limitate a fronte di problemi sociali sempre più complessi. Oggi più che mai ci troviamo di fronte a fenomeni preoccupanti quali la crescita della povertà, la precarizzazione

del lavoro e della vita, l'assenza di rispetto dei basilari diritti umani delle persone. Sentiamo quindi in modo particolare i richiami del Presidente dell'IFSW ad un impegno più ampio. Il gruppo ha concluso i lavori della mattinata con un appello agli assistenti sociali ma in modo particolare alle organizzazioni del Servizio Sociale, alle due Università che in Trentino Alto Adige formano assistenti sociali e all'ordine degli assistenti sociali, perché avviino un lavoro nella direzione del recupero e valorizzazione delle dimensioni sociali e politiche della nostra professione. Riteniamo importante poter partecipare al dibattito internazionale, raccogliere gli stimoli che le organizzazioni internazionali hanno lanciato, ma anche cogliere questa occasione per dare un nostro contributo al raggiungimento degli ambiziosi obiettivi che il Servizio Sociale a livello internazionale si è dato.

Pergine, 25 marzo 2011

La stampa si è interessata di questa importante giornata dedicata al Servizio Sociale riportando in termini positivi quanto il Servizio Sociale può fare per la riduzione del disagio. Riportiamo qui di seguito l'articolo uscito giovedì 31 marzo 2011 sul quotidiano locale L'Adige.

L'APPELLO

Un gruppo di assistenti sociali riflette sul futuro della professione

«Rimuovere le cause dei disagi»

In occasione della giornata mondiale del Servizio sociale del 2011, che si è celebrata nei giorni scorsi, un piccolo gruppo di assistenti sociali del Trentino Alto-Adige si è ritrovato per riflettere sugli stimoli e sui discorsi che in questo periodo sono stati avviati a livello internazionale. In futuro gli operatori sociali si dovrebbero porre come soggetto per rimuovere le cause delle disuguaglianze, del disagio e delle povertà. Obiettivi alti che richiedono un cambiamento di ottica rispetto alla visione della professione di assistente sociale come colui o colei che interviene "clanicamente" quando il problema è conclamato.



Anche i disagi si possono prevenire

Un cambiamento di ottica che però richiede la collaborazione di chi forma le nuove assistenti sociali: Provincia e Università, cui infatti è stato rivolto un appello da questo gruppo di assistenti perché sia avviato un lavoro per la valorizzazione delle dimensioni sociali e politiche della professione. «Si parla di un'assistente sociale capace di rispondere alle crisi individuali e familiari, di aprire le porte alle persone in situazione di vulnerabilità per cercare soluzioni condivise. Si evidenzia però anche la necessità di un passaggio dal lavoro clinico ad un intervento che comprenda le cornici delle condizioni sociali e di vita, che col-

ga le dimensioni di ingiustizia, disuguaglianza e di discriminazione in cui i problemi dei singoli si originano», scrivono Silvia Fargion, Giulia Franchi, Sandra Giuliani, Elisabeth Grütsch. Le assistenti sociali sottolineano l'importanza «di un'apertura verso un'azione di più ampio raggio che deve vedere la professione attiva anche su piani più generali». Il gruppo di assistenti sociali trentini ritiene che «le sedi formative di Servizio Sociale e le organizzazioni professionali non sembrano aver dato stimoli particolarmente significativi per un ampliamento dell'orizzonte operativo nel servizio sociale».



L' anatomia di una professione...

alcune considerazioni di una collega corsista

■ *Dott.ssa Barbara Fava*

Assistente Sociale Collaboratore

Mi è stato chiesto di scrivere, per il nostro Bollettino, un articolo riguardante il corso di formazione “Anatomia di una professione” tenutosi tra novembre 2010 e marzo 2011. Quattro incontri - ciascuno di due giornate - su quattro temi chiave della nostra professione (*valutazione, colloquio, scrivere professionale, io professionista*) per un totale di 64 ore.

Ho accettato davvero di buon grado.

Questo perché ho trovato molto interessante, estremamente utile, ben organizzato e ben articolato l'intero corso.

Questa la mia esperienza che di buon grado condivido con chi sta leggendo.

Già all'atto della presentazione - via mail - di tale proposta formativa, la parola “anatomia” ha stimolato la mia curiosità rispetto al suo esatto significato.

Sono andata a cercare cosa significa precisamente tale parola.

Wikipedia riporta: “*dal greco anatomè cioè “dissezione”; formato da anà cioè “attraverso” e tèmno cioè “tagliare”; è una branca della scienza che studia la forma e la struttura degli organismi: del corpo umano (anatomia umana), del corpo degli animali (anatomia animale), delle piante (anatomia vegetale). Deve il suo nome al metodo principale d'indagine, la dissezione, la quale a tutt'oggi resta, per quanto integrata da altri moderni e perfezionati metodi di indagine, di fondamentale importanza. La “divisione tagliando” è uno dei mezzi di studio di questa scienza*”.

Ho quindi riflettuto su quanto letto e pensato che il corso proposto avrebbe dissezionato la mia professione studiandone forma e struttura. “Mi piace!”, ho deciso sin da subito!

Poi ho letto il programma: “la valutazione professionale” a cura di Simonetta Filippini¹. “Il colloquio di servizio so-

ciale” di Elisabetta Bianchi². “La scrittura professionale” con la professoressa Marina Riccucci³. “Saper essere - io professionista” con Damiana Covelli⁴.

Trovo allettante la proposta, anzi mi piace e mi interessa ancora di più!

L'iscrizione va fatta con una certa solerzia poiché i posti sono pochi (solo 35) e le assistenti sociali interessate - penso tra me - saranno sicuramente tante.

Bene, mi iscrivo!! A come organizzare le giornate, tra lavoro, casa e famiglia, ci penserò poi!!

Le colleghe dell'Ordine che hanno “lanciato” la proposta, oltre che stupire con un piccolo party pre - corso (si inaugurava anche la sede nuova) riscuotono ulteriore successo già la mattina del primo giorno di corso, ancora prima che questo cominci.

Borsina in tela con il logo del nostro Ordine Professionale, quaderno per gli appunti e copia del Codice Deontologico per tutte le partecipanti al corso. Che piacere!

E che piacere iniziare a lavorare con la Dott.ssa Filippini e “la valutazione professionale”.

Argomento sicuramente ostico. Che con estrema verve, professionalità e capacità la nostra relatrice rende sin da subito accattivante. Ci avvince con la storia del pinguino⁵ e catalizza tutta la nostra attenzione con spiegazioni che danno carica. Le due giornate - 16 ore - sono intense,

¹ Filippini Simonetta, assistente sociale specialista e sociologa. Docente di metodi e tecniche del Servizio Sociale, Università Cattolica del sacro Cuore, Milano. Libera professionista con Elisabetta Bianchi presso il loro studio Bi.Fi. (Passirano - Bs) studio associato di Servizio Sociale e Sociologia.

² Bianchi Elisabetta, assistente sociale specialista e sociologa. Formatrice docente presso le Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia, Sociologia di Brescia, Medicina e Chirurgia di Brescia. Libera professionista con Filippini Simonetta presso il loro studio Bi.Fi. (Passirano - Bs) studio associato di Servizio Sociale e Sociologia.

³ Riccucci Marina è ricercatrice di letteratura italiana presso l'Università di Pisa. Da anni affianca al lavoro di ricerca su Umanesimo e Rinascimento l'insegnamento di scrittura giuridica per il corso di laurea in Servizio Sociale dell'Ateneo di Parma.

⁴ Docente in master di formazione formatori e dei responsabili aziendali della formazione.

⁵ Racconto illustrato per bambini “Chi trova un pinguino...” scritto ed illustrato da Oliver Jeffers, Zoolibri. E' divenuto una metafora arguta e spiccatamente intelligente sul nostro lavoro.



ricche e senza sosta; trasmettono energia e voglia di tornare in ufficio a sperimentarsi subito⁶.

Le seconde due giornate sono a cura della Dottoressa Bianchi Elisabetta. “Il colloquio di servizio sociale”. Potrebbe sembrare un argomento scontato ... quanti colloqui facciamo? Quante persone facciamo accomodare nei nostri uffici, le ascoltiamo, entriamo in relazione con loro, creiamo una alleanza terapeutica, condividiamo dei percorsi? In teoria dovremmo essere tutte esperte in merito. Eppure quanto emerge nel corso delle due giornate di formazione ci fa comprendere quanto tutto il nostro sapere sia aleatorio perché tutto è sempre in evoluzione, in itinere, da provare e riprovare, da sperimentare. E anche questa volta il nostro bagaglio culturale e professionale, nonché personale, ne esce arricchito.

Terzo incontro: la professoressa Riccucci ci insegna “La scrittura professionale”. Nel corso delle prime due ore in aula non si sente nulla se non la voce della docente. Incantate, basite, incuriosite, affascinate, perplesse. E il corso scivola tra esercizi, prove, voti e nuovi apprendimenti. Ma l’attenzione che catalizza la Dottoressa Covelli con il tema “Saper essere, io professionista” è all’ennesima potenza.

Sono le ultime due giornate, le ultime sedici ore. Vorresti rimanere in aula per ascoltare ancora, per capire ancora, di più, meglio. Le sue lezioni, il suo modo di spiegare, di porsi, i suoi test, il nostro lavoro di gruppo. Interessante da un punto di vista professionale, ma non solo. Quanto emerso – individualmente e collettivamente – ci aiuterà sicuramente nella vita professionale. Ma è ulteriormente intrigante perché scopriamo qualcosa in più di noi, come persone prima e come professioniste poi.

Otto giornate, quattro argomenti, 64 ore di corso formativo.

Riguardando gli appunti presi, leggendo alcuni testi presi dalla bibliografia segnata (assai ricca, composita, articolata e variegata), ripassando alcuni punti cruciali emersi nel corso delle otto giornate di formazione, posso solo concludere questo mio articolo con tre considerazioni.

La prima sta nelle parole di Robert S. Lynd⁷, ovvero che “la scienza si sviluppa per processi cumulativi ... ognuno deve adattare i suoi mattoni di dati e collocarli con modestia sulla pila che cresce. Così aumenta il sapere.” Sicuramente questo corso di formazione mi ha offerto la possibilità di aumentare il mio sapere.

La seconda considerazione è che questo corso di formazione ha facilitato il conoscersi tra professioniste, ha creato gruppo, ha intessuto importanti ed utili reti tra colleghe assistenti sociali operative sul territorio trentino; colleghe che prima del corso di formazione tra di loro non si erano mai viste e non avevano mai lavorato/collaborato insieme e che ora invece hanno maggiori “agganci” e sicuramente vedranno facilitata l’interattività tra di loro quando se ne presenterà l’opportunità e/o la necessità.

L’ultima è che l’impegno e il lavoro delle colleghe dell’Ordine – nello specifico le assistenti sociali dottoressa Angela Rosignoli e Miriam Vanzetta – con la scelta dei docenti e l’organizzazione del corso hanno fortemente contribuito a costruire tutto ciò.

Grazie.

Riva Del Garda, giugno 2011.

Nei primi mesi del 2012 il Consiglio organizzerà una nuova edizione del corso Anatomia di una professione, per maggiori dettagli consultare il sito o contattare la sede dell’Ordine-

⁶ È quanto emerge da un momento di braistorming in aula, al termine delle due giornate. Molte colleghe, tra quelle presenti, hanno manifestato la voglia di tornare in ufficio lunedì mattina e sperimentarsi in merito a quanto appreso/rinforzato in aula.

⁷ Noto sociologo irlandese, scrittore di saggi in materia.



Chi trova un pinguino...

metafora della valutazione sociale

■ *utilizzata da Simonetta Filippini*

in corso anatomia di una professione, tratto da "chi trova un pinguino..." di Oliver Jeffers, Zoolibri editore.

C'era una volta un pinguino che bussò alla porta di un bimbo, l'animaletto sembrava molto triste e il bimbo iniziò a occuparsi di lui, pensando che si fosse smarrito. Un giorno leggendo un'enciclopedia scoprì che i pinguini vivevano al Polo Sud, iniziò quindi il loro viaggio verso casa...



Il bambino si rese conto in quel momento che il pinguino non voleva tornare a casa, **SEMPLICEMENTE SI SENTIVA SOLO!!!!**



Nel lavoro quotidiano nei Servizi Sociali dedicare tempo e ascolto alle persone per la valutazione ci fornirà informazioni preziose per capire dove le persone desiderano andare ed essere accompagnate. Il tempo dedicato non sarà sprecato, ma bene investito e ci eviterà di remare in direzione contraria!

U

n'esperienza di stage all'estero. *Lussemburgo terra di migrazioni. / Lussemburgo miscuglio di etnie e di culture*

■ *Giovanna Galeaz e Mirko Pilati*

stagisti corso di laurea in servizio sociale Trento



foto di Ivano Winterle

“Tra vent'anni sarete più delusi per le cose che non avete fatto che per quelle che avete fatto. Quindi mollate le cime. Allontanatevi dal porto sicuro. Prendete con le vostre vele i venti. Esplorare. Sognare. Scoprite.”

Questa citazione di Mark Twain ha accompagnato l'inizio della nostra avventura, quando abbiamo deciso di cogliere l'opportunità di svolgere uno stage all'estero e, riempiendo le nostre valigie di aspettative, desideri, attese, timori siamo partiti alla volta del Lussemburgo.

Innanzitutto ci presentiamo: siamo tre studenti del corso di laurea in Servizio Sociale dell'Università degli studi di Trento, che all'inizio di febbraio si sono diretti verso il più piccolo stato dell'unione europea, incastonato nel cuore dell'Europa fra Belgio, Francia e Germania. Il corso di laurea prevede infatti uno stage curriculare al terzo

anno, a conclusione del percorso formativo, ed abbiamo colto al volo l'opportunità di svolgerlo all'estero. L'idea dello stage in Lussemburgo è nata proprio dal desiderio di fare un'esperienza al di fuori dell'Italia e dalla voglia di mettersi alla prova in un contesto nuovo, che potesse arricchirci sia a livello professionale che personale, migliorando anche le capacità linguistiche.

Il filo rosso del nostro stage ha riguardato la tematica dell'immigrazione, che assume un valore centrale nel contesto Lussemburghese, dove ben il 43,1% della popolazione è rappresentata da immigrati. È stato perciò



significativo comprendere la gestione del fenomeno migratorio, la legislazione di riferimento ed il funzionamento delle politiche sociali, mantenendo un'ottica comparativa con la realtà Italiana. Inoltre, abbiamo avuto l'opportunità di visitare un gran numero di servizi che si occupano dell'integrazione dello straniero.

Tutto ciò è stato possibile grazie alla competenza e alla disponibilità della professoressa Maria Luisa Caldognetto, vice presidente del "Centre de Documentation sur les Migrations Humaines", ente che ha accolto e supportato il nostro progetto di stage. Il Centro si pone un obiettivo chiaro: studiare in un contesto generale, la storia nazionale e regionale della migrazione, svolgendo attività di ricerca nel campo della storia delle migrazioni, in particolare relativamente al Lussemburgo e alle aree circostanti. Anche la sua posizione è significativa dato che si trova in una storica zona di espatrio che rappresenta anche attualmente un luogo di incontro multietnico: il *quartiere Italia* della cittadina di Dudelange, quartiere storicamente abitato da immigrati *Italiani* (da qui il nome).

Ciò che abbiamo potuto percepire in questi tre mesi di permanenza in Lussemburgo riguarda la differenza di approccio alla diversità, come emerge dalle parole del primo Ministro Lussemburghese: "Non abbiamo mai sentito la diversità come una differenza che separa, ma come un'opportunità per progredire". Questo atteggiamento si percepisce anche all'interno dei *servizi*: proprio perché l'operatore sociale lavora a contatto con gli altri deve essere disposto prima di tutto a conoscere le culture altrui, ma deve anche essere consapevole del proprio rapporto con le diverse culture, non può ignorare le proprie origini etniche e il conseguente modo di identificare i

problemi e le soluzioni, probabilmente diverse da quelle dell'utente. Ciò che ci ha colpito riguarda l'abitudine a pensare in modo flessibile, a riconoscere che il proprio modo di pensare e di comportarsi non è ovvio, normale, incontestabile, bensì uno tra i tanti.

Inoltre, la conoscenza di immigrati Italiani in Lussemburgo ci ha portati a riflettere anche sulle tragiche esperienze vissute dai nostri connazionali: il recupero della memoria storica si è rivelato un processo utile allo scopo di sviluppare maggiore empatia, maggior consapevolezza del problema, maggior comprensione nei confronti delle persone straniere che quotidianamente incontriamo.

Riteniamo che un'esperienza all'estero permetta di sviluppare un'apertura mentale difficilmente realizzabile continuando a vivere nel paese in cui si è nati e cresciuti. Permette di acquisire un punto di vista aperto alla multiculturalità all'incontro con l'altro, di confrontarsi con modelli nuovi e spesso più innovativi, di considerare lo stesso fenomeno assumendo un'altra prospettiva e di capire che vi sono svariati modi per affrontare problemi sociali legati all'integrazione.

Dopo tre mesi passati da "immigrati" in un Paese diverso dal nostro, vivendo a stretto contatto con chi realmente sperimenta sulla propria pelle questa condizione, abbiamo ripreso in mano la nostra valigia questa volta per riempirla di nuove conoscenze, nuove esperienze, nuovi volti che ci accompagneranno nel nostro lavoro.

<http://www.cdmh.lu/>

<http://www.italiani.lu/>

<http://www.etat.lu/>

La funzione del servizio sociale professionale in ambito di tutela minorile: risposta ad una mozione del Comune di Trento

Di seguito pubblichiamo il documento che l'Ordine Regionale ha fatto pervenire a tutti i consiglieri comunali del Comune di Trento circa la funzione del servizio sociale nell'ambito della tutela minorile.

Nell'ultimo anno la stampa locale ha spesso proposto il tema degli interventi di allontanamento dei bambini dai genitori e nel Comune di Trento è stato portato all'attenzione del Consiglio comunale da alcuni esponenti politici. Il dibattito creato è stato spesso unidirezionale, dando cioè voce solo agli interessi e ai diritti dei "grandi" (i genitori), lasciando poco spazio ai diritti dei bambini e dei ragazzi, a scapito di una corretta informazione di come si sviluppano questi procedimenti davanti all'Autorità giudiziaria e forse con poca comprensione della sofferenza che sempre accompagna queste situazioni.

In occasione di una mozione all'ordine del giorno di un consiglio comunale di Trento del mese di giugno u.s. l'Ordine ha ritenuto importate dare alcuni elementi di conoscenza circa i riferimenti normativi e deontologici a cui gli iscritti ispirano il proprio operato, nell'auspicio che una corretta informazione possa produrre congrue aspettative verso il ruolo e le funzioni degli assistenti sociali



Ordine degli Assistenti Sociali
Regione Trentino Alto Adige
Kammer der Sozialassistenten
der Region Trentino Südtirol

Trento, 7 giugno 2011
Prot.n. 1199/11

Ai Consiglieri Comunali

L'Ordine degli Assistenti Sociali Regione Trentino Alto Adige desidera chiarire il proprio mandato e il ruolo dei professionisti che rappresenta a integrazione della mozione all'ordine del giorno riguardante la funzione del servizio sociale professionale in ambito di tutela minorile.

L'Ordine professionale ha fra le sue funzioni originarie **la tutela del cittadino** che garantisce favorendo un corretto esercizio della professione e un adeguato aggiornamento dei propri iscritti, professionisti in possesso di diploma universitario e abilitati alla professione mediante esame di Stato. L'Ordine interviene nei casi in cui il cittadino non si ritenga sufficientemente tutelato o compreso nelle proprie istanze, verificando il rispetto da parte dei professionisti dei principi del Codice Deontologico (http://www.cnoas.it/download/Codice_deontologico.pdf).

L'**assistente sociale** interviene a tutela dei minori e a sostegno delle famiglie, su loro richiesta o su mandato dell'autorità giudiziaria. Obiettivo primario di ogni intervento sociale è il mantenimento o il reinserimento del minore nella famiglia d'origine, come raccomandano le *Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore*, sottoscritte il 24 giugno 2010 dall'ANCI, dall'Associazione Nazionale Magistrati, dall'Associazione Giudici minorili, dal Consiglio Forense, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e dal Consiglio Superiore della Magistratura (<http://www.cnoas.it/documento.php?id=325>).

L'esercizio professionale dell'assistente sociale consiste nell'operare con i **principi, le conoscenze e i metodi specifici del servizio sociale**, art. 3 DPR 14/87 *Valore abilitante del diploma di assistente sociale in attuazione del DPR 162/82*.

Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente **funzione tecnico-professionale**, art. 4 L. 93/84 *Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo*.

Quando il servizio sociale è investito di compiti di **tutela del minore** da parte dell'autorità giudiziaria, può confrontarsi con situazioni familiari caratterizzate da fragilità, inadeguatezza e conflitto a supporto delle quali talvolta non sono sufficienti interventi di sostegno e accompagnamento nei compiti di vita. In questi casi l'assistente sociale ha la responsabilità di valutare gli elementi di difficoltà sociale, educativa e inerenti le cure genitoriali contestualmente alle risorse personali, alla rete sociale e alla capacità di resilienza delle famiglie. Laddove la Magistratura, acquisita la valutazione sociale e la valutazione dei servizi sanitari (solitamente servizio di psicologia e servizio di neuropsichiatria infantile), ritenga necessario **allontanare temporaneamente** il minore dalla propria famiglia, in base all'art. 330 e seguenti del Codice Civile, l'assistente sociale ha comunque il compito di accompagnare i familiari in un percorso di consapevolezza che li porti ad affrontare e superare le loro difficoltà, rispettandone l'**autodeterminazione**, gli spazi e i tempi di vita.

La Presidente dell'Ordine
- Dr.ssa Ass.Soc. Michela De Santi -

Via Mancini 25/8 38122 Trento, tel. e fax + 39 0461/237644 e-mail ordineastaa@tin.it



Pflege in Sudtirol: Bilanz und Ausblick interventi per la non autosufficienza: bilancio e prospettive per il futuro

Bolzano, 16.06.2011

■ *dott. sse Giulia Franchi e Sandra Giuliani*

Assistenti sociali

Con questo articolo intendiamo fare una sintesi schematica e ad uso operativo dei contenuti del Convegno di Bolzano del 16 giugno scorso sul tema degli interventi per la non autosufficienza. In esso è stato tratteggiato lo scenario generale delle politiche sociali internazionali e locali riferito in particolare alla non autosufficienza nella terza età. Concetto di fondo generalizzabile emer-

so dal Convegno è quello di una prospettiva europea di aumento dell'invecchiamento e di bisogni assistenziali della popolazione con conseguente necessità di prevedere le risorse finanziarie e umane per potervi far fronte. Il fenomeno interessa anche il Trentino e l'Alto Adige ma ha dimensioni meno accentuate rispetto al resto d'Italia e all'Europa.

Dott. R. Theiner,

Assessore Ripartizione Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Bolzano

Si prevede un cambiamento demografico che implicherà maggiore prospettiva di vita e maggiore invecchiamento, con la conseguenza di un aumento dei costi per l'assistenza e la conseguente necessità di prevedere il fabbisogno finanziario.

In Alto Adige infatti l'aspettativa di vita è fra le più alte d'Europa mentre il tasso di nascita è in calo (nel 1971: 2,7 figli per donna; oggi: 1,55 figli per donna) e non sufficiente per la stabilità demografica (che richiede un tasso di natalità del 2,1 figli per donna); sono non autosufficienti circa il 46% di chi ha più di 85 anni e il 14% delle persone tra i 75 e gli 84 anni.

È importante garantire il sostegno agli anziani non au-

tosufficienti ma anche parallelamente ai care givers in funzione preventiva. Su questo assunto in Alto Adige tre anni fa, sul modello dell'assicurazione di lungodegenza tedesco, è stato istituito l'assegno di cura con la legge provinciale n. 9 del 12 ottobre 2007 "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti", legge che l'Assessore ritiene essersi dimostrata un "pilastro fondamentale della politica sociale in Provincia di Bolzano".

Oggi sono poco più di 14.500 le persone che ricevono l'assegno di cura (il 2,8% della popolazione anziana) con una spesa complessiva fino ad ora di circa 500 milioni di Euro a carico della Provincia di Bolzano.

Prof. Bernhard J. Guntert, UMIT – Hall i.T/A

"Il fondo della non autosufficienza e la sua sostenibilità finanziaria in Europa?"

In generale in Europa è in aumento la domanda di assistenza sociale e sanitaria di lungo periodo che viene ricondotta all'invecchiamento della popolazione, ma anche alla facilità di accesso alle prestazioni (più differenziate) e al cambiamento generale dell'atteggiamento

dell'utenza che ha maggiori aspettative nei confronti dei servizi. In generale è in corso un aumento delle persone che vivono sole e che, invecchiando, avranno bisogno di aiuto professionale.

Ne deriva un problema di risorse finanziarie, di costi e



parallelamente uno di risorse umane che sono limitate e che, causa l'evoluzione demografica, caleranno per cui è da porsi l'interrogativo di chi assisterà e inoltre è da chiedersi se c'è un efficiente utilizzo delle risorse esistenti.

In Alto Adige è in corso una flessione delle nascite e un aumento dell'invecchiamento.

Nel 2060 in Italia è previsto il 3% del PIL da riservare

all'assistenza agli anziani; in Nederland è previsto l'80%.

Concludendo il prof. Guntert individua le seguenti necessità:

- Promuovere la salute con la prevenzione
- Ridurre l'isolamento/la solitudine con le strutture diurne
- Promuovere la scelta di professioni sanitarie

Dott. M. Bardino, Funzionario Provincia Autonoma di Trento "Gli interventi per la non autosufficienza nel Trentino"

Da circa dieci anni ogni Regione italiana ha sviluppato un proprio modello circa gli interventi per la non autosufficienza anche se manca a livello nazionale un linguaggio comune ed un metodo condiviso da permettere un confronto fra di essi. Il modello trentino è diverso da quello altoatesino.

Con riguardo al fenomeno dell'invecchiamento e della non autosufficienza in Trentino si rilevano "dinamiche demografiche leggermente migliori rispetto ad altre regioni italiane e .. prospettive di aggravamento del problema meno drammatiche".

PROVINCIA/REGIONE	%POPOLAZIONE + 65 ANNI	TASSO NATALITÀ	SALDO NATURALE (Nati-morti)	MEDIA DI FIGLI PER DONNA
PAT	19,2 %	10,1	+1,1	1,59
Provincia di Bolzano	18,6 %	10,4	+2,8	1,57
Italia	20,3	9,3	- 0,5	1,4
Friuli	23,4	8,3	-0,3	1,37
Toscana	23,2	8,3	- 2,6	1,34

PROVINCIA	POPOLAZIONE + 65 ANNI*	DI CUI POP + 75 ANNI*	%FAM CON 1 SOLO COMPONENTE CON +65 ANNI§	%FAM CON COMPONENTI TUTTI ANZIANI (75 ANNI E+)§
PAT	101.415	50.589	13% =255.300 fam	9,80%
PROVINCIA DI BOLZANO	89.890	42.210	12% = 205....	9,30 %

Fonti: *Istat 1.1.2010; §Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" Media 2008 – 2009

Fra 10 anni è previsto in PAT un aumento di 18.000 persone con + di 65 anni e quindi si arriverà a 119.415 persone con + di 65 anni.

INTERVENTI/PRESTAZIONI - escluso settore esclusivamente sanitario	EURO
1. Interventi socio-assistenziali (ass.domic., servizi residenziali e diurni, centri diurni, assegni di cura e altri interventi minori)	73.901.000
2. RSA esclusa spesa sanitaria	90.900.000
3. Indennità Accompagnamento (a favore di 11.445 persone)	69.400.000
TOT	234.201.000



Il Trentino si caratterizza per il grande peso della componente residenziale nelle RSA.

La spesa complessiva della PAT nel 2010 di circa 234,2 milioni di euro, è pari al 1,84% del PIL della PAT rispetto al 1,18% del PIL in Italia.

Nei progetti futuri la PAT è orientata ad andare nella direzione del riequilibrio degli strumenti (2/3 della spesa sono dedicati all'assistenza residenziale e 1/3 all'assistenza domiciliare), della maggiore appropriatezza organizzativa e della maggior efficienza dei produttori piuttosto che non nel reperimento di ulteriori risorse economiche.

Il cittadino attualmente partecipa per una bassa quota, per 1/3 della spesa.

Vengono individuate 3 criticità per quel che riguarda il modello Trentino:

1. mancanza a livello organizzativo di una regia complessiva del comparto socio-sanitario da parte di un unico ente gestore finanziatore della non autosufficienza. Dal 2010 la regia sarà sanitaria ai sensi della LP. 16/2010.
2. peso molto rilevante dei servizi residenziali, RSA in primis, rispetto all'assistenza domiciliare.
3. mancanza di un sistema informativo unitario, speculare alla mancanza di standard nazionali condivisi di riferimento.

Le direzioni di cambiamento sono:

1. migliorare i percorsi di cura e di assistenza mettendo a regime gli strumenti dell'integrazione sociosanitaria: Punto Unico d'Accesso, Valutazione multidimen-

sionale, Piano di Assistenza Individuale, figura del case manager, rivalutazione periodica della persona assistita.

2. Recessione degli accessi alle RSA attraverso una revisione dei meccanismi di accesso alle RSA, un riequilibrio del peso relativo della valutazione sanitaria rispetto quella sociale, una definizione dei *cut off* rispetto ai profile di valutazione di minore gravità.
3. "Centro della riforma è l'ipotesi di rallentare le dinamiche di crescita di posti letto e dei flussi finanziari pubblici per le RSA, investendo queste risorse per un terzo (tendenziale) nel potenziamento dei servizi di Adi - ADICP, per un terzo nel miglioramento degli attuali tassi di utilizzo delle strutture semiresidenziali (centri diurni) e per un terzo circa in forme, inizialmente sperimentali, di irrobustimento dello strumento dell'assegno di cura, di import più rilevante dell'attuale ma ancora sottoposto a rimodulazione in funzione della situazione reddituale e patrimoniale del richiedente (ICEF)".
4. Riprogettazione e messa a regime del Sistema informativo territoriale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, in modo tale che esso risulti maggiormente in grado di descrivere e analizzare la complessità dei servizi e dei percorsi di assistenza, nonché maggiormente utilizzabile per confronti con altre Regioni.
5. È prevista incentivazione pubblica di progetti proposti da più RSA e pensati per migliorare i profili di efficienza delle strutture coinvolte, attraverso economie di scala e sinergie operative.

“Bilancio di 3 anni di interventi sulla non autosufficienza in Alto Adige: risultati e prospettive future”

**1. Dott.ssa H. Wachtler, dott. L. Critelli, dott. ssa U. Gebert,
*Ripartizione Famiglia e Politiche Sociali
Provincia Autonoma di Bolzano***

In Alto Adige l'assegno di cura va dai 510 ai 1800 euro al mese, quote maggiori rispetto alla media europea. Ne beneficiano 14.500 persone dai 0 ai 100 anni (pari a 2,8% della popolazione). Per la concessione dell'assegno si rilevano i bisogni sia sanitari che sociali considerando tutti gli ambiti di assistenza della vita quotidiana; inoltre, punto di forza del sistema altoatesino, è quello di cogliere nello specifico le necessità dei malati psichici e delle persone affette da demenze.

Si sottolinea che una risposta adeguata ai bisogni della popolazione non autosufficiente e delle rispettive famiglie non possa basarsi unicamente su un'erogazione monetaria ma ad essa si debba accompagnare un sistema di offerta dei servizi adeguato alla situazione.

Comunque, similmente ai paesi del "Mitteleuropa", in Alto Adige più di due terzi delle persone vengono assistite a casa, nella maggior parte dei casi senza prendere contatti con i servizi professionali, mentre solo un terzo viene assistito presso i servizi residenziali. C'è una forte presenza di badanti, forma di assistenza aumentata con l'introduzione dell'assegno di cura e conseguente al cambiamento demografico.

L'introduzione dell'assegno di cura non ha portato a



modifiche significative dei servizi erogati a favore di persone disabili o con problemi di salute mentale; si rileva tuttavia un accesso ai servizi facilitato, un rafforzamento dell'empowerment, della autonomia e libertà di scelta e di azione degli assistiti.

2. Pres. S. Hofer, Federazione per il Sociale e la Sanità

Viene sottolineata la necessità di intensificare il lavoro di rete tra settore sociale e settore sanitario, oltre all'importanza di ottimizzare le risorse umane.

Si afferma che l'erogazione delle prestazioni debba essere compensata da politiche di prevenzione, promozione e riabilitazione, oltreché di sensibilizzazione della popolazione riguardo all'assegno di cura, anche nella valutazione dello stesso. Ciò anche in funzione di rendere più chiari i criteri di accesso all'assegno di cura, per evitare di creare false aspettative in merito.

Viene introdotta quindi una riflessione sul giusto utilizzo delle somme economiche erogate, considerando anche l'alternativa dei buoni servizio nelle situazioni in cui il beneficio economico non viene destinato all'assistenza del non autosufficiente.

L'importanza di non trascurare la sfera delle aspettative/prospettive/bisogni dei care giver si accompagna a quella di disincentivare il lavoro nero.

3. Presidente N. Bertignoll, Associazione delle Residenze per Anziani Alto Adige

Vengono proposti tre interrogativi sui punti ritenuti cruciali nella situazione attuale:

- i criteri di valutazione per l'erogazione dell'assegno di cura attraverso il "sistema vita" sono adeguati?

- viene sufficientemente considerata la qualità dell'assistenza?
- vi è una compatibilità a livello normativo tra la legge sull'assegno di cura e altre leggi?

4. Dott. K. Tragust – Ripartizione famiglia e politiche sociali e ASSE

Viene evidenziato che la legge citata per i non autosufficienti ha significato un maggiore sostegno finanziario alle famiglie per poter assistere i loro congiunti a casa propria (obiettivo prioritario della Provincia) nonché un ampliamento della gamma di servizi alle persone; ancora che il livello del sostegno finanziario così come quello dei servizi si attestano su standard molto elevati in Alto Adige, sia nel confronto nazionale che internazionale.

Vengono elencate poi le sfide per il futuro per migliorare l'attuale sistema di assistenza:

- dare sostegno agli anziani ma al contempo rafforzare la posizione lavorativa e pensionistica di chi presta cura a familiari non-autosufficienti
- rendere più flessibile ed integrato il sistema assistenziale puntando su una maggiore integrazione dei servizi domiciliari e residenziali, sociali e sanitari, pubblici e privati, professionali e di volontariato
- promuovere altre possibilità abitative con progetti ad hoc.
- migliorare i servizi di sportello per favorire una consulenza integrata complessiva in loco.
- per garantire nel tempo il Fondo per la non autosufficienza, sarà costituito il cosiddetto "Fondo di Garanzia", previsto all'art. 4 della Legge provinciale di riferimento.



L'Ordine regionale Assistenti Sociali
Trentino Alto Adige è lieta di inviarvi al convegno

“Servizio sociale professionale: le sfide per un agire responsabile”

**5 novembre 2011
ore 8.30 – 15.00**

La professione di assistente sociale si caratterizza per l'integrazione tra conoscenze di tipo teorico e competenze di tipo metodologico, organizzativo e relazionale, da utilizzare in relazione ai tre mandati (istituzionale, comunitario e professionale) di cui la professione stessa è investita. Nell'ambito di tale bagaglio conoscitivo, gli aspetti deontologici risultano trasversali e richiamano uno spazio di riflessività sul proprio agire professionale.

Die Profession Sozialarbeit charakterisiert sich durch die Integration von theoretischem Wissen mit methodischen, organisatorischen und Beziehungskompetenzen in der Ausübung ihres dreifachen Mandates, das neben der Verpflichtung gegenüber institutionellen Vorgaben und den Bedürfnissen ihrer AdressatInnen auch die fachliche und berufsethische Selbstverpflichtung der Profession beinhaltet.

Ethische Fragen haben in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung und Sozialarbeit bedarf, quer zu ihren Wissensbeständen und Handlungskompetenzen, einer ethischen Reflexionskompetenz, die das eigene professionelle Handeln in den Blick nimmt.

Per maggiori informazioni è possibile contattare la sede dell'Ordine.

Nuove dipendenze e nuove collaborazioni

L'ente pubblico e il privato sociale insieme per affrontare una nuova sfida

■ di *Laura Moratell* e *Miriam Vanzetta*
assistente sociale Ser.T Trento *Associazione A.M.A. Trento*



*“Il giocatore perde sempre.
 Perde denaro, dignità e tempo.
 E se vince,
 tesse intorno a sé una tela di ragno”*

Mosè Maimonide, Sha'are ha- Musar

INTRODUZIONE

Il gioco d'azzardo (dall'arabo “az-zahr”, dado), si riferisce a quelle attività ludiche basate esclusivamente sulla fortuna e sul caso, indipendentemente dall'abilità e capacità del giocatore. Anche il codice penale, all'articolo 721, definisce come giochi d'azzardo quelli “*nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria*”.

Il gioco d'azzardo è una forma di intrattenimento molto antica, diffusa fin dalla nascita delle prime civiltà a noi note. Già al tempo di Assiri e Sumeri, l'*astragalo*, un particolare osso di pecora, rappresentava una sorta di dado e veniva utilizzato per scopi ludici.

Da sempre il gioco viene considerato simbolo di evasione e di alternativa alla realtà; in particolare nella nostra società, fondata sul valore del lavoro, il gioco d'azzardo è un seduttore potente in quanto offre il miraggio di gua-

dagnare cifre consistenti in una sola volta e senza sforzi. La diffusione dei vari tipi di gioco d'azzardo di Stato (lotterie varie, Lotto, Superenalotto, Gratta e Vinci, Win for Life, scommesse sportive), dei videopoker e del gioco su internet, stanno contribuendo all'aumento del gioco d'azzardo tra la popolazione, sia per quel che riguarda la quantità delle persone coinvolte che per l'entità e la frequenza delle giocate.

Il trend crescente degli incassi dei diversi giochi in Italia, a fronte di un'evidente contrazione dei consumi familiari negli ultimi anni, evidenzia come cresca la voglia di giocare. Si stima che nel 2011 il volume complessivo delle giocate arriverà a circa 80 miliardi e anche nella realtà del Trentino-Alto Adige le dimensioni del fenomeno rispecchiano la tendenza nazionale: nella nostra regione nel I bimestre del 2011 si sono giocati 191, 8 milioni di euro, con una spesa di gioco giornaliera di 3,3 milioni di euro.



Si tratta di cifre impressionanti, che dimostrano chiaramente come il gioco d'azzardo sia uno dei pochi settori a non risentire dell'attuale crisi economica, avendone tratto anzi, nel corso del 2010, un trend di incremento del 12,7% rispetto all'anno precedente. "L'industria" del gioco d'azzardo è la terza in Italia per fatturato, preceduta solo da Eni e Enel¹

Da un lato tali numeri possono essere spiegati con l'espansione delle varie reti di vendita, dall'altro il gioco d'azzardo risponde a diverse istanze sociali: può essere utilizzato come strumento di socializzazione, come occasione di fuga e di evasione a poco prezzo, può sostenere il sogno di cambiare la propria vita o di migliorarla. In termini maggiormente tecnici si potrebbe dire che rappresenta potenzialmente uno strumento per compensare dei deficit di ruolo e di identità.

I nuovi giochi d'azzardo (in particolare videopoker, slot macchine, giochi on-line) definiscono inoltre un nuovo modo di giocare e si rivolgono ad un pubblico lontano dai tradizionali luoghi di culto dell'azzardo: adolescenti, casalinghe, pensionati, bambini ed interi nuclei familiari. Sono accessibili a tutti, la vincita non è differita, sono capillarmente diffusi e propongono partite veloci in cui si assiste al trionfo della ripetizione e alla perdita di un gioco di tipo sociale e un gioco di tipo patologico si fa più forte.

1. IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il gioco, da positivo elemento ludico e ricreativo, può diventare un problema quando, per una serie complessa e profonda di cause, il piacere di giocare diventa un impulso incontrollabile e patologico, fino a trasformarsi in una vera e propria dipendenza capace di stravolgere i rapporti familiari, sociali e finanziari.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è una vera e propria malattia (non un brutto vizio come comunemente l'opinione pubblica è portata a credere) che a livello diagnostico trova collocazione tra le patologie psichiatriche, nel DSM IV², dove è inserito tra i disturbi del controllo degli impulsi. Nonostante tale collocazione, alcuni items che

definiscono il GAP – quali la tolleranza³, l'astinenza⁴ e la compulsività⁵ – lo assimilano alla dipendenza patologica intesa come "Una condizione patologica, correlata ad una alterazione del sistema della gratificazione caratterizzata da craving e da una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere"⁶.

Nella provincia di Trento le realtà che si stanno occupando di gioco d'azzardo patologico sono il SerT e l'Associazione A.M.A. Auto Mutuo Aiuto.

Di seguito riportiamo il lavoro svolto da queste due realtà e l'integrazione e la collaborazione che si è creata in questo ultimo anno di lavoro, fino alla stesura di un protocollo d'intesa.

2. LA RISPOSTA INTEGRATA:

2.1. IL SER.T di TRENTO

Nel corso degli ultimi anni, la crescente richiesta di trattamento da parte di giocatori patologici e loro familiari, ha reso necessaria una riflessione all'interno dell'equipe multi professionale del SerT, finalizzata ad ipotizzare le risposte d'aiuto più adatte a questa nuova forma di addiction. Ciò anche alla luce del fatto che, in base alle stime epidemiologiche sul fenomeno, dobbiamo aspettarci un aumento significativo delle richieste di presa in carico nel prossimo futuro.

Il gioco d'azzardo patologico, come anche la dipendenza da sostanze stupefacenti, è una malattia che si sviluppa coinvolgendo vari aspetti della vita di un individuo e causando ripercussioni pesanti sulla psiche, sull'organismo, negli affetti, nell'economia e nell'attività sociale del soggetto; ne consegue che dobbiamo pensare ad una risposta di trattamento multi professionale (bio-psico-sociale).

In particolare, la riflessione del Servizio in merito alla presa in carico dei giocatori problematici, si sta focalizzando sui seguenti punti:

- il setting e l'individualizzazione del trattamento
- il ruolo delle varie professionalità dell'equipe (infermiere, assistente sociale, medico e psicologo)

1 Elaborazione da parte di Coordinamento Nazionale Gruppi Giocatori d'Azzardo (CoNaGGA) sui dati de Le principali società italiane, edizione annuale Mediobanca, novembre 2010

2 DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - «Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali»), è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella clinica che nella ricerca.

3 Tolleranza intesa come il bisogno di investire quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.

4 Astinenza intesa come la comparsa di irrequietezza o irritabilità quando il giocatore tenta di ridurre o interrompere il gioco.

5 Compulsività intesa come il tentativo, senza successo, di controllare, ridurre o interrompere il gioco.

6 Bignamini E. et Al. "Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità" Editeam, Bologna 2002



- la collaborazione con l'Associazione di Auto Mutuo Aiuto

Setting e individualizzazione del trattamento

Al momento attuale, all'interno del nostro Servizio, tutti gli operatori si occupano della presa in carico dei giocatori patologici: non è prevista, in parte per questioni di risorse del personale, una équipe dedicata a tale tipologia di utenza. Gli aspetti funzionali nella creazione di un gruppo di lavoro "specializzato" all'interno dell'èquipe multi professionale troverebbero tuttavia un proprio senso: la cura del complesso fenomeno del gioco d'azzardo patologico comporta infatti una maggior specializzazione e una necessità di saper integrare l'attuale modus operandi con tecniche specifiche di trattamento. È stato comunque individuato, all'interno del Servizio, un gruppo di lavoro formato da un assistente sociale, un medico psichiatra ed una psicologa con compiti di studio e di collaborazione con altre realtà istituzionali che si occupano di GAP.

Le valutazioni emerse vertono anche sull'importanza di individuare, per i giocatori patologici, spazi e tempi di accesso al Servizio differenziati rispetto alla tradizionale utenza del SerT. Potrebbe essere rischioso infatti, che l'assenza di differenziazione, possa paradossalmente rafforzare nel giocatore patologico alcuni meccanismi difensivi, narcisistici e di conseguente minimizzazione del problema. Così ricordo un utente che diceva alla moglie *"...ma io non sono certo così grave come l'eroinomane che viene a prendersi il metadone..."*.

L'idea di privilegiare l'accoglienza dei "pathological gamblers" nel corso del pomeriggio (fascia oraria tendenzialmente destinata alle attività programmabili e alle riunioni, quindi meno affollata) potrebbe essere una risposta a tale esigenza di differenziazione.

Il ruolo delle varie professionalità nell'èquipe

Attualmente l'**accoglienza**⁷ delle persone che portano un problema di gioco d'azzardo viene effettuata in prima battuta dall'assistente sociale. Il primo colloquio sociale ha l'obiettivo di effettuare una prima analisi della domanda, una prima raccolta anamnestica (con eventuale sommi-

⁷ *Nell'attuale modello organizzativo, dopo la fase di accettazione svolta dall'infermiere professionale, la persona che si rivolge al SerT per un problema legato all'uso di sostanze stupefacenti, viene accolta dal medico e nel giro di una settimana circa, vengono programmati il primo colloquio sociale e psicologico che completano la fase di accoglienza.*

nistrazione dell'ASI – G⁸) e l'invio all'associazione di Auto Mutuo Aiuto (A.M.A.)⁹

Dopo il colloquio di accoglienza sociale vengono fissati, entro dieci giorni, il colloquio di accoglienza psicologica e la visita psichiatrica.

L'accoglienza è rivolta anche ai familiari del giocatore, quando disponibili: accade infatti che la prima richiesta d'aiuto, in situazioni di Gap, venga spesso portata da un familiare, in assenza da parte del "soggetto designato" di una consapevolezza della situazione problematica in merito al rapporto con il gioco d'azzardo o in assenza di questi, da parte di un soggetto vicino al paziente, resosi conto della situazione problematica connessa al gioco d'azzardo.

Dopo la fase di accoglienza ha inizio l'**assessment** multidisciplinare: l'attività diagnostica si avvale del contributo dell'èquipe integrata e prevede, oltre ad una diagnosi clinica, la somministrazione di reattivi standardizzati (per esempio il questionario SOGS¹⁰ e il questionario basato sul DSM IV), oltre ad eventuali approfondimenti testistici di secondo livello. È importante che la valutazione iniziale comprenda sia l'accertamento di un eventuale comorbilità psichiatrica e l'eventuale uso di sostanze stupefacenti o alcol, che un iniziale orientamento rispetto al tipo di giocatore patologico, facendo riferimento soprattutto alla classificazione di Blaszczynski¹¹.

L'assessment sociale contribuisce, insieme alle valutazioni medica e psicologica, ad elaborare il successivo intervento terapeutico multidisciplinare. La problematica del gioco d'azzardo patologico infatti, oltre che sulla sfera personale, fisica e psichica, ha potenzialmente forti ripercussioni anche su tutti gli ambiti di vita della persona.

⁸ *L'ASI (Addiction Severity Index) - è un'intervista semi strutturata che ha l'obiettivo di raccogliere una serie di informazioni importanti che riguardano aspetti della vita del paziente e che possono contribuire a tracciare il profilo di gravità in sei settori (situazione medica, lavoro/sostentamento, uso di alcol/uso di sostanze stupefacenti, situazione legale, relazioni familiari/sociali, situazione psichica). Nel 1992 gli autori Lesieur e Blume hanno integrato lo strumento predisponendo domande specifiche sul gioco d'azzardo.*

⁹ *PROTOCOLLO d'INTESA SERT - Associazione AMA (Cfr. paragrafo "LA COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE AMA: IL PROTOCOLLO GAP ed il PROGETTO "A CHE GIOCO GIOCHIAMO?")*

¹⁰ *SOGS (SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN) è un test che evidenzia velocemente la probabile presenza di problemi di gioco.*

¹¹ *L'autore identifica tre sottogruppi nella popolazione dei giocatori d'azzardo: patologici non patologici, emotivamente vulnerabili e antisociali.*



La valutazione sociale deve quindi indagare:

- Le relazioni familiari: il malessere causato dal gioco d'azzardo patologico si estende a tutti i membri della famiglia. I disagi si riflettono soprattutto sul versante economico (debiti, difficoltà ad affrontare le spese ordinarie e quotidiane, preoccupazione rispetto alla tutela dei beni familiari) e sul versante relazionale (scarso dialogo e collaborazione, tensione nei rapporti, perdita di stima e fiducia, isolamento del giocatore dal resto della famiglia, acquisizione di ruoli impropri all'interno del sistema familiare, sia nella coppia che nel rapporto con i figli).
- La rete sociale, gli interessi ed il tempo libero: l'attività di gioco può diventare il pensiero principale comportando il deterioramento volontario o involontario della rete sociale, l'aumento della trascuratezza della propria persona, la perdita dei vecchi interessi e delle attività praticate nel tempo libero. Può favorire la frequentazione di ambienti legati al gioco, marginali e a rischio di contatti con circuiti di illegalità.
- La scuola e l'attività lavorativa: la dipendenza da gioco può determinare minor impegno e perdita di interesse, cambi frequenti di attività (anche per recuperare quote del TFR), scarsa tolleranza ai ritmi, assenze ingiustificate, licenziamenti, difficoltà nel rapporto con colleghi e superiori.
- La situazione economica ed il rapporto con il denaro: se nella dipendenza da sostanze stupefacenti, il denaro è visto solo come un mezzo per procurarsi la sostanza, nel gioco d'azzardo patologico esso viene investito dalla doppia funzione di mezzo e fine; il denaro è cioè il mezzo con cui giocare per ottenere denaro. Il giocatore compulsivo tende quindi a sviluppare nel tempo un rapporto disfunzionale con il denaro, inoltre, con la perdita del controllo economico sulle proprie risorse, possono verificarsi lo sfruttamento del patrimonio di famiglia, la contrazione di debiti con organismi leciti ma anche con possibili usurai, la non curanza delle spese quotidiane necessarie e i rischi di commettere azioni illegali per finanziare le proprie attività di gioco (truffe, furti, etc.).

Il **trattamento** del giocatore d'azzardo patologico, così come avviene per il tossicodipendente, non può avere come obiettivo la "guarigione" del giocatore; tale concetto potrebbe sembrare paradossale, ma va spiegato con il fatto che il soggetto dipendente da una sostanza o da un comportamento, rimane da essi dipendente per l'intera durata della sua vita. Il gioco d'azzardo patologico è infatti una malattia cronica e progressiva e la cronicità

per definizione non può essere "guarita". Parlare di "guarigione" oltre ad essere scientificamente scorretto è anche pericoloso ai fini della terapia: illudere l'utente rispetto ad una sua guarigione significa abbassare il suo livello di attenzione verso le ricadute e sviluppare in lui la convinzione di poter tornare a giocare in maniera "controllata".

Parlando di ricaduta, mi ha colpito molto il racconto di un utente che si è rivolto recentemente al SerT per un problema di gioco d'azzardo patologico. Nel descrivere la sua ultima ricaduta utilizzava tali espressioni: "... Dopo un anno intero in cui non ho più avuto pensieri rivolti al gioco, ho iniziato a frequentare il bar del paese con un gruppo di amici per giocare a carte e ho cominciato a guardare le macchinette e a sentire il suono delle monete che cadevano dopo una vincita. [...] Dopo qualche mese ho iniziato a osservare le varie persone intente a giocare alle slot e a pensare a quanto stupido fossi stato in passato ... Circa un mese fa, mentre stavo aspettando al bar i miei compagni di carte, quando ormai ho visto che non arrivava più nessuno e mi sono ritrovato solo, ho giocato qualche moneta al video poker. Da quel giorno non ho più smesso...".

Spiegare al paziente che il gioco d'azzardo patologico è una "patologia cronica" è inoltre fondamentale per evitare o diminuire il senso di colpa e di fallimento derivanti da un'eventuale ricaduta e non da ultimo per smontare il pregiudizio, spesso assunto dai familiari stessi del giocatore, che il problema del gioco sia solo un brutto vizio e che basti semplicemente avere buona volontà per smettere.

Tali affermazioni non devono tuttavia essere lette in termini pessimistici rispetto alla cura dei giocatori compulsivi, il trattamento deve infatti mirare alla sospensione della malattia e alla disattivazione del comportamento patologico (astinenza), deve inoltre "arrivare a cambiare la psiche malata dello stesso giocatore, a ridurre il suo Io ipertrofico, a riportarlo alle sue responsabilità, ad un rapporto più razionale con la realtà, nonché a riappropriarsi della sua emotività"¹².

Per quel che riguarda la realtà del SerT di Trento, i trattamenti pensati per il giocatore d'azzardo patologico sono:

- Psicoterapia individuale con attenzione all'affettività, all'emotività, alla socializzazione, alle forme di autoinganno, ai vissuti di onnipotenza, agli aspetti difensivi e ai problemi relativi ai confini dell'Io e della realtà

¹² GUERRESCHI C., "Il gioco d'azzardo patologico", Camponarzo Editrice, 2003



- Terapia di coppia: che agisca sull'equilibrio della coppia, sulle sue dinamiche relazionali, emotive, affettive e sessuali. Il gioco d'azzardo patologico, così come le altre dipendenze, è al tempo stesso malattia e sintomo di un disagio precedente allo sviluppo della patologia.
- Sostegno psico-sociale: Frequentemente manca nel giocatore la consapevolezza della problematicità della propria condotta, per tale motivo l'assistente sociale propone colloqui o attività di sostegno al fine di portare la persona in difficoltà a maturare la consapevolezza del proprio effettivo problema e offre inoltre l'aiuto per affrontarlo e superarlo.
- Terapia familiare: nel trattamento è molto importante, nel rispetto della privacy dell'utente, coinvolgere la famiglia proponendo un intervento che da un lato porti a conoscere le caratteristiche della patologia "gioco d'azzardo" e dall'altro porti a valutare se all'interno del contesto familiare, vi siano relazioni "malate" e fattori che abbiano contribuito alla nascita e allo sviluppo del sintomo del gioco compulsivo.
- Consulenza psichiatrica: il gioco d'azzardo patologico spesso si associa ad una serie di patologie correlate da un punto di vista psichiatrico. Non è raro infatti, nelle situazioni di GAP, osservare una comorbilità con disturbi di personalità, d'ansia e dell'umore. Questo comporta l'eventuale attivazione di trattamenti di tipo psicofarmacologico, sia rivolti al disturbo primario stesso (compulsività) che alle patologie eventualmente associate.
- Orientamento/accompagnamento: presso agenzie del territorio che facilitino esperienze relazionali e presso agenzie istituzionali e non per il sostegno socio-assistenziale.
- Accompagnamento (coaching): nel percorso di inserimento o re-inserimento lavorativo.
- Invio in Comunità Terapeutiche: nelle situazioni o nelle fasi di trattamento in cui si valuta opportuno un trattamento di tipo residenziale.

Per ultimo, ma non per importanza, è da segnalare il pensiero del nostro gruppo di lavoro GAP in merito alla necessità di pensare all'attivazione di interventi di sostegno riguardanti la sfera economica. Come riportato in precedenza, il giocatore patologico sviluppa infatti un rapporto disfunzionale con il denaro ed il primo passo per recuperarne il controllo è, almeno nelle fasi iniziali del trattamento, quello di essere esonerato dalla gestione dei propri soldi (attraverso alcune norme comportamentali,

attraverso un "tutoraggio economico" e nei casi più gravi, con il ricorso all'amministratore di sostegno¹³).

In tal senso l'intervento potrebbe avere come obiettivi: quello di motivare il giocatore ad accettare il controllo sulla gestione del denaro, individuare nell'ambito della rete primaria del giocatore un familiare o altra persona significativa disponibile a collaborare con l'operatore, attivare consulenze finanziarie e legali per quelle situazioni di maggior complessità (nel caso in cui sia per esempio fondamentale definire un piano di rientro dai debiti).

Un'ulteriore riflessione, in merito alle ipotesi di intervento attuabili presso il nostro Servizio, riguarda la possibilità di introdurre, in fase pre-trattamentale, un intervento psicoeducazione¹⁴. Molto interessanti al riguardo sono stati gli spunti forniti dal corso organizzato dall'associazione "AND" svoltosi a Varese lo scorso 19 maggio dal titolo "La psicoeducazione nel gioco d'azzardo patologico: dalla teoria alla clinica". Questa giornata formativa ha introdotto in modo interattivo l'uso del programma di psicoeducazione elaborato da T. Carlevaro¹⁵ utilizzato da tempo come tecnica di prima accoglienza dei pazienti Giocatori d'Azzardo patologici e dei loro familiari presso il SerT di Parabiago (MI). Tale strumento potrebbe infatti rappresentare uno strumento concreto di lavoro in grado di :

- fornire una serie di informazioni offrendo uno spazio di riflessione e di condivisione
- misurare la motivazione
- favorire l'aggancio del paziente (si tratta infatti di uno strumento facilmente accettato in quanto rappresenta una proposta di lavoro centrata sul problema, con obiettivi chiari) e motivare l'invio ad interventi terapeutici maggiormente strutturati (per es. l'invio al polo psicologico).

¹³ Rispetto alla procedura per la richiesta dell'amministratore di sostegno, la Legge 6/2004 recita che può essere attivata dalla famiglia e dai servizi sociali e sanitari "direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero."

¹⁴ La psicoeducazione è una forma specifica di educazione volta ad aiutare le persone con un determinato problema ad accedere ad una serie di informazioni al fine di aumentare o acquisire la capacità di gestione del problema e delle sue conseguenze

¹⁵ Il programma è costituito da tre incontri strutturati che permettono di fornire informazioni sul gioco d'azzardo, di acquisire dati importanti sull'attività di gioco del paziente e, attraverso gli esercizi che il paziente deve svolgere a casa, facilitano la ripetizione del materiale presentato e misurano la motivazione del paziente



L'ipotesi a cui si sta pensando, coerentemente con le premesse di cui sopra, è quella di proporre alla persona che si rivolge al SerT per un problema di gioco d'azzardo, il ciclo dei tre incontri di psicoeducazione dopo la fase di accoglienza sociale e prima dell'invio alle altre figure professionali. In letteratura è riportato infatti che i percorsi psicoeducativi, sia individuali che di gruppo, rappresentano un primo step di cura che permette in alcuni casi la ripresa del controllo del sintomo, mentre in altri può favorire il riconoscimento delle problematiche sottostanti e il conseguente accesso a trattamenti di tipo psicoterapico e/o farmacologico.

2.2 ATTIVITA' DELL'ASSOCIAZIONE A.M.A.

Nel giugno 1995 nasce l'Associazione A.M.A. di Trento, su iniziativa di alcuni operatori dell'ambito sanitario e del privato sociale e anche di alcune persone che frequentavano gruppi già attivi, questi ultimi nati spontaneamente o all'interno di realtà associative presenti sul territorio.

Metodologia di lavoro

E' importante sottolineare che la metodologia dei gruppi di auto mutuo aiuto e, di conseguenza quella dell'Associazione A.M.A., rappresenta un supporto e un'integrazione alle tradizionali forme di intervento realizzate dalla rete dei servizi sanitari e sociali, presentandosi come risorsa complementare per il benessere della comunità, in una logica di partecipazione diretta e attiva delle persone allo sviluppo della salute e dell'autoprotezione fisica e mentale.

L'auto mutuo aiuto è un movimento spontaneo e in continua evoluzione che nasce dai bisogni e dalle esigenze dei singoli e delle comunità e che segue i cambiamenti sociali, culturali e delle condizioni di vita delle persone. Per questo l'attenzione è centrata sui bisogni delle persone e delle comunità, bisogni dinamici, complessi e sempre più in trasformazione. Di conseguenza, la programmazione delle attività non viene completamente definita a priori, ma è aperta alle richieste che nascono dal territorio. E' quindi necessario che l'organizzazione sia flessibile e che preveda la possibilità di ideare progetti innovativi, di attivare gruppi su tematiche attuali non ancora approfondite, di valutare l'esigenza di sperimentare nuove iniziative, quelle che nascono ed evolvono in base alle richieste di persone, enti e associazioni interessati.

A questo proposito, la filosofia dell'associazione è quella non solo di collaborare con realtà e con servizi pubblici e di privato sociale, ma anche quella di co-progettare

assieme iniziative di sostegno alle persone che vivono situazioni di disagio.

In una realtà ricca di servizi, associazioni, attività e progetti come il Trentino è importante contribuire a valorizzare, diffondere e promuovere quanto esiste, lavorando per colmare la distanza tra le persone e i servizi; attraverso la costruzione di reti e sinergie. Rientra nella metodologia dell'Associazione A.M.A. la progettazione condivisa sia con i servizi sociali territoriali, sia con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, sia, infine, con enti e associazioni di privato sociale; per la promozione e l'attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto dedicati a specifiche problematiche. Il lavoro di rete richiede particolare impegno e fatica: si tratta di un lavoro che rimane spesso sotterraneo e invisibile, ma esso è indispensabile per sostenere processi innovativi e di cambiamento; e per ottenere azioni più incisive, che rispondano realmente ai bisogni delle persone.

L'auto mutuo aiuto e le nuove dipendenze



Alla fine degli anni'90, sulla base di numerose richieste che arrivavano da parte di familiari di persone con una dipendenza da gioco d'azzardo o da parte dei diretti interessati, nasce il gruppo di auto mutuo aiuto *A che gioco giochiamo*.

In questi anni l'offerta di giochi d'azzardo è limitata; le persone che partecipano al gruppo giocano prevalentemente ai video-poker e nei Casinò (di Seefeld in Austria - vista la vicinanza con il Trentino-Alto Adige - e al nuovo Casinò di Venezia, inaugurato nel 1999, situato a Ca' Noghera, famoso per la peculiarità di essere il primo casinò all'americana aperto in Italia).

Le persone o famiglie che condividono il disagio creato dal gioco patologico si uniscono attorno a un obiettivo comune: fermare il comportamento patologico del gioco d'azzardo. Le persone si impegnano per il loro cambiamento attivandosi in prima persona, attraverso il reciproco sostegno e il confronto delle esperienze vissute. Nel gruppo a.m.a. la persona sperimenta le proprie risorse: impara a conoscersi meglio, ad aumentare la propria autostima, a scoprire i propri limiti e ad aumentare le proprie potenzialità, a creare o a rafforzare una rete di rapporti per sostenere il cambiamento.

Il gruppo viene introdotto mediante alcuni incontri formativi con esperti del settore che aiutano i partecipanti ad approfondire aspetti relativi al gioco d'azzardo, for-



nendo suggerimenti e strumenti per cercare di conoscere meglio se stessi, portando alla luce anche il rapporto con la propria immagine e la visione di sé. Spesso, infatti, quando la persona vive situazioni di sofferenza tende a svalutarsi, colpevolizzarsi, annullando, in tal modo, la propria autostima.

Attualmente i gruppi attivi sono due, ma l'Associazione è disponibile ad attivarne di nuovi anche in zone decentrate in modo da poter essere vicini alle comunità dove le persone vivono.

3 LA COLLABORAZIONE TRA ASSOCIAZIONE AMA E SERT:

3.1 IL PROTOCOLLO GAP

Nel corso del 2010 è nata una collaborazione tra il SerT e l'associazione AMA che da più di dieci anni si occupa della problematica della dipendenza da gioco d'azzardo patologico. *“Riteniamo infatti che siano realtà complementari e che una reciproca conoscenza e scambio consentano un'efficienza ed efficacia maggiori nell'offrire una risposta terapeutica adeguata rispetto ad una patologia ancora poco conosciuta ma con un trend di crescita estremamente significativo e con pesanti ripercussioni su coloro che ne soffrono e sui familiari”*¹⁶.

Nel definire questo tipo di collaborazione sono stati individuati in particolare:

- Il momento in cui la persona o un suo familiare entra in contatto con i Servizi
- La tipologia di interventi proposti dai servizi
- La possibilità di costruire percorsi psico-educativi di gruppo per giocatori e loro familiari
- La costituzione di un gruppo di lavoro /confronto sul tema.

Rispetto al primo punto, come anticipato nei paragrafi precedenti, quando una persona si presenta direttamente al SerT, già in sede di accoglienza viene indicato di rivolgersi anche all'associazione AMA. L'aggancio con il gruppo AMA è un intervento che consente di aiutare l'utente a soddisfare i suoi bisogni profondi di comprensione e contenimento in una fase iniziale in cui prevale l'allarme, la preoccupazione e la scarsa speranza. Tale approccio rappresenta una modalità di intervento primaria proprio per allentare le difese e creare le condizioni per un aggancio sulle reali problematiche psicologiche e psicopatologiche sottostanti il sintomo.

Nel caso in cui invece la persona con un problema di gioco compulsivo si rivolga direttamente all'AMA, l'operatore referente svolge un primo colloquio di consulenza per valutare l'opportunità o meno della partecipazione della persona e/o del familiare al gruppo di auto mutuo aiuto. In particolare i criteri di inclusione al gruppo AMA possono essere così riassunti:

- Motivazione e disponibilità al lavoro di gruppo
- Priorità, in situazioni multiproblematiche, del sintomo della dipendenza patologica da gioco
- Sostegno relazionale da parte dei familiari
- Assenza di problemi psichiatrici gravi.

Durante il percorso di gruppo, l'AMA propone alla persona di integrare l'intervento con un invio al SerT soprattutto quando si ravvede l'opportunità di un trattamento “individualizzato”, quando si è in presenza di una manifestazione di sintomi legati all'uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti, e nelle situazioni in cui vi è l'espressione e la maturazione di un bisogno specifico di approfondimento su aspetti di natura soggettiva. E' infine fondamentale l'invio al SerT nel caso in cui vi sia la necessità di formulare una diagnosi e di certificare lo stato di dipendenza da gioco d'azzardo (per es. per questioni legali).

3.2. II PROGETTO “ A CHE GIOCO GIOCHIAMO?”

Il progetto “ A che gioco giochiamo” è un percorso informativo ed educativo , rivolto ai giocatori d'azzardo e ai loro familiari , svoltosi nel maggio 2011. Il percorso è stato organizzato dall'Associazione A.M.A. in collaborazione con Ser.T, Comune di Trento e dipartimento di Matematica - Università degli studi di Trento.

L'esigenza di proporre un percorso sul territorio come primo momento di presa in carico e aggancio era fortemente sentito da vari soggetti del territorio, su sollecitazione della cittadinanza.

Il Comune di Trento tramite una mozione portata in consiglio comunale e su sollecitazione di alcune circoscrizioni ha sostenuto l'iniziativa del percorso informativo ed educativo.

La serata introduttiva ha raccolto una ricca adesione da parte della cittadinanza, erano presenti circa 70-80 persone, 20 delle quali (giocatori e familiari) hanno deciso di aderire al percorso svoltosi nelle settimane successive. Gli incontri hanno approfondito i rischi del gioco d'azzardo e le gravi conseguenze che possono esserci nelle relazioni

¹⁶ Protocollo gap



familiari, nel lavoro, nella stima di sé, oltre chiaramente alle grosse difficoltà economiche in cui possono versare le persone e le famiglie coinvolte.

I partecipanti al percorso hanno evidenziato attraverso un questionario di valutazione/gradimento una buona riuscita degli incontri, sottolineando di aver ottenuto maggiori informazioni sul problema, e sulle possibili soluzioni, di aver capito maggiormente il proprio familiare-giocatore e di aver molto apprezzato il confronto con altre persone che condividono una stessa situazione problematica.

Il percorso ha inoltre raggiunto l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica e i mass media su questo tema così diffuso eppure così ancora poco trattato e di dare indicazioni puntuali sulle possibili strategie per uscirne e per essere sostenuti in questo difficile percorso.

Al termine degli incontri è stato attivato un nuovo gruppo di auto mutuo aiuto sul gioco d'azzardo, a cui partecipano la maggior parte delle persone che hanno frequentato il percorso psico-educativo, alcune hanno inoltre intrapreso un percorso individuale con il Ser.T.

CONCLUSIONI

L'incontro al SerT con i primi giocatori d'azzardo problematici ha dato prova diretta di come anche un comportamento, da semplice e comune abitudine, possa diventare ricerca esagerata e patologica di benessere

Non si parla di un rapporto patologico con qualcosa di esterno ed "illegale" come può essere una dipendenza da sostanze stupefacenti, ma di un legame perverso e compulsivo con un nostro comportamento. Ed è ancora più sorprendente pensare che, oltre che dal gioco, si può essere dipendenti anche dallo shopping, dal cibo, dalle relazioni affettive, dal sesso, dall'abbronzatura.... Questo fa riflettere sul fatto che per affrontare tali problematiche non è di certo sufficiente o risolutivo "eliminare" l'oggetto della dipendenza.

Molti dei giocatori patologici che ho conosciuto (così come i dipendenti da sostanza stupefacente) tendono infatti ad identificare la causa del loro problema proprio con l'esterno: così, per esempio, la possibilità di con-

tinuare a giocare è garantita perché le slot machines si trovano ovunque e "non puoi entrare in un bar a berti un caffè perché altrimenti scatta la partita.". Così allo stesso modo, è diffusa l'idea, nel giocatore, in base alla quale "se non esistessero le macchinette, sono sicuro che non giocherei più..".

Tali pensieri, pur non assecondati in maniera esclusiva, devono essere sicuramente accettati come forma di difesa e accompagnati da un intervento terapeutico che possa portare alla consapevolezza dei nodi problematici individuali.

E' infatti necessario avviare con pazienza lunghi percorsi di cura che agiscano non solo sul controllo del sintomo ma anche, dove possibile, sulle fragilità individuali preesistenti e sulle conseguenze prodotte dal comportamento compulsivo, sia sul piano medico che psico-sociale.

In questa cornice ha preso piede la collaborazione con l'Associazione Ama, con l'obiettivo comune di accogliere ed affrontare il disagio portato da chi soffre di gioco d'azzardo patologico.

Nonostante la diversità della filosofia sottostante e della conseguente metodologia utilizzata, l'unione tra l'approccio del SerT- maggiormente individuale, professionale ed asimmetrico - e quello basato sull'orizzontalità e sulla condivisione tra pari di un problema in comune- tipici dell'auto mutuo aiuto - può rappresentare una risposta d'aiuto integrata e completa ma anche flessibile nella definizione dei possibili percorsi di cura in base alle caratteristiche peculiari della singola persona.

L'intrecciarsi del lavoro del Ser.T, sulla cura, ed il prendersi cura, tipico dei gruppi ama, ha prodotto in questi mesi buoni risultati, sia sul piano del lavoro con il giocatore e il familiare, sia sulla disponibilità reciproca alla collaborazione.

per invii e maggiori informazioni:

Ser.T Trento 0461-904772

SerT Rovereto 0464- 488780

SerT Riva del Garda 0464- 582721

Associazione A.M.A. 0461-239640

Il gruppo redazione in un momento mangereccio augura un buon autunno a tutti i colleghi!



Ci piacerebbe ampliare la redazione, in modo da poter portare maggiori spunti di riflessione, se vuoi far parte del gruppo contatta la sede dell'Ordine!

Grazie