

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'ANZIANO E LA SOLITUDINE: ANALISI E POSSIBILI
INTERVENTI**

Relatore: Prof. Imoscopi Alessandra

Laureando: Gaiani Mariachiara

(matricola n.: 2012582)

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

Background: la solitudine e l'isolamento sociale sono diventati un problema di sanità pubblica anche per il progressivo aumento della popolazione anziana. La letteratura scientifica dimostra infatti che la solitudine e l'isolamento possono comportare molteplici conseguenze negative per la salute psico-fisica dell'anziano. Durante l'invecchiamento, l'individuo è esposto di per sé ad una serie di modificazioni fisiologiche e psicologiche che possono interferire con la sua capacità e la sua volontà di interfacciarsi ed interagire con il l'ambiente circostante e con le persone. Se a questi cambiamenti si aggiungono la solitudine e l'isolamento l'anziano è ancor più a rischio di incorrere in un peggior stato di salute con una conseguente peggiore qualità di vita. La solitudine, influenzando negativamente su tutti gli aspetti della vita dell'anziano, può velocizzare il processo di decadimento dell'organismo.

Scopi della revisione: gli obiettivi della tesi sono quelli di indagare e riportare, con riferimento alla letteratura scientifica più recente, gli effetti che la solitudine e l'isolamento sociale comportano per l'anziano a livello fisiologico e psicosociale. Questa tesi ha inoltre lo scopo di far conoscere degli interventi che possono essere utili a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane, con particolare attenzione al ruolo dell'infermiere nella promozione e nella realizzazione degli stessi.

Materiali e metodi: per la stesura della tesi sono stati analizzati articoli e pubblicazioni inerenti all'argomento presenti sulle banche dati online PubMed e ScienceDirect ed informazioni ricavate da siti web. Sono state inoltre individuate, analizzate e riportate nel testo due scale di valutazione della solitudine, che si sono dimostrate utili nell'individuare i soggetti che sperimentano la solitudine, quali la UCLA Loneliness Scale e la De Jong Gierveld Loneliness Scale.

Risultati: è emerso che gli effetti negativi della solitudine sull'anziano fragile sono numerosi e possono porre ulteriormente a rischio la sua salute. Questi sono ad esempio gli squilibri ormonali, l'accelerazione del decadimento cognitivo, l'aggravamento delle preesistenti comorbilità, una maggiore esposizione all'ansia ed alla depressione: tali conseguenze negative perpetuano il circolo vizioso che si innesca tra solitudine, isolamento, peggioramento della salute psico-fisica e della qualità di vita.

Conclusioni: dalla ricerca condotta sono emersi interventi utili a contrastare la solitudine e a migliorare di conseguenza lo stato di salute psico-fisico e la qualità di vita degli anziani. Il ruolo dell'infermiere è importante sia per rilevare i vissuti di solitudine sia per promuovere interventi utili a contrastarla.

Key Words: "Loneliness", "Social Isolation", "Aging", "Elderly", "Fragility", "COVID-19".

Indice

1. Introduzione.....	1
2. La solitudine nell'anziano.....	3
2.1 Anzianità.....	3
2.2 Invecchiamento di successo.....	3
2.3 Solitudine.....	4
3. Materiali e metodi.....	9
3.1 Stesura dei quesiti di ricerca in forma narrativa.....	9
3.2 Metodo PIO.....	9
3.3 Parole chiave.....	9
3.4 Stringhe di ricerca.....	9
3.5 Criteri di selezione.....	9
4. Risultati di ricerca.....	11
4.1 Le conseguenze della solitudine nell'anziano.....	11
4.2 Interventi di prevenzione della solitudine.....	19
4.3 Il ruolo dell'infermiere.....	22
4.4 Scale di valutazione.....	26
5. Discussione e conclusioni.....	29
6. Bibliografia e sitografia	

1. Introduzione

Con l'evoluzione della società in cui viviamo, della medicina e delle biotecnologie mediche siamo giunti alla nostra contemporaneità ad essere in grado di guarire e tenere sotto controllo patologie che un tempo erano considerate pericolose e letali anche nel breve termine. Questo è uno dei fattori che ha permesso un progressivo allungamento dell'aspettativa di vita fino ad oggi, in cui all'inizio del 2023 la popolazione italiana contava 14 milioni 177 mila individui di età superiore ai 65 anni andando a costituire il 24,1% della popolazione totale; inoltre, le proiezioni ISTAT riguardanti i prossimi 20 anni prevedono il raggiungimento di quasi 20 milioni di anziani. (ISTAT, 2023) Di questi, un'analisi ha riportato che almeno 9 milioni sono anziani soli e/o a rischio di isolamento, numero incrementato in seguito dal fenomeno del COVID-19. È però necessaria qualche precisazione in merito al concetto di anzianità poiché ad oggi buona parte dei soggetti di 65 anni gode di una buona salute, fisica e cognitiva, e si ritrova ancora inserito nel mondo del lavoro. Per questo motivo in occasione del 63° Congresso Nazionale della SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) nel 2018 è stato proposto di modificare il concetto di anzianità, esclusivamente a livello nazionale, identificando i 75 anni come l'età adatta alla definizione della persona anziana. (SIGG, 2018) Questo perché, generalmente, è intorno a quest'età che iniziano a verificarsi i maggiori cambiamenti fisici correlati a un aumento dell'incidenza di patologie croniche e alla progressiva perdita dell'indipendenza. Secondo i dati ISTAT, infatti, le persone molto anziane, dunque gli ultraottantenni, corrispondono al 7,7% della popolazione italiana, dato in aumento rispetto all'anno precedente.

La scelta della tematica che viene trattata all'interno della tesi è stata dettata dalle sensazioni che mi hanno suscitato le modalità con cui è stato trattato l'argomento all'interno del corso di Geriatria, rinforzata dalla mia esperienza di tirocinio all'interno di una Casa di Riposo, dove ho avuto modo di approfondire le mie conoscenze e competenze nell'assistenza al paziente anziano. È stata una realtà che mi ha permesso di prendere coscienza di quanto gli anziani siano esposti e risentano della solitudine, anche in situazioni di demenza avanzata.

Gli scopi del mio lavoro sono quelli di sensibilizzare e porre in risalto l'importanza della tematica in oggetto, alla luce delle ricerche e delle scoperte scientifiche avvenute nel corso degli anni. Intendo, quindi, focalizzare la mia ricerca sulle conseguenze che questo fenomeno comporta, proponendo interventi adatti a prevenire, contrastare e ridurre gli effetti

della solitudine e dell'isolamento sociale nell'anziano, indagando nello specifico il ruolo dell'infermiere.

2. Anzianità e solitudine

2.1 Anzianità

L'invecchiamento consiste in un graduale e irreversibile processo naturale che comporta una serie di cambiamenti a livello dell'organismo, quali una progressiva degenerazione di tutte le sue componenti che avvengono man mano che il tempo trascorre.

Esiste una distinzione nelle diverse fasi nell'anzianità relativa alle condizioni fisiche e al livello di indipendenza, andando a distinguere quattro sottogruppi quali:

- “giovani anziani”, costituito dai soggetti di età compresa tra i 64 e i 74 anni;
- “anziani”, tra i 75 e gli 84 anni;
- “grandi vecchi”, tra gli 85 e i 99 anni;
- “centenari”, di età superiore ai 100 anni.

Questa distinzione in gruppi, però, può essere considerata limitativa in quanto, generalmente, l'inizio della vecchiaia coincide con il compimento dei 65 anni di età, ma oltre all'età cronologica, un anziano viene definito dalla sua età biologica, ossia lo stadio dei cambiamenti fisiologici nell'organismo, dall'età psicologica, ovvero lo stadio di sviluppo della psiche, e dall'età sociale, cioè lo stile di vita che il soggetto conduce. Il grado di anzianità di un soggetto è dunque dettato dalla somma di tutte queste “età”, che non sempre coincidono tra loro. (Murdaca F., 2014)

2.2 Invecchiamento di successo

L'anzianità viene spesso vissuta nel modo sbagliato poiché viene associata a una serie di stereotipi e pregiudizi come la progressiva perdita di indipendenza conseguente al decadimento fisico e cognitivo dovuto all'avanzare dell'età. Ad oggi, grazie alla ricerca, possiamo invece affermare che le modalità di invecchiamento sono solo in parte determinate dalla genetica, poiché per la maggior parte sono dettate dalle potenzialità mentali e dai comportamenti dell'individuo. Ogni persona, infatti, invecchia in modo diverso, influenzato da pensieri, emozioni e dalle azioni che vengono messe in atto nel corso della propria vita e negli anni dell'età senile ed è proprio in merito a questo che, nel tempo, sono state elaborate delle teorie sull'invecchiamento, quali la Teoria dell'attività di Robert J. Havighurst e il modello elaborato da Rowe e Kahn sull'invecchiamento di successo.

La teoria elaborata da Havighurst presuppone che per un invecchiamento di qualità l'anziano dovrebbe mantenersi attivo fino a quando ne è in grado poiché ciò gli permette di conservare il proprio ruolo sociale senza perdere il proprio valore come persona, andando inoltre a conferire una migliore qualità di vita. (Memini F., 2021)

Secondo Rowe e Kahn l'invecchiamento di successo è definito da tre componenti quali la bassa probabilità di sviluppare malattie e disabilità, elevate capacità fisiche e cognitive e il coinvolgimento nella vita attiva. Secondo questo modello, uno stile di vita sano e il mantenimento attivo della sfera cognitiva, prerequisiti per la possibilità di una vita sociale attiva, predispongono a invecchiare nel miglior modo possibile. (Rowe J.W. & Kahn R.L., 1998)

2.3 Solitudine

Non esiste una definizione assoluta e univoca di solitudine, poiché questa si basa su come viene percepita dal soggetto che la sperimenta. Si può però fare una distinzione tra la solitudine cercata, ossia quando il soggetto si isola volontariamente senza sperimentare sentimenti di svalutazione, e la solitudine subita intesa come uno "stato emotivo negativo soggettivamente sperimentato quando c'è una discrepanza tra le relazioni che si desidererebbero avere e quelle che uno percepisce di avere nella realtà". (J.T. Cacioppo & W. Patrick, 2009) Quest'ultima definizione fa intendere che i sentimenti di solitudine che una persona prova non sono legati alla quantità di rapporti della sua rete sociale, bensì dalla qualità di questi.

Il Modello della discrepanza cognitiva, elaborato da Perlman e Peplau nel 1982 (Bruni D., 2019), consente di comprendere a pieno questa differenza. Secondo il modello infatti "le persone sviluppano uno standard interno di comparazione, un modello ideale e mentale con il quale confrontano e giudicano le loro relazioni interpersonali nella loro vita reale ed esterna, se le loro relazioni reali con gli altri sono al di sotto di questo standard e aspettativa interna, l'individuo sarà insoddisfatto e sperimenterà la solitudine, con un dolore più o meno intenso a seconda del caso".

A questa condizione possono essere esposti individui di qualsiasi età, tuttavia gli anziani, in quanto soggetti fragili per definizione, sono la categoria più esposta e che più risente degli

effetti negativi della solitudine. Gli indicatori a conferma di quest'affermazione sono l'insorgenza di patologie età-correlate, vivere con comorbidità, decadimento cognitivo, e maggior esposizione alla perdita del ruolo sociale, che può essere dovuta anche all'istituzionalizzazione, e della rete sociale di supporto anche a causa di lutti ripetuti, quali quelli del coniuge e dei coetanei.

La solitudine rappresenta un concetto che si distribuisce su tre dimensioni (Cacioppo S. et al., 2015) quali:

- *solitudine intima*, rappresentata dall'assenza di una persona significativamente importante, a cui fare riferimento nei momenti più difficili perché in grado di fornire un supporto emotivo e un aiuto reciproco e incondizionato. Questo tipo di legame corrisponde a quello che si instaura tra marito e moglie e tra migliori amici;
- *solitudine relazionale*, rappresentata dalla carenza o assenza di legami familiari e amicali qualitativamente adeguati, costituiti da coloro che forniscono un sostegno più di tipo strumentale;
- *solitudine collettiva*, rappresentata dalle identità sociali che ricopre l'individuo e dagli individui che lo circondano in veste di un determinato ruolo, costituita da legami di minore intensità ma comunque associati al bisogno di appartenenza e di integrazione in un gruppo.

Le ricerche hanno individuato che esistono numerosi fattori di rischio per questa condizione, quelli che influiscono maggiormente sono:

- vivere soli;
- livello di educazione/ infanzia;
- livello di comorbidità;
- demenze senili/decadimento cognitivo;
- diminuzione del reddito;
- sesso femminile;
- ridotto o assente coinvolgimento familiare;
- istituzionalizzazione.

(Somes J., 2021, Just SA et al., 2022)

Analizzando i principali fattori di rischio si può notare che un contributo importante nella risposta a questi eventi è dato dal contesto in cui il soggetto è cresciuto e il suo livello culturale poiché questa sfera va a incidere sulle caratteristiche caratteriali dell'individuo; andando ad influenzare anche i suoi meccanismi di coping. Con quest'ultimo termine si vanno ad indicare tutti i comportamenti di adattamento e risposta che un soggetto mette in atto per far fronte agli eventi stressanti nell'arco della propria vita; è necessario precisare però che, essendo fortemente influenzate dai tratti individuali, le strategie che vengono attuate non sempre hanno un effetto positivo nei confronti dello stress.

Per l'anziano, in un contesto in cui si assiste di frequente ad un calo delle performance fisiche e mentali, oltre che molto spesso ad una riduzione del reddito disponibile, si ha, quasi inevitabilmente, una diminuzione delle possibilità di intraprendere attività che prevedano interazioni sociali.

È stata registrata una prevalenza di sentimenti di solitudine nelle donne, correlata ad un'aspettativa di vita maggiore rispetto agli uomini e dunque essendo più soggette alla perdita del coniuge sono conseguentemente più esposte al rischio di rimanere sole in casa.

Nella rete sociale dell'anziano il nucleo familiare costituisce il cardine delle relazioni interpersonali, in quanto il coniuge, il compagno/a e soprattutto i figli, essendo le persone a cui tiene di più, lo stimolano a prendere parte, anche se talora solo in modo indiretto, alla loro vita. Vivere separato dai figli, infatti, rappresenta un fattore di rischio per quanto riguarda l'isolamento e la solitudine poiché può generare sentimenti di non inclusione per la scarsa frequenza dei contatti o per la loro inadeguata qualità.

L'istituzionalizzazione, ovvero il ricovero presso una struttura residenziale di cura e assistenza nel lungo termine, è una scelta a cui si ricorre solitamente quando la famiglia non è in grado, per motivi diversi, di prendersi cura dell'anziano. L'istituzionalizzazione può generare molto stress per l'anziano in quanto tale decisione potrebbe non essere condivisa, ma soprattutto perché comporta una diminuzione di autonomia e uno sconvolgimento delle proprie abitudini di vita. Va ad incidere inoltre sulla rete sociale dell'anziano, che, soprattutto in condizioni di non autosufficienza, non ha più la possibilità di uscire autonomamente dalla struttura, in aggiunta a questo, gli orari predisposti per i visitatori sono solitamente limitati all'interno della giornata.

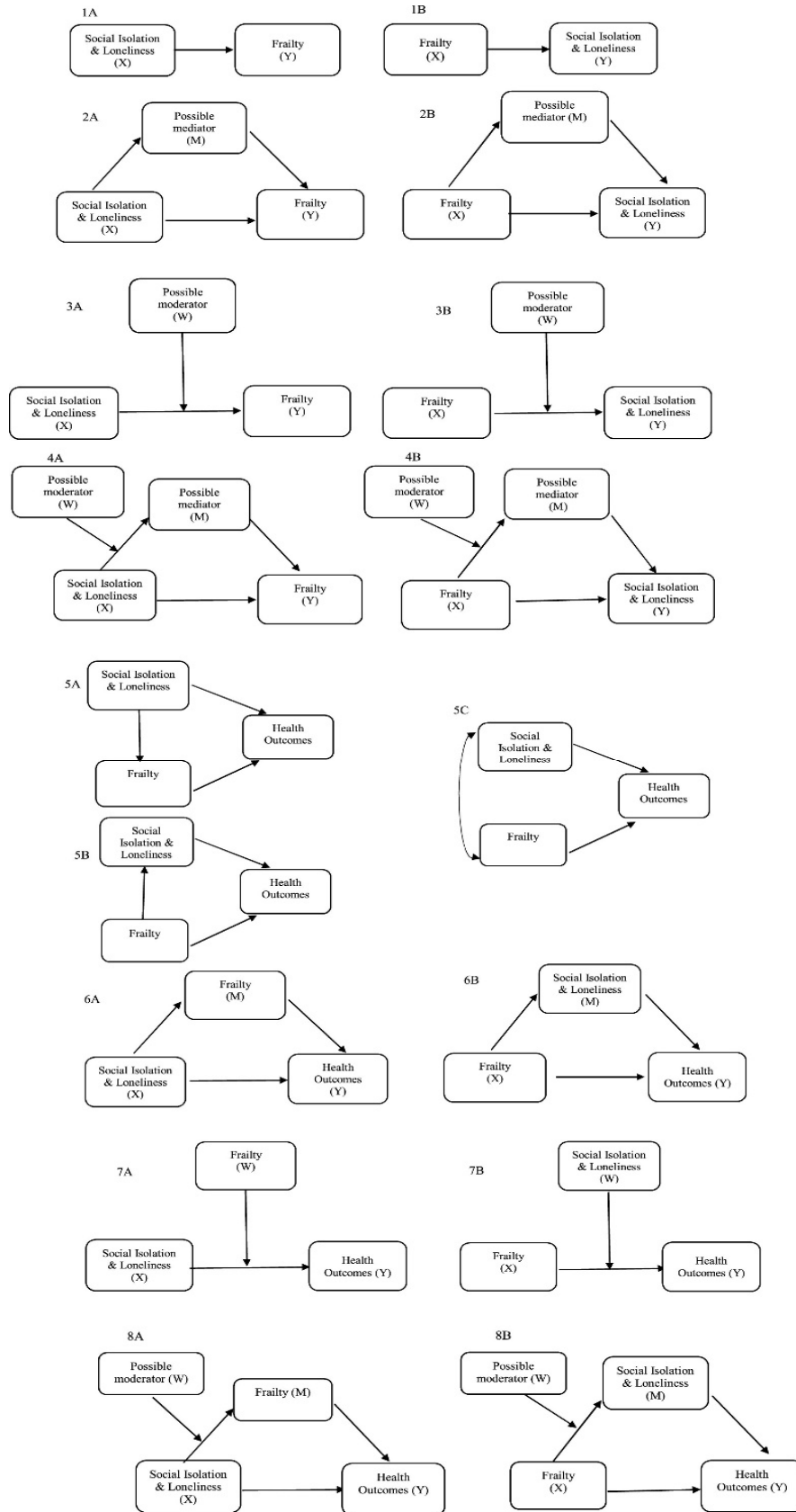
La solitudine è una sensazione sgradevole e stressante che si può manifestare con sintomi atipici che vengono spesso mal interpretati, poiché associati alla vecchiaia, come:

- disturbi del sonno;
- ansia;
- stress;
- tristezza;
- propensione alle dipendenze;
- pensieri negativi.

Sulla base del modello concettuale elaborato da Ingmar Bergman e le informazioni ricavate dalla letteratura uno studio ha identificato otto modelli che illustrano le modalità di interazione tra solitudine, isolamento sociale e le conseguenze sulla salute dell'anziano, con conseguente aggravamento della fragilità dello stesso. (vedi Figura 1) (Mehrabi F. & Béland F., 2020)

La solitudine subita rappresenta un aspetto che va combattuto nella vita di tutti i giorni in quanto l'esposizione prolungata a questi sentimenti e alla condizione che ne comporta può implicare ripercussioni negative per l'organismo che possono emergere sul piano fisico, psicologico e/o sociale.

Figura 1: modelli di relazione tra isolamento sociale, solitudine, fragilità e risultati di salute.



3. Materiali e metodi

3.1 Stesura dei quesiti di ricerca in forma narrativa

“Quali sono gli effetti negativi della solitudine sull’anziano?”, “Quali sono gli interventi utili a ridurre gli effetti della solitudine nell’anziano e qual è il ruolo dell’infermiere?”, “Quali sono gli strumenti di valutazione della solitudine?”.

3.2 Metodo PIO

Con riferimento al metodo PIO la ricerca è stata così impostata:

P: pazienti anziani di età superiore o uguale a 65 anni;

I: individuare le conseguenze della solitudine sulla salute dell’anziano, valutare gli interventi utili, specie infermieristici, a ridurre la solitudine dell’anziano;

O: ridurre gli effetti negativi della solitudine, promuovere la qualità di vita dell’anziano.

Per la redazione di questa tesi è stata condotta una ricerca bibliografica su articoli e studi presenti nelle banche dati PubMed e ScienceDirect ed una ricerca specifica su siti web. Le modalità di ricerca sono quelle dei termini liberi e dell’utilizzo degli operatori logici booleani.

3.3 Parole chiave

“Loneliness”, “Social Isolation”, “Aging”, “Elderly”, “Fragility”, “COVID-19”.

3.4 Stringhe di ricerca

“Loneliness in Elderly”, “Aging and loneliness”, “Loneliness and COVID-19”, “Social isolation and loneliness”.

3.5 Criteri di selezione

Le fonti selezionate sono state 25.

<i>Tipologia di studi</i>	<i>Articoli selezionati</i>
Revisione della letteratura	17
Studio longitudinale	1
Studio clinico	2
Rapporto preliminare	1
Libri	4

I criteri di inclusione con cui gli articoli e gli studi sono stati selezionati comprendono:

- Soggetti la cui età è superiore o uguale a 65 anni;
- Attinenza ai temi della solitudine e dell'isolamento sociale correlati all'anzianità;
- Attinenza a strategie di contrasto della solitudine;
- Libera consultazione;
- Lingua italiana o inglese;
- Data di pubblicazione entro gli ultimi 20 anni.

4. Risultati di ricerca

4.1 Le conseguenze della solitudine nell'anziano

La solitudine impatta su tutte le dimensioni della persona umana. Per questo di seguito analizziamo le conseguenze fisiche, psicologiche e sociali della solitudine.

a) Conseguenze fisiche

Gli studi condotti dimostrano che gli effetti negativi a livello fisico che la solitudine e l'isolamento causano su un soggetto sono numerosi.

La perdita del proprio valore sociale può portare a stati d'ansia: questo determina un conseguente aumento dei livelli di stress che attivano il sistema nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, causando una risposta infiammatoria. Nel caso di uno stress acuto l'attivazione del sistema nervoso simpatico innesca il sistema immunitario, mobilitando i leucociti nel sangue, che, associato alla risposta vagale indotta dallo stress, abbassa i livelli di acetilcolina e consente l'attività infiammatoria dei macrofagi tissutali che si trovano nel sistema reticoloendoteliale innervato dal nervo vago.

Lo stress comporta anche il rilascio centrale dell'interleuchina-1 beta, che attiva l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, portando al rilascio di glucocorticoidi, quali il cortisolo. Inoltre, l'IL-1 β cerebrale, è in grado di causare manifestazioni di infiammazione periferica di basso grado, ad esempio livelli elevati di citochine plasmatiche e febbre, in caso di stress grave. In una condizione di stress cronico, come accade in un soggetto che sperimenta la solitudine, sebbene vi siano livelli più elevati di glucocorticoidi circolanti, molte cellule immunitarie formano un'insensibilità nei loro confronti, portando a effetti antinfiammatori sostanzialmente inferiori dei glucocorticoidi ma a una maggiore suscettibilità all'infiammazione e alle condizioni ad essa correlate. (Pourriyahi H et al., 2021)

Il rilascio di cortisolo nell'organismo risponde a stimoli esperienziali che il soggetto si trova a fronteggiare, ma sostanzialmente i livelli circolanti seguono una curva fisiologica attraverso il controllo di determinate aree cerebrali quali l'ippocampo, l'ipotalamo e l'ipofisi. Grazie a uno studio condotto su 156 anziani che andava ad analizzare i livelli di cortisolo degli individui in distinti momenti della giornata è emerso che i soggetti che erano esposti a

solitudine e tristezza durante il giorno, la mattina successiva presentavano livelli di cortisolo più elevati. Questo fa intendere che i livelli di cortisolo rappresentano una sorta di meccanismo di coping che il nostro organismo modifica in base alle esperienze che il soggetto ha avuto il giorno precedente. La continua esposizione a livelli elevati di cortisolo, dovuti, in questo caso, ai sentimenti di solitudine, possono avere ripercussioni sull'organismo nel lungo termine. Una delle conseguenze consiste in una risposta infiammatoria sistemica che può comportare aumento dell'aggregazione piastrinica, instabilità del sistema nervoso autonomo, ipertensione, artrite, ansia e depressione. (Adam E.K. et al., 2006)

La percezione dell'isolamento è stata associata alla sottoespressione di geni recanti elementi di risposta antinfiammatoria ai glucocorticoidi e la sovraespressione di geni recanti elementi di risposta per la trascrizione proinfiammatoria, che, insieme alla diminuzione della sensibilità dei linfociti alla regolazione fisiologica da parte dell'asse ipotalamo-ipofisurrene, dimostra lo sviluppo di resistenza ai glucocorticoidi negli individui cronicamente soli. (Cacioppo J.T., Hawkley L.C., 2009)

A livello cerebrale è stato dimostrato che i soggetti che sperimentano sentimenti di solitudine hanno un maggior volume della materia bianca e una diminuzione del volume dell'ippocampo e della materia grigia; presentano, inoltre, una diminuzione della riparazione neuronale e della neurogenesi che, associato alla formazione di placche amiloidi e di grovigli neurofibrillari, aumenta il rischio di sviluppo dell'Alzheimer. Uno studio condotto su 823 anziani, privi di alcuna forma di demenza, ha dimostrato che la presenza del gene APOE4, di elevati livelli di calcio sierico e la percezione della solitudine sono stati determinanti per un primo peggioramento delle prestazioni cognitive e in seguito un inevitabile declino cognitivo. Lo studio ha inoltre dimostrato che maggior è il livello di solitudine che viene percepita e peggiore è la prognosi. (Kumar A. & Salinas J., 2021) Studi di neuroimaging hanno, inoltre, documentato che a livello cerebrale, che, quando si avverte il dolore della solitudine, si attiva un'area denominata regione del cingolo anteriore dorsale, che corrisponde a quella che registra le risposte emotive al dolore fisico. (Michele C., 2022)

Il sonno rappresenta una delle abitudini essenziali per l'equilibrio psicofisico poiché permette al nostro corpo di rigenerarsi. La qualità e la quantità del sonno si modificano con l'avanzare dell'età, è infatti noto che la durata del sonno notturno dell'anziano modifica e tende a ridursi. L'anziano può incorrere in un sonno frammentato, avere difficoltà nella fase di addormentamento, presentare risvegli notturni e/o risvegli precoci al mattino. I disturbi emotivi, come quello causato dalla solitudine, possono alterare la quantità e qualità del sonno, andando a causare nel soggetto una sensazione di inadeguato ristoro e stanchezza, compromettendo l'attenzione e l'intraprendenza con conseguente diminuzione delle performance giornaliere. La carenza di sonno va ad indebolire il sistema immunitario facendo diminuire l'attività delle cellule natural killer T, che contribuiscono a regolare alcune risposte immunitarie, in particolare i processi di formazione tumorale. I disturbi del sonno sono inoltre associati ad un'aumentata incidenza del ricorso a farmaci per favorire il sonno, aumentando il rischio di interazione farmacologica. (Murdaca F., 2014, McLay L. et al, 2021)

L'anziano che vive solo è esposto a un maggior numero di rischi come quello di sviluppare disturbi alimentari o di andare incontro a malnutrizione e disidratazione. L'invecchiamento può essere accompagnato da una riduzione del senso di fame e della sete, da alterazioni nella percezione del gusto che non permettono di gustare a pieno i sapori, se in aggiunta a questi fattori di rischio vi sono l'incapacità dell'anziano a prepararsi cibi adeguati e/o la mancanza di un caregiver che lo supervisiona nei pasti il rischio di incorrere in stati di malnutrizione e disidratazione aumenta.

Un altro pericolo per gli anziani è quello di subire abusi, da parte di parenti o badanti, che si possono distinguere in:

- abuso fisico: consiste nell'utilizzo di metodiche violente nella gestione dell'anziano, come schiaffi, spinte e contenzioni;
- abuso psicologico: rappresenta l'utilizzo inappropriato di parole e gesti al fine di intimidire l'anziano, causandogli stress e ansia;

- abuso economico: consiste principalmente nello sfruttamento dei beni, materiali e finanziari, dell'anziano;
- incuria: consiste nel trascurare il proprio ruolo nell'assistenza dell'anziano, negandogli la soddisfazione dei propri bisogni.

Questi episodi si verificano perché in quanto soggetti più deboli gli anziani non hanno la forza fisica e psicologica di difendersi appropriatamente, o non capiscono a pieno cosa gli sta succedendo e dunque, ci si ritrova in un contesto in cui chi dovrebbe essere avere il compito di prendersene cura se ne approfitta. (Kaplan D.B., 2023)

Degli studi hanno inoltre dimostrato che la solitudine è un fattore di rischio di aumentata mortalità, dovuto alle conseguenze che il provare solitudine comporta nell'organismo. Avere una buona rete sociale e relazioni soddisfacenti sono associati a una minor sensazione di solitudine e dunque a una diminuzione della mortalità. (Luo Y et al., 2012)

b) Conseguenze psicologiche

In ambito psicologico alti livelli di solitudine sono un fattore di rischio per quanto riguarda la predisposizione a provare sentimenti di ansia e depressione.

L'ansia consiste in una reazione anticipatoria caratterizzata da preoccupazione, apprensione, paura, manifestazioni fisiologiche e di tensione psicofisica, di fronte ad uno stimolo o a un evento negativo futuro che rappresenta, per la solitudine, fattore di rischio ma anche conseguenza. Nell'età avanzata l'ansia può essere determinata da diverse cause quali la preoccupazione per il possibile declino della propria salute, per le proprie condizioni economiche, per la salute e la sicurezza dei familiari e in particolar modo per il peso del proprio invecchiamento all'interno del nucleo familiare. Quest'ultima condizione, in particolare, porta il soggetto ad associare all'ansia anche sensazioni di colpa e di vergogna, dovute alla necessità e alle richieste di aiuto. L'ansia consiste in una risposta meccanica dell'individuo nel momento in cui questo percepisce una minaccia per sé stesso; diventa quindi una condizione patologica quando la sperimentazione di questa interferisce con il normale svolgimento della quotidianità, ad esempio, presentandosi frequentemente, nell'arco della giornata, con risposte sproporzionate rispetto alla gravità della situazione e scarsa capacità di adattamento al contesto. La percezione della solitudine o la paura stessa

di provarla, associati a sensazioni di abbandono e inadeguatezza per mancanza di un supporto sociale, possono generare nell'individuo uno stato d'ansia, la cui gravità può interferire, o addirittura impedire, il normale svolgimento di attività di interazione sociale; comportando, quindi, per il soggetto anche una condizione di isolamento sociale. L'ansia patologica ha ripercussioni sulla salute psicologica dell'anziano, comportando la sperimentazione di sentimenti di svalutazione e pensieri negativi verso sé stesso e predisponendolo alla depressione, e sulla salute fisica, poiché comporta, ad esempio, un'alterazione dei livelli ormonali del cortisolo, disturbi del sonno, dispnea, tremori e molte altre manifestazioni. (My personal Trainer, 2021)

La depressione è una patologia multifattoriale, che può presentarsi in diverse forme, andando ad incidere sulla sfera umorale ed emotiva, innescando, inoltre, cambiamenti sulla salute fisica del soggetto. Può presentarsi con sintomi come insonnia, stanchezza, ansia, dolori, sentimenti negativi e tendenza all'isolamento, rappresentando anch'essa fattore di rischio ma anche conseguenza della solitudine. La depressione, che rappresenta il tormento psichico più frequente in età avanzata, è difficilmente riconoscibile nell'anziano, poiché i sintomi con cui si presenta vengono spesso associati all'invecchiamento, incidendo inequivocabilmente sulla sua quotidianità. Più nello specifico va a diminuirne l'umore, l'appetito, aumentando il rischio di malnutrizione e anoressia, diminuisce inoltre l'attività fisica e la produttività quotidiana, portando l'individuo a trascurarsi, velocizzando, così, il decadimento fisico e cognitivo. Se questa condizione viene protratta e non trattata per tempo può portare l'anziano a ideazioni suicidarie, che difficilmente possono essere individuate rispetto agli altri sintomi. (Colombo C., 2022)

La combinazione di depressione e solitudine si è dimostrato essere un elemento predisponente per diverse conseguenze quali una salute peggiore, deterioramento cognitivo, peggior qualità del sonno, minore attività fisica e peggiore percezione della propria qualità di vita, spingendo l'anziano a chiudersi sempre più in sé stesso. (Delgado-Losada M.L. et al., 2022)

c) Conseguenze sociali

Solitudine e isolamento sono termini che vengono spesso utilizzati come intercambiabili, ma possono, bensì, essere definiti come interconnessi, poiché la solitudine indica delle sensazioni soggettive correlate all'essere soli, mentre l'isolamento consiste in un'esclusione

o riduzione di rapporti e contatti con l'ambiente circostante, condizione altrettanto in grado di provocare numerosi problemi per il soggetto che ne è esposto. L'isolamento può essere considerato fattore di rischio ma anche conseguenza della solitudine.

Inteso come un fattore predisponente alla solitudine, anche l'isolamento ha i propri fattori di rischio che sono stati individuati come la diminuita possibilità di accesso a trasporti, pubblici o privati, che quindi diminuiscono la possibilità per l'anziano di spostarsi in autonomia, diminuzione di contatti con le persone care, vivere soli e umore basso. I sentimenti di inadeguatezza e/o di risultare un peso per i propri cari che questi contesti causano possono indurre l'anziano a preferire la riduzione delle proprie richieste di aiuto e a rinunciare alle possibilità di uscita e di svago, mettere da parte le proprie necessità sociali può portare all'insinuarsi, nella mente dell'anziano, dell'idea che disturbare qualcuno per soddisfare un suo bisogno rappresenti un'esigenza eccessiva, portandolo a isolarsi sempre più.

Considerandolo, invece, sotto l'aspetto della conseguenza, si può dire che l'anziano, che sperimenta per lungo tempo la solitudine, si ritrovi a non percepire sensazioni positive e soddisfazione nell'interagire e nell'instaurare una relazione con altri individui o che si chiuda in sé stesso e diventi aspro nei confronti altrui. Queste condizioni possono condurre il soggetto a preferire le mura di casa all'interfacciarsi e alla compagnia di altri soggetti andando ad aggravare la già compromessa situazione.

Il pensionamento rappresenta un fattore di rischio in questo contesto in quanto la cessazione dell'attività professionale può comportare una riduzione del riconoscimento che questa conferiva, facendo emergere sentimenti di svalutazione e di disagio. L'uscita dal mondo del lavoro è inoltre associata a una perdita di rapporti amicali e professionali, riducendo le occasioni di socializzazione, della motivazione che spingeva il soggetto a impegnarsi nel portare a termine i propri incarichi e ad un aumento del tempo libero a disposizione, che il soggetto potrebbe non sapere come impiegare. (Murdaca F., 2014)

d) Solitudine e COVID-19

Dalla fine del 2019 si è assistito alla diffusione del virus Sars-CoV-2, responsabile della malattia COVID-19, progredito fino a livello globale, e dichiarato, così, pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità(OMS).

I soggetti che sono stati individuati essere più a rischio di sviluppare la patologia severa e/o di andare incontro a complicanze sono gli over 65, ciò è dovuto alla diminuzione dell'efficacia della risposta del sistema immunitario di questi soggetti e alle patologie di cui spesso sono affetti cronicamente.

Poiché la trasmissione del virus avviene principalmente tramite droplet e aerosol, è stato applicato, in Italia, come in altre nazioni, il distanziamento sociale e il lockdown al fine di diminuire la diffusione del virus, che sono stati impiegati in più occasioni nel corso delle diverse ondate epidemiche.

Con l'isolamento forzato non era possibile fare visita a parenti, incontrare amici e uscire di casa, se non per motivi di necessità; ciò ha fatto sì che il fenomeno della solitudine si aggravasse e incrementasse, in particolar modo negli anziani, anche perché tra i meno esperti nell'utilizzare la tecnologia informatica necessaria per ovviare all'assenza di contatti umani. Infatti, gli studi hanno dimostrato che gli anziani che sperimentavano maggiori livelli di solitudine erano coloro che vivevano soli, con scarsa familiarità con i social network, con deficit cognitivi/disturbi mentali e che avevano risentito maggiormente del cambiamento della propria routine quotidiana.

L'avvento del COVID-19 ha avuto un forte impatto sulla vita delle persone, cambiando completamente il modo di vivere che conoscevamo, portando, quindi, con sé cambiamenti riguardanti la salute fisica, psicologica e nelle abitudini quotidiane. Negli anziani l'impatto negativo di questo si è riflesso non solo a livello fisico, ma soprattutto a livello psico-sociale.

La salute fisica è stata aggravata dalla diminuzione dell'attività fisica associata a un aumento delle attività sedentarie, comportando, così, un aumento del rischio di sviluppo di patologie cardiovascolari, diabete, obesità e ipertensione, oltre ad avere un impatto negativo anche sulla sfera psicologica. Hanno peggiorato le loro condizioni generali anche le conseguenze associate allo sviluppo della malattia COVID-19 come la comparsa di tosse cronica, dispnea e difficoltà respiratorie.

Da un punto di vista psicologico ha aumentato l'incidenza di ansia e depressione, scatenata dalla paura di essere contagiati e della malattia in sé, dalla preoccupazione per i propri cari, dalle ripercussioni che avrebbe avuto sulla loro vita e dalla mancanza di contatti sociali dovuti alle restrizioni. Nello specifico, uno studio ha identificato che l'isolamento sociale

dovuto al COVID-19 ha comportato la comparsa di sintomi neuropsichiatrici sia negli anziani sani, con aumento dell'incidenza di ansia e livelli di stress più alti, che negli anziani affetti da demenza, con un aumento dell'aggressività e dell'apatia; la comparsa di questi sintomi è inoltre stata associata ad un aggravamento del declino cognitivo. (Manca R, De Marco M & Venneri A., 2020)

Da un punto di vista sociale invece, l'impossibilità di partecipare ad attività ricreative e la riduzione dei contatti fisici con le persone, hanno contribuito ad aggravare un vissuto di solitudine molto spesso già sperimentato prima della pandemia.

Per quanto riguarda la variazione delle abitudini quotidiane alcuni studi hanno registrato un aumento della consumazione di alcol e tabacco, un cambiamento delle abitudini alimentari con aumento del consumo generale di cibo, correlato inoltre ad un aumentato consumo di junk food, ossia una tipologia di alimenti caratterizzata da uno scarso valore nutrizionale e un elevato apporto energetico, con conseguente aumento del rischio di sovrappeso e obesità; altri studi hanno invece dimostrato che una parte di anziani ha diminuito il proprio introito alimentare, esponendo al rischio di malnutrizione. Anche il cambiamento della routine è stato difficoltoso, in particolare per gli anziani con demenza che presentano minore capacità di adattamento perché non in grado di comprendere appieno cosa stesse accadendo. (Sepúlveda-Loyola W. et al., 2020, Lebrasseur A. et al., 2021)

“Isolation a Factor in 3 Senior Deaths”, descrive come tre anziani, tutti di età superiore ai 90 anni, avessero “isolamento sociale” indicato come “causa di morte o fattore contribuyente” nei loro certificati di morte. Tutti gli anziani vivevano in strutture di assistenza a lungo termine per la malattia di Alzheimer che avevano adottato misure per ridurre il rischio di esposizione al virus quali la cancellazione delle attività interattive, confinamento nella propria stanza e non erano ammessi visitatori; comportando così un drastico cambiamento della routine. Durante i tre mesi di isolamento i pazienti hanno mostrato un “minore interesse per il cibo, hanno trascorso più tempo a dormire, e sembravano perdere interesse per la vita”. Nonostante l'argomento della solitudine e l'isolamento nell'anziano sia stati in primo piano durante la pandemia di COVID-19, non è un concetto nuovo e si stanno ancora cercando soluzioni al problema basate su evidenze scientifiche. (Somes J., 2021)

4.2 Interventi di prevenzione della solitudine

Al momento non ci sono molti studi a supporto degli interventi di prevenzione della solitudine dell'anziano.

I primi interventi che possono essere messi in atto sono quelli il cui scopo è tutelare e *migliorare la salute fisica* dell'anziano quali:

1. Eseguire regolarmente attività fisica adeguata che andrà a beneficio della salute ma anche della qualità di vita dell'individuo. È infatti dimostrato che favorisce il mantenimento dell'apparato muscolare e scheletrico, fornendo un miglior equilibrio riducendo, di conseguenza, il rischio di caduta e fratture. Nella sfera cognitiva va a ridurre il rischio di decadimento, con effetti positivi anche a livello psicologico diminuendo il rischio di ansia e depressione, poiché permette di scaricare lo stress. L'American College of Sports Medicine e l'American Heart Association suggeriscono di praticare 150-300 minuti di attività aerobica a settimana e due sessioni di rafforzamento muscolare a settimana per mantenere un adeguato livello di attività fisica. L'impiego di energie nell'attività fisica durante il giorno, inoltre, permette al corpo di stancarsi favorendo così l'addormentamento. Qualsiasi tipologia di attività fisica può essere inoltre praticata in gruppo favorendo così le possibilità di socializzazione.
2. Promuovere un'alimentazione corretta e varia a base di proteine, carboidrati, fibre, grassi e vitamine, facendo anche attenzione all'adeguato apporto idrico durante il giorno. Una dieta ricca permette di migliorare l'approccio al cibo e il piacere di mangiare ed è fondamentale nella prevenzione di molte patologie. (Murdaca F., 2014)

Un'altra tipologia di interventi può essere messa in atto per *impiegare il tempo libero* permettendo all'anziano di concentrarsi su altre attività e di alleggerire il carico psicologico della solitudine:

1. Partecipare ad attività comunitarie e fare volontariato possono essere un'alternativa per poter stare a contatto con le persone e socializzare, in secondo luogo il

volontariato può inoltre far sentire l'anziano più appagato e benvenuto per contribuire nell'aiutare il prossimo.

2. Individuare un hobby. Poiché l'anziano dispone di molto tempo libero può essere piacevole iniziare a coltivare una passione che magari nell'età adulta era stata trascurata per altre priorità. Trovare un hobby può essere utile per impiegare le ore della giornata e per distrarre l'anziano da pensieri negativi, quali quelli legati alla solitudine.
3. Frequentare un'Università della terza età, ovvero iscriversi a qualunque età e con qualsiasi titolo di studio, a corsi che permettono di approfondire specifiche discipline quali:
 - a. Letteratura;
 - b. Filosofia;
 - c. Storia dell'arte;
 - d. Lingue;
 - e. Tecnologia.

Quest'iniziativa rappresenterebbe l'opportunità per l'anziano di arricchire la sua cultura, motivandolo, e di inserirsi all'interno di un contesto sociale. L'anziano può dunque integrarsi in un gruppo con la possibilità di instaurare dei legami, anche importanti. Non solo, la stimolazione cerebrale dello studio rappresenta un ottimo esercizio per mantenere la mente occupata impedendo quindi il deterioramento cognitivo. Costituisce, infine, una possibilità per l'anziano di soddisfare un'aspirazione, aiutandolo nella realizzazione personale. (Murdaca F., 2014, Fondazione Alberto Sordi, 2021)

4. Vivere con un'animale domestico si è dimostrato scientificamente utile nel migliorare l'umore dell'anziano, che risulta più in salute e più spensierato. La scelta dell'animale deve essere fatta basandosi sull'impegno richiesto e sulle condizioni dell'anziano che dovrà occuparsene. Ma la loro presenza permette di aiutare l'anziano sotto diversi aspetti:
 - a. L'instaurazione di una relazione affettiva con l'animale che restituisce amore in modo incondizionato giova al benessere psicologico dell'anziano, caricandolo della responsabilità che deriva dal prendersi cura del nuovo amico, contrastando così gli effetti della depressione e della solitudine;

- b. Rappresenterebbe, inoltre, un impegno giornaliero che modificherebbe la quotidianità dell'anziano conferendogli una vita più attiva, poiché i bisogni dell'animale richiedono un discreto impegno fisico come, ad esempio, nelle passeggiate e nei momenti di gioco. (Fondazione Alberto Sordi, 2022)

Come già anticipato, il *coinvolgimento familiare* per l'anziano può risultare utile per alleviare la sensazione di solitudine e abbandono. Con coinvolgimento si intende rendere partecipe l'anziano in attività di famiglia, alcuni esempi possono essere trascorrere una giornata insieme ai figli e i nipoti, consumare i pasti insieme, essere informato di traguardi e notizie importanti che riguardano i membri della famiglia al fine di farlo sentire incluso e partecipe.

In particolare, si è dimostrata utile la cura dei nipoti, poiché vede l'impiego di tempo ed energie per contribuire all'accudimento. La presenza di un nipote nella vita dell'anziano può rappresentare uno stimolo sotto diversi aspetti: vede un coinvolgimento sotto il piano fisico per poter prendersi cura e giocare con il bambino, sul piano psicologico poiché si instaura un rapporto profondo, e che fa, inoltre, riemergere nell'anziano il ruolo di genitore per le emozioni che il prendersi cura suscita, ma anche sul piano sociale in quanto interfacciandosi con la vita del nipote si ha un coinvolgimento anche nelle attività che possono risultare socializzanti, come ad esempio accompagnarlo al parco e partecipare agli eventi scolastici. La cura del nipote rappresenta anche l'occasione per tramandare il proprio bagaglio culturale, condividendo avvenimenti successi nel corso della propria vita consentendo all'anziano di sentirsi ascoltato e gratificato per l'interesse che dimostrano i nipoti nell'ascoltare le storie dei nonni, ma rappresenta per l'anziano anche l'occasione per apprendere nuove conoscenze derivanti dalla differenza di età. (Murdaca F., 2014, Quirke E., König H.H. & Hajek A, 2021)

Nella salute dell'anziano con comorbilità è molto importante promuovere e sostenere il *ruolo del caregiver* che si assume la responsabilità del benessere del soggetto. Rappresenta, infatti, la persona che trascorre più tempo con l'anziano poiché le conseguenze delle patologie potrebbero limitare le possibilità di interazione sociale e di interfacciarsi con il mondo

esterno. Anche il caregiver ha la capacità di far diminuire la sensazione e i sentimenti di solitudine instaurando un rapporto equilibrato che permetta un coinvolgimento attivo dell'anziano nella propria cura. È importante che l'anziano, già debilitato dalla malattia, venga reso il più partecipe possibile nelle attività di vita quotidiane, cercando di far mantenere il maggior livello possibile di autonomia. Questo perché la sensazione di essere un peso e di dipendenza dal caregiver può aggravare lo stato di angoscia e ansia che l'anziano già prova. È quindi necessario saper coinvolgerlo, anche con attività relative al mantenimento della casa, quando possibile, e con attività ricreative.

Dal punto di vista legislativo, a sostegno degli anziani è inoltre entrata in vigore, il 31 marzo 2023, la Legge n° 33 costituita da “deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” riguardante il sostegno e la promozione di interventi e misure per favorire l'invecchiamento attivo, l'assistenza delle persone anziane non autosufficienti e la promozione dell'inserimento sociale. In particolar modo promuove modalità di coabitazione per le persone anziane che vivono sole, garantendo così l'aiuto reciproco nella cura della casa e nelle spese, oltre che favorire l'instaurarsi di legami tra gli inquilini, contando sulla compagnia reciproca per alleviare la solitudine. (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2023)

Per fronteggiare questo fenomeno l'Associazione Italiana di Psicogeriatría si è adoperata affinché a partire dal 2018 il 15 novembre venisse istituita la Giornata Nazionale contro la Solitudine dell'anziano, col fine di *sensibilizzare* i professionisti e la comunità sull'argomento e sulle problematiche ad esso correlate.

4.3 Il ruolo dell'infermiere

Uno dei compiti dell'infermiere è quello di essere in grado di creare una relazione basata sulla fiducia con i propri pazienti e di individuare se sono presenti condizioni che disturbino questo processo. La relazione ha lo scopo di far entrare in rapporto con il paziente, fornendogli supporto, cercare di capirlo utilizzando sempre un approccio empatico, che deve permettergli di sentirsi libero di esprimersi riguardo ai propri sentimenti. Secondo l'articolo 17 del Codice Deontologico Delle Professioni Infermieristiche infatti “Nel percorso di cura

L'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.” (C.D. delle Professioni Infermieristiche, 2019)

L'infermiere specializzato in geriatria ha sviluppato le sue competenze assistenziali tenendo in considerazione l'aspetto globale dell'anziano fragile ed è dunque in grado di erogare assistenza rispettando il soggetto senza ledere la sua integrità come individuo. L'infermiere si trova dunque a gestire l'assistenza di un anziano fragile la cui salute è allo stesso tempo gravata dalle comorbidità, deve gestire i suoi bisogni e fornirgli nozioni in merito alla prevenzione ed agli stili di vita salutari, in modo tale che l'anziano possa partecipare attivamente alla propria cura e al mantenimento della propria salute. (Gianfrancesco F., 2021)

Il primo approccio per entrare in rapporto con l'anziano è la conversazione, facendo particolare attenzione ad interpretare il linguaggio non verbale con cui l'anziano si esprime poiché spesso permette di capire ciò che davvero prova. L'infermiere deve avvicinarsi in modo tale da poter costituire un punto di riferimento per l'anziano, facendolo sentire al sicuro e libero di potersi esprimere. La conversazione rappresenta una metodologia utile per conoscere il vissuto del soggetto che ci si trova davanti, e può essere utile per comprendere il presente, le sensazioni che l'anziano prova, consentendo di fornire un supporto emotivo ed assistenziale.

Nonostante la mancanza di metodi che si sono distinti particolarmente per la loro efficacia, per affrontare la solitudine e l'isolamento nell'anziano, gli infermieri possono porre semplici domande al paziente sui sentimenti che sperimentano come: “Come sta? Vive da solo? Si sente solo o isolato? Sente di avere l'aiuto di cui ha bisogno? Riesce a fare visita a qualche amico?”, permettendo l'instaurarsi di un contatto infermiere-paziente con conseguente possibilità di intraprendere azioni e adottare misure per ridurre i rischi per la salute dell'anziano e aiutarlo a ritrovare il piacere di costruire dei legami.

Le informazioni contenute nel documento della “Campagna per porre fine alla solitudine”, così come il “Framework for Isolation in Adults Over 50” dell'AARP(American Association of Retired Persons) e il documento dell'Agency for Healthcare Research and Quality del

2019, hanno fornito delle idee che potrebbero essere impiegate per combattere la solitudine e l'isolamento sociale, alcuni esempi sono:

1. trascorrere del tempo di qualità e stabilire un contatto con l'anziano ricoverato (ricordare che le difficoltà di udito possono causare un'ulteriore disconnessione);
2. fornire informazioni sui servizi territoriali esempio i pasti a domicilio, le attività di volontariato, altre attività sociali o modi per entrare in contatto con altri anziani;
3. promuovere il pensiero positivo, la meditazione, l'esercizio fisico adeguato e gli esercizi di respirazione;
4. chiedere se hanno preso in considerazione la possibilità di prendere un animale domestico;
5. fornire al personale e ai familiari una formazione che affronti gli atteggiamenti e gli stereotipi sugli anziani con l'obiettivo di diminuire l'ageismo;
6. fornire e favorire l'uso delle nuove tecnologie in modo che l'anziano possa connettersi con altri tramite sistemi video on-line.

È importante anche che i professionisti socio-sanitari del pronto soccorso documentino le informazioni riguardanti stati di solitudine e/o isolamento. L'International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) consiste in una classificazione delle malattie e dei problemi correlati; di cui, i codici Z includono categorie riguardanti gli elementi che influenzano la salute del paziente e il contatto con i servizi sanitari. In particolare, i codici ICD-10-CM da Z55 a Z65 identificano circostanze socioeconomiche o psicosociali che possono influenzare lo stato di salute del paziente, fornendo inoltre una comprova per il contatto aggiuntivo con altri servizi sanitari che possono essere utili per l'anziano che è solo o socialmente isolato, alcuni esempi sono vivere da soli, sentirsi soli, problemi di mobilità/comunicazione.

Sebbene non ci siano dei protocolli da seguire per la solitudine e l'isolamento sociale è importante che gli infermieri che vengono in contatto con gli anziani, pongano alcune domande mirate e identifichino il paziente anziano con contatti o legami sociali minimi, limitazioni fisiche e situazioni di vita che lo pongono a rischio di solitudine o isolamento sociale. Se si individua un rischio, è necessario intraprendere azioni che aiutino l'anziano a sentirsi meno isolato e solo, e di conseguenza più in salute. (Somes J., 2021)

La letteratura evidenzia che migliore è la qualità degli infermieri nel fornire assistenza agli anziani, minore è il livello di solitudine, identificando, così, una forte relazione tra le due. Tuttavia, gli anziani possono sentirsi soli nonostante il buon comportamento assistenziale degli infermieri, a causa di altri fattori quali sociali, ambientali, assenza di sostegno familiare, limitazioni fisiche e immobilizzazione. Una ricerca ha inoltre riscontrato che gli anziani che hanno scelto di vivere nelle case di riposo ritengono che i servizi sanitari erogati da medici e infermieri siano un valore aggiunto che mantiene e migliora la qualità della loro salute e della loro vita durante il soggiorno. (Sya'diyah H. et al., 2020)

Il modello di salute pubblica prevede che gli interventi da attuare in ambito sanitario possono essere di prevenzione primaria, secondaria e/o terziaria. Per quanto concerne la solitudine e l'isolamento, la prevenzione primaria potrebbe concentrarsi sulla creazione di ambienti specifici che favoriscano le opportunità di interazione sociale durante le attività di vita quotidiana. La prevenzione secondaria potrebbe coinvolgere i soggetti che sono stati identificati come a rischio di solitudine e/o isolamento sociale, come coloro che sono andate in pensione da poco o che hanno perso il coniuge. La prevenzione terziaria, infine, potrebbe coinvolgere le persone identificate come affette da solitudine cronica e/o isolamento sociale in attività di consulenza e in programmi che promuovano la socializzazione. Un intervento efficace per l'isolamento sociale e la solitudine degli anziani richiede l'individuazione di soggetti con bisogni sanitari e sociali non soddisfatti, la valutazione dei servizi sanitari e sociali necessari e l'invio dei soggetti a strutture e professionisti specializzati.

Una figura emergente, prevista anche dal nostro PNRR, è quella dell'Infermiere di comunità, il cui ruolo è quello di promuovere, proteggere e migliorare la salute della popolazione. Gli Infermieri di comunità lavorano con l'obiettivo di creare condizioni tali che tutti possano raggiungere condizioni di salute ideali, focalizzandosi maggiormente sulla prevenzione primaria e sulla popolazione più fragile. Una revisione dei metodi per identificare le persone anziane a rischio di isolamento sociale e solitudine hanno concluso che non è chiaro quali metodi siano più efficaci e sono, quindi, necessarie ulteriori ricerche.; sottolineando la necessità di uno strumento di identificazione per i professionisti che forniscono assistenza alle persone anziane. (Howland J. & Stone A., 2023)

4.4 Scale di valutazione

Per individuare un anziano che sperimenta solitudine l'infermiere può aiutarci avvalendosi anche di strumenti di valutazione come ad esempio la UCLA Loneliness Scale, elaborata da M.L. Ferguson , Daniel Russell e Letitia Anne Peplau nel 1978 e la De Jong Gierveld Loneliness Scale, sviluppata da De Jong-Gierveld e Kamphuls nel 1985.

La UCLA Loneliness Scale rappresenta una delle prime scale di valutazione della solitudine proposte, è stata inoltre soggetta a revisioni nel corso degli anni, dimostrandosi molto valida. L'originale, elaborata nel 1978, consiste in una scala costituita da 20 item ai quali si deve rispondere in modo personale in base alla propria percezione con le seguenti risposte: spesso, a volte, raramente e mai. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio, per "spesso/often(O)" vengono assegnati 3 punti, per "a volte/sometimes(S)" 2 punti, per "raramente/rarely(R)" 1 punto e per quanto riguarda "mai/never(N)" 0 punti. Al termine della compilazione vengono sommati i punti di ogni risposta e maggiore è il punteggio e maggiore è il grado di solitudine che sperimenta il soggetto. (Russell D , Peplau, L. A. & Ferguson, M. L.,1978)

1. I am unhappy doing so many things alone	O S R N
2. I have nobody to talk to	O S R N
3. I cannot tolerate being so alone	O S R N
4. I lack companionship	O S R N
5. I feel as if nobody really understands me	O S R N
6. I find myself waiting for people to call or write	O S R N
7. There is no one I can turn to	O S R N
8. I am no longer close to anyone	O S R N
9. My interests and ideas are not shared by those around me	O S R N
10. I feel left out	O S R N
11. I feel completely alone	O S R N
12. I am unable to reach out and communicate with those around me	O S R N
13. My social relationships are superficial	O S R N
14. I feel starved for company	O S R N
15. No one really knows me well	O S R N
16. I feel isolated from others	O S R N
17. I am unhappy being so withdrawn	O S R N
18. It is difficult for me to make friends	O S R N
19. I feel shut out and excluded by others	O S R N
20. People are around me but not with me	O S R N

(UCLA LONELINESS SCALE, ML Ferguson , D. Russell e LA Peplau, Versione 1978)

La De Jong Gierveld Loneliness Scale, sviluppata da De Jong-Gierveld e Kamphuls nel 1985, anch'essa poi soggetta a revisioni. Questa scala è costituita da 11 item e permette di

valutare distintamente il grado di solitudine emotiva, in base alle risposte positive alle domande 2, 3, 5, 6, 9, 10, e quello di solitudine sociale, in base alle risposte negative alle domande 1, 4, 7, 8, 11; la somma finale di questi due valori permette di individuare il grado totale di solitudine. Un punteggio da 0-2 indica che il soggetto non prova solitudine, da 3-8 prova solitudine severa, da 9-10 prova solitudine grave, e un punteggio di 11 indica un grado molto grave di solitudine. (g)

		None of the time	Rarely	Some of the time	Often	All of the time
1	There is always someone I can talk to about my day-to-day problems					
2	I miss having a really close friend					
3	I experience a general sense of emptiness					
4	There are plenty of people I can lean on when I have problems					
5	I miss the pleasure of the company of others					
6	I find my circle of friends and acquaintances too limited					
7	There are many people I can trust completely					
8	There are enough people I feel close to					
9	I miss having people around me					
10	I often feel rejected					
11	I can call on my friends whenever I need them					

(De Jong Gierveld Loneliness Scale, De Jong-Gierveld, Kamphuls, Versione 1985)

Dato che nell'anziano vi è uno stretto rapporto tra solitudine e depressione, un'altra scala può risultare molto utile: la Geriatric Depression Scale. (Yesavage J.A. et al., 1982) Tra le scale di valutazione più comunemente usate in geriatria, può essere applicata anche nel paziente con demenza e decadimento cognitivo lieve moderato (sconsigliata per pazienti che ottengono un punteggio al MMSE < 15). Comprende 30 items, le risposte sono di tipo binario e questo rende di più facile uso nei pazienti con deficit cognitivo. Il punteggio va da 0 (non depresso) a 30 (massimo grado di depressione) con un cut off ad 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti. La gravità della depressione viene quindi così rappresentata:

- Punteggi tra 0 e 10: assente;
- Punteggi da 11 a 16: depressione lieve-moderata;

- Punteggio uguale o superiore a 17: depressione grave.

		SI	NO
1	E' soddisfatto della sua vita?	0	1
2	Ha abbandonato molte delle sue attività e dei suoi interessi?	1	0
3	Ritiene che la sua vita sia vuota?	1	0
4	si annoia spesso	1	0
5	Ha speranza nel futuro?	0	1
6	E' tormentato da pensieri che non riesce a togliersi dalla testa?	1	0
7	E' di buon onore per la maggior parte del tempo?	0	1
8	Teme che le stia per capitare qualcosa di brutto?	1	0
9	Si sente felice per la maggior parte del tempo?	0	1
10	Si sente spesso indifeso?	1	0
11	Le capita spesso di essere irrequieto e nervoso?	1	0
12	Preferisce stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?	1	0
13	Si preoccupa frequentemente per il futuro?	1	0
14	Pensa di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?	1	0
15	Pensa che sia bello stare al mondo, adesso?	0	1
16	Si sente spesso abbattuto e triste. adesso?	1	0
17	Trova che la sua condizione attuale sia indegna di essere vissuta?	1	0
18	Si tormenta molto pensando al passato?	1	0
19	Trova che la sua vita sia molto eccitante?	0	1
20	Le risulta difficile iniziare ad occuparsi di nuovi progetti?	1	0
21	Si sente pieno di energia?	0	1
22	Pensa di essere in una situazione priva di speranza?	1	0
23	Pensa che la maggior parte delle persone sia in una condizione migliore della sua?	1	0
24	Le capita spesso di turbarsi per cose poco importanti?	1	0
25	Ha frequentemente voglia di piangere?	1	0
26	Ha difficoltà a concentrarsi?	1	0
27	Si alza con piacere la mattina?	0	1
28	Preferisce evitare gli incontri sociali?	1	0
29	Le riesce facile prendere delle decisioni?	0	1
30	ha la mente lucida come prima?	0	1
Punteggio totale		____/30	

(Geriatric Depression Scale, Yesavage J.A. et al, Versione 1982)

5. Discussione e conclusioni

L'essere umano, in quanto essere sociale, è alla continua ricerca di un contatto con le altre persone, tanto che provare solitudine è in grado di motivarlo a uscire dalla propria comfort zone per soddisfare le sue necessità di interazione sociale. Ma cosa succederebbe se un anziano, per motivi diversi, non avesse questa possibilità?

Ebbene l'anziano si ritroverebbe limitato a ciò che la sua condizione gli consente di avere e questo potrebbe non soddisfare la quantità di interazioni di cui ha bisogno, costringendolo così a sperimentare momenti di solitudine. Purtroppo, non esistono stime precise sull'incidenza e la prevalenza di questo fenomeno, poiché viene vissuto in maniera soggettiva, i sintomi associati possono essere mal interpretati e, inoltre, parlarne apertamente potrebbe rappresentare per il soggetto una fonte di imbarazzo o di disagio. Per questo motivo la socializzazione dell'anziano va tutelata; a maggior ragione in un mondo in cui l'aspettativa di vita si allunga sempre più, la proposta di interventi concretamente utili alla prevenzione e la mitigazione di questo fenomeno rappresentano un'esigenza per il futuro.

La percezione della solitudine induce cambiamenti fisiologici e psicologici che possono compromettere la salute dell'anziano; le conseguenze sull'organismo possono essere tali da far insorgere nuove patologie o aggravare quelle preesistenti. In particolare, gli effetti della solitudine si sono dimostrati dannosi sul piano fisico, compromettendo la qualità del sonno, alterando i normali livelli di cortisolo in circolo, associati a un più veloce e grave decadimento cognitivo e un quadro di salute generale compromesso; sul piano psicologico invece aumenta il rischio e l'incidenza di ansia e depressione. Gli effetti della solitudine predispongono a un quadro di isolamento sociale, che sappiamo essere un fattore di rischio ma anche conseguenza della solitudine stessa.

Il ruolo dell'infermiere in quest'ambito risulta particolarmente importante nell'individuazione dei pazienti a rischio, avvalendosi anche di strumenti di valutazione, e conseguentemente dovrebbe proporre interventi atti a prevenire e/o contrastare la solitudine e l'isolamento sociale a supporto dell'anziano e della sua famiglia.

Questa tesi vuole fare inoltre riflettere sull'importanza dell'amicizia, della presenza, all'interno della propria vita, di un rapporto vero e puro, che può rappresentare un pilastro per la salute fisica, ma soprattutto mentale. Ciò che risulta da questa tesi è che non è

importante la quantità di rapporti che si hanno, bensì lo sono le emozioni che anche una sola persona è in grado di far vivere; perché ci si può ritrovare circondati da molti individui e sentirsi comunque soli, ma, allo stesso tempo, si può essere appagati dalla compagnia di una singola persona.

Al termine di questo lavoro possiamo affermare che la solitudine rappresenta una sorta di circolo vizioso per l'anziano, in quanto un elevato grado di comorbilità o di limitazione funzionale nelle attività di vita quotidiane incrementa il rischio di isolamento che è a sua volta correlato ad un'aumentata percezione di solitudine. Al contempo però la percezione di solitudine da parte della persona può far sì che questa si isoli, aumentando le conseguenze negative che la solitudine comporta a livello fisico e cognitivo.

6. Bibliografia

1. Adam EK, Hawkley LC, Kudielka BM, Cacioppo JT. Day-to-day dynamics of experience--cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Nov 7;103(45):17058-63. doi: 10.1073/pnas.0605053103. Epub 2006 Oct 30. PMID: 17075058; PMCID: PMC1636578.
2. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass*. 2014 Feb 1;8(2):58-72. doi: 10.1111/spc3.12087. PMID: 24839458; PMCID: PMC4021390.
3. Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci*. 2009 Oct;13(10):447-54. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005. Epub 2009 Aug 31. PMID: 19726219; PMCID: PMC2752489.
4. Cacioppo J.T. & Patrick W., (2009) *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*, WW Norton & Co Inc.
5. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015 Mar;10(2):238-49. doi: 10.1177/1745691615570616. PMID: 25866548; PMCID: PMC4391342.
6. Comitato Centrale FNOPI, (2019) *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*.
7. Delgado-Losada ML, Bouhaben J, Arroyo-Pardo E, Aparicio A, López-Parra AM. Loneliness, Depression, and Genetics in the Elderly: Prognostic Factors of a Worse Health Condition? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 22;19(23):15456. doi: 10.3390/ijerph192315456. PMID: 36497531; PMCID: PMC9739711.
8. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020 Feb 14;20(1):129. doi: 10.1186/s12889-020-8251-6. PMID: 32054474; PMCID: PMC7020371.
9. Howland J, Stone A. Public health nurses for case finding, assessment and referral of community-dwelling socially isolated and/or lonely older adults. *Front Public Health*. 2023 Mar 22;11:1114792. doi: 10.3389/fpubh.2023.1114792. PMID: 37033035; PMCID: PMC10073688.

10. Just SA, Seethaler M, Sarpeah R, Waßmuth N, Bermpohl F, Brandl EJ. Loneliness in Elderly Inpatients. *Psychiatr Q.* 2022 Dec;93(4):1017-1030. doi: 10.1007/s11126-022-10006-7. Epub 2022 Nov 9. Erratum in: *Psychiatr Q.* 2023 Jun;94(2):343. PMID: 36350482; PMCID: PMC9644385.
11. Kumar A, Salinas J. The Long-Term Public Health Impact of Social Distancing on Brain Health: Topical Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jul 8;18(14):7307. doi: 10.3390/ijerph18147307. PMID: 34299756; PMCID: PMC8305633.
12. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Raymond E, Bussièrès EL, Lapierre N, Faieta J, Vincent C, Duchesne L, Ouellet MC, Gagnon E, Tourigny A, Lamontagne MÈ, Routhier F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. *JMIR Aging.* 2021 Apr 12;4(2):e26474. doi: 10.2196/26474. PMID: 33720839; PMCID: PMC8043147.
13. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2012 Mar;74(6):907-14. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.028. Epub 2012 Jan 25. PMID: 22326307; PMCID: PMC3303190.
14. Manca R, De Marco M, Venneri A. The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and Without Dementia: A Review. *Front Psychiatry.* 2020 Oct 22;11:585540. doi: 10.3389/fpsy.2020.585540. PMID: 33192732; PMCID: PMC7649825.
15. McLay L, Jamieson HA, France KG, Schluter PJ. Loneliness and social isolation is associated with sleep problems among older community dwelling women and men with complex needs. *Sci Rep.* 2021 Mar 1;11(1):4877. doi: 10.1038/s41598-021-83778-w. PMID: 33649402; PMCID: PMC7921547.
16. Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020 Sep-Oct;90:104119. doi: 10.1016/j.archger.2020.104119. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32562956.
17. Murdaca Federica. (2014) *Pauro di invecchiare. Come affrontare la vecchiaia e vivere felici*, Sovera Edizioni.

18. Pourriyahi H, Yazdanpanah N, Saghazadeh A, Rezaei N. Loneliness: An Immunometabolic Syndrome. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 19;18(22):12162. doi: 10.3390/ijerph182212162. PMID: 34831917; PMCID: PMC8618012.
19. Quirke E, König HH, Hajek A. Extending understanding of grandchild care on feelings of loneliness and isolation in later life : A literature review. *Z Gerontol Geriatr*. 2021 Aug;54(5):513-516. doi: 10.1007/s00391-020-01776-5. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32856121; PMCID: PMC7451229.
20. Rowe J.W., Kahn R.L., (1998) *Successful Aging*, Random House Large Print.
21. Russell D , Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness., *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294 , doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11.
22. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(9):938-947. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2. PMID: 33155618; PMCID: PMC7597423.
23. Sya'diyah H, Nursalam N, Mahmudah M, Wicaksono WP. Relationship between caring nurses and elderly loneliness. *J Public Health Res*. 2020 Jul 2;9(2):1829. doi: 10.4081/jphr.2020.1829. PMID: 32728570; PMCID: PMC7376472.
24. Somes J., *The Loneliness of Aging*. *J Emerg Nurs*. 2021 May;47(3):469-475. doi: 10.1016/j.jen.2020.12.009. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33714564; PMCID: PMC7946565.
25. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983;17(1):37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4. PMID: 7183759.

Sitografia

- a. ISTAT, *Indicatori Demografici Anno 2022*, (2023):
<https://www.istat.it/it/files/2023/04/indicatori-anno-2022.pdf>

- b. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, (2018) Quando si diventa “anziani”?,:
https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf
- c. Memini F., (2021), La teoria dell’attività:
<https://www.agingproject.uniupo.it/per-i-professionisti/teorie-invecchiamento/la-teoria-dellattivita/#:~:text=Havighurst%2C%20%20C3%A8%20una%20delle%20principali,avere%20un%20invecchiamento%20di%20successo.>
- d. Bruni D., (2019) La Solitudine: il modello della Discrepanza Cognitiva in Psicologia:
<https://www.stateofmind.it/2012/04/discrepanza-cognitiva-solitudine/>
- e. Michele C., (2022) Solitudine – La sofferenza della disconnessione sociale:
<https://www.ipsico.it/news/solitudine-la-sofferenza-della-disconnessione-sociale/>
- f. Kaplan D.B.,(2023) Abuso sugli anziani:
<https://www.msmanuals.com/it/professionale/geriatria/abuso-sugli-anziani/abuso-sugli-anziani>
- g. Team Mypersonal trainer, (2021) Ansia Normale e Patologica: quali differenze?:
<https://www.my-personaltrainer.it/salute/ansia-normalita-patologia.html>
- h. Colombo C., (2022) La depressione nell’anziano: cause, sintomi e rimedi:
<https://www.hsr.it/news/2022/novembre/depressione-anziano-cause-sintomi-cure>
- i. Fondazione Alberto Sordi, (2021) Le università della terza età: cosa sono e dove si trovano?: <https://www.fondazionealbertosordi.it/le-universita-della-terza-eta-cosa-sono-e-dove-si-trovano/#:~:text=Le%20universit%C3%A0%20della%20terza%20et%C3%A0%20sono%20centri%20culturali%2C%20riconosciuti%20dalle,e%20culturale%20della%20propria%20citt%C3%A0>
- j. Fondazione Alberto Sordi, (2022) L’importanza per l’anziano di un amico a quattro zampe: <https://www.fondazionealbertosordi.it/anziano-amico-quattro-zampe/>
- k. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2023), Anziani non autosufficienti, si cambia: <https://www.lavoro.gov.it/priorita/pagine/anziani-non-autosufficienti-si-cambia>
- l. Gianfrancesco F, (2021) Competenze specifiche dell’infermiere in geriatria:

[https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-
psichiatria/competenze-specifiche-infermiere-geriatria.html](https://www.nurse24.it/specializzazioni/medico-geriatrica-pediatria-
psichiatria/competenze-specifiche-infermiere-geriatria.html)

m. Middlesbrough Voluntary Development Agency:

<https://mvda.info/sites/default/files/field/resources/De%20Jong%20Gierveld%20Loneliness%20Scale.pdf>