

Estratto da

Psicogeriatría

Quadrimestrale

Anno XIII - Numero 1

Gennaio-Aprile 2018

**LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO.
UN IMPEGNO FORTE PER AIP**

DIEGO DE LEO, MARCO TRABUCCHI

Psicogeriatría

Direttore Editoriale

Marco Trabucchi

Comitato Editoriale

Diego De Leo
Giovanna Ferrandes
Nicola Ferrara
Alessandro Padovani
Umberto Senin

Coordinatore Comitato Scientifico

Luigi Ferrannini

Segreteria di Redazione

Angelo Bianchetti
Vincenzo Canonico

Comitato Scientifico

Roberta Annicchiarico
Raffaele Antonelli Incalzi
Fabrizio Asioli
Matteo Balestrieri
Giuseppe Barbagallo
Luisa Bartorelli
Giuseppe Bellelli
Carlo Adriano Biagini
Enrico Brizioli
Amalia Cecilia Bruni
Mattia Brunori
Carlo Caltagirone
Fabio Cembrani
Alberto Cester
Antonino Cotroneo
Pierluigi Dal Santo
Luc Pieter De Vreese
Fabio Di Stefano
Babette Dijk
Andrea Fabbo
Bianca Faraci

Giuseppe Fichera
Marino Formilan
Domenico Foti
Lodovico Frattola
Pietro Gareri
Marcello Giordano
Guido Gori
Antonio Guaita
Ester Latini
Cristian Leorin
Daniela Leotta
Giancarlo Logroscino
Elena Lucchi
Maria Lia Lunardelli
Albert March
Niccolò Marchionni
Massimiliano Massaia
Patrizia Mecocci
Fiammetta Monacelli
Alessandro Morandi
Enrico Mossello

Leo Nahon
Gianfranco Nuvoli
Luigi Pernigotti
Elvezio Pirfo
Nicola Renato Pizio
Giuseppe Provenzano
Paolo Francesco Putzu
Renzo Rozzini
Michaela Santoro
Francesco Scapati
Osvaldo Scarpino
Luca Serchisu
Carlo Serrati
Sandro Sorbi
Anna Laura Spinelli
Francesca Tesi
Claudio Vampini
Flavio Vischia
Orazio Zanetti
Giovanni Zuliani



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

La solitudine dell'anziano. Un impegno forte per AIP

DIEGO DE LEO, MARCO TRABUCCHI

Associazione Italiana di Psicogeriatría

“Nessuno può rialzarsi, proteggersi e riscaldarsi da solo” (Papa Francesco)

“*Loneliness grows from individual ache to public health hazard*” (Washington Post)

Introduzione

“Quasi nove milioni di italiani hanno paura di restare soli al momento del bisogno. Gli anziani sono i più insicuri di avere qualcuno che li sostenga in caso di necessità e nella fascia tra i 65 e i 74 anni solo 1.6 milioni di persone si sentono al sicuro”. Questi dati sono stati riportati nel recente Rapporto Istat (2017) sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia (e nell'Unione Europea). Sono solo l'ultima indicazione quantitativa tratta dagli studi e dalle indagini che verificano nella realtà quello che la letteratura scientifica negli ultimi anni viene sempre più frequentemente sostenendo e cioè che la solitudine è una compagna dolorosa di moltissime persone anziane, le quali ne subiscono un danno rilevante per la salute. Il processo di invecchiamento dell'individuo e della collettività si è accompagnato in questi anni a un forte aumento della condizione di solitudine; si precisa a questo proposito che in questo testo si considera solo la solitudine non desiderata e non quella scelta da chi trova un personale equilibrio psicofisico nel vivere da solo.

Di fronte a questa realtà l'Associazione Italiana di Psicogeriatría (AIP) ha sentito il dovere di mettersi a disposizione della comunità per delineare il problema anche nella realtà nazionale e per trovare modalità adeguate alla costruzione di interventi che possano ridurre il fenomeno o, quantomeno, richiamino chi ha responsabilità civili al dovere di farsi carico di peculiari modalità di vita di molti cittadini, che per definizione sono nascoste e quindi hanno bisogno di specifica attenzione e cultura per essere identificate e affrontate.

Le dinamiche che portano l'anziano a vivere senza il supporto di altri sono complesse e quasi mai hanno una sola causa. Bauman ne *L'Ultima Lezione* (2018) ha sostenuto che il nostro tempo è “governato da contingenze, accidenti, e coincidenze”. Su questa linea noi ci proponiamo un intervento equilibrato a fronte di dinamiche certamente di portata planetaria, cioè una prassi che qui e ora va alla ricerca delle piccole cose che si possono fare e

che nel loro insieme portano a qualche risultato. La medicina deve avere una visione non schematica della vita, intervenendo dove si intravede una possibilità di successo, ottenendo così tanti *small gains* efficaci, secondo Bauman, a lenire le grandi paure del nostro tempo, all'interno delle quali la solitudine esercita una funzione di continua erosione del benessere.

Questo editoriale costituisce il momento di inizio di un lavoro che sarà lungo e complesso, condotto su vari piani (a livello della popolazione generale, dei decisori politici, degli operatori sanitari e del sociale, del volontariato) e che deve arrivare per il 15 novembre a celebrare una "Giornata contro la solitudine dell'anziano" con un evento che verrà realizzato a Padova con una conferenza che ospiterà rappresentanti di molte discipline diverse, dal momento che la solitudine attraversa praticamente tutte le aree dell'esistenza umana.

Effetti della solitudine

In Europa in questi mesi stanno crescendo varie iniziative, talune apparentemente bizzarre come l'ipotesi di costruire un "Ministero contro la solitudine" (in realtà si tratta di un sottosegretariato), proposto dal governo inglese. Negli Stati Uniti, un editoriale del New York Times del 9 Febbraio scorso intitolava, "*Is Loneliness a Health Epidemic?*" (Klinenberg, 2018). In Nuova Zelanda, il 36,1% delle persone di età superiore ai 15 anni accusa di sentirsi a volte solo (Ministry of Social Development, 2016) e quelle che hanno maggiori probabilità di segnalare una sensazione significativa di solitudine tendono ad appartenere ai gruppi sociali più vulnerabili, come appunto i vecchi, ma anche i giovani, i poveri, i malati cronici e i malati mentali (Smith, 2015).

D'altra parte, la solitudine è notoriamente in grado di influenzare la salute mentale, in particolare portando a depressione (Alpass e Neville, 2003; Cacioppo et al., 2006; Hawkey e Cacioppo, 2010; Heinrich e Gullone, 2006). Infatti, il team di Cacioppo (Cacioppo et al., 2010) ha dimostrato che la solitudine precede temporalmente il disturbo dell'umore, ma la depressione non è ca-

pace di predire il passaggio alla solitudine, il che suggerisce che la solitudine possa essere un fattore chiave per l'insorgere della depressione. Ciò è supportato da ricerche che dimostrano come la solitudine faccia da mediatore nella relazione ansietà-depressione, con la solitudine potenzialmente derivante dall'ansia e successivamente in grado di attivare in modo sequenziale i sintomi depressivi (Ebesutani et al., 2015).

La solitudine è stata anche collegata (Hawkins-Elder et al., 2018) a molti altri esiti negativi in termini di salute mentale, tra cui l'ansia sociale (Lim et al., 2016), il disturbo ossessivo-compulsivo (Timpano et al., 2014), il declino cognitivo e la demenza (Donovan et al., 2016; Hawkey and Cacioppo, 2010; Rafnsson et al., 2017) e la paranoia (Jaya et al., 2017). Inoltre, la persistente solitudine è stata associata a una varietà di esiti e comportamenti negativi per la salute, compresi problemi di salute fisica (Newall et al., 2014), disturbi del sonno (Cacioppo e Cacioppo, 2014; Heinrich e Gullone, 2006), consumo di alcol (Arpin et al., 2015; Stickley et al., 2013), fumo (Stickley et al., 2013) e aumento della mortalità (Cacioppo e Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad et al., 2010, 2015).

L'*outcome* più noto legato alla solitudine è senza dubbio quello rappresentato dal suicidio, atto quasi costantemente associato all'idea di essere lasciati soli e di non poter più ricevere aiuto da alcuno (*helplessness*) (De Leo e Diekstra, 1990). Uno studio australiano ha dimostrato attraverso l'autopsia psicologica come le persone decedute pensassero di non ricevere l'aiuto morale di cui avevano bisogno sia dai familiari che da propri amici (De Leo et al., 2013).

È quindi significativo che in molti, con sensibilità e responsabilità diverse, abbiano colto lo "spirito del tempo" e si stiano impegnando per trovare risposte. Non sarà compito facile, perché la tematica presenta ancora molti punti da chiarire e soprattutto perché viviamo in un tempo di liquidità delle dinamiche sociali e relazionali, che sono poco propense ad assumersi oneri stabili rispetto all'accompagnamento nel tempo dei concittadini bisognosi di supporto.

Di seguito vengono proposti alcuni spunti in tema di solitudine dell'anziano perché coloro che si identificano con AIP possano trovare indicazioni per realizzare nel proprio ambito sociale e di lavoro interventi mirati, partendo da alcuni dati della letteratura scientifica e da altri, ottenuti dalla narrazione di sofferenza di tante persone anziane. L'editoriale però non si propone come una *review* sistematica della letteratura esistente, ma solo come una traccia per futuri approfondimenti.

Solitudine e salute dell'anziano

Varie sono le cause alla base di una condizione di solitudine; possono schematicamente essere così riassunte: crisi della famiglia come luogo di compensazione e di equilibrio tra i componenti, problematiche demografiche derivanti dalla morte di molti coetanei, realtà abitative caratterizzate da una progressiva riduzione degli spazi, allentamento dei legami di amicizia e di vicinato, diffusione delle comunicazioni per via elettronica come surrogato di adeguati rapporti interpersonali. Va sottolineato che queste condizioni si associano tra di loro in modo complesso, per cui anche gli interventi devono essere condotti tenendo presente lo scenario umano che caratterizza il singolo o una data popolazione. Descrive bene questa realtà la frase di un anziano *"Your world dies before you do"*: esprime l'intensità di una condizione senza speranza che si pone nella prospettiva di una tragedia senza confini.

La solitudine è un fattore aggiuntivo a molti altri quali l'età, le patologie croniche e la perdita parziale o totale dell'autosufficienza, capace di accelerare il processo di "fragilizzazione" della persona anziana. Vivek Murthy, l'ex-Surgeon General degli Stati Uniti, ha scritto che la solitudine e l'isolamento sociale sono "associati a una riduzione della durata della vita simile a quella provocata dal fumo di 15 sigarette al giorno e persino più di quello associato all'obesità" con un aumento del 26% del rischio di mortalità prematura. (2017). È oggi indiscutibile che *"loneliness can be deadly for elders"* (New York Times, 30.12.2016).

Indagini su larga scala, come quella di Holwerda et al. (2012) e l'*English Longitudinal Study of Aging* -ELSA- (Banks et al., 2016) indicano come la solitudine, aumentando la presenza di patologie e quindi il rischio di mortalità, aumenti anche l'utilizzo di farmaci e servizi sanitari, comportando conseguenti aggravii di costo per l'assistenza pubblica.

John e Stephanie Cacioppo ritengono che nei paesi industrializzati circa un terzo delle persone sia colpito da questa condizione, con una persona su 12 colpita gravemente, e che queste proporzioni stiano aumentando (2018). Reddito, scolarità e sesso non risulterebbero particolarmente influenti, né gli effetti della condizione potrebbero essere attribuibili a qualche peculiarità del carattere o a un particolare sottoinsieme di individui: la solitudine colpisce chiunque (Cacioppo et al., 2015; Miller, 2011). La solitudine è spesso stigmatizzata, banalizzata o ignorata, ma - con il numero di anziani in rapida crescita nei paesi industrializzati e l'aumentata probabilità di mortalità prematura - la solitudine sta emergendo come un grave problema di salute pubblica (Cacioppo e Cacioppo, 2018). I medici stanno incontrando questa condizione con crescente frequenza, ma la maggior parte non ha la formazione necessaria per affrontare efficacemente la solitudine dei propri pazienti.

Ci si potrebbe poi chiedere se i vissuti di solitudine siano oggi effettivamente aumentati e se quindi la solitudine sia una caratteristica delle società moderne o sia invece in proporzione sempre esistita. È impossibile rispondere in modo corretto a questa domanda sia perché ancora non esiste uno standard internazionale per la definizione di solitudine (e quindi i dati disponibili spesso non distinguono tra isolamento sociale, vivere da soli e solitudine), sia perché le indagini epidemiologiche passate non prestavano troppa attenzione a questo tema. La sensazione diffusa è che il fenomeno sia in aumento, e questo per almeno due ragioni.

La prima è sicuramente legata all'espansione senza freni della cultura dell'individualismo, un fatto praticamente ubiquitario nel mondo. Sempre più

individui vivono da soli e invecchiano da soli. Le politiche sociali neoliberali hanno poi trasformato i lavoratori in agenti indipendenti ma precari, e quando le opportunità di reddito scompaiono, le famiglie si trovano in gravi difficoltà economiche. Sindacati, associazioni di cittadini, organizzazioni di quartiere, gruppi religiosi e altre fonti tradizionali di solidarietà sociale appaiono in costante declino. Sempre di più, avvertiamo tutti la sensazione di essere (più) soli.

L'altra possibile ragione è rappresentata dalla rivoluzione nelle comunicazioni portata da Internet e veicolata da *smartphone* e social media. Anni fa, aziende come Facebook, Apple e Google avevano promesso che i loro prodotti avrebbero aiutato a creare relazioni impensabili prima e nuove comunità di individui. Pare invece che questi nuovi sistemi mediatici abbiano contribuito ad approfondire le divisioni esistenti, sia a livello individuale che di gruppo. Potremmo anche avere migliaia di "amici" o di "follower" su Facebook, Instagram e LinkedIn, ma le relazioni umane sono un'altra cosa, e la gente si sta accorgendo che non c'è alcun sostituto per costruirle alla vecchia maniera, cioè di persona. Infatti, i social media possono essere la prima soluzione che viene in mente quando siamo soli; sembrano rappresentare una soluzione rapida e semplice. Tuttavia, molti studi hanno dimostrato che le nostre reti online, sebbene possano offrire un'illusione di connettività, in realtà ci rendono ancora più solitari e più segregati.

Per esempio, uno studio pubblicato lo scorso anno sull'*American Journal of Preventive Medicine* ha rilevato che gli utenti dei social media si sentono più isolati rispetto ai loro pari che dedicano poco tempo alle reti online (Primack et al., 2017).

Nel libro *Alone Together* (2011), anche la psicologa sociale Sherry Turkle sostiene che l'iperconnettività attraverso i social media ci rende più estranei gli uni dagli altri nelle nostre vite offline. "Ci aspettiamo di più dalla tecnologia e meno gli uni dagli altri, e mi chiedo, *perché le cose arrivano a questo punto?*". Io credo dipenda dal fatto che la tecnologia ci attrae di più

laddove siamo più vulnerabili, e lo siamo davvero vulnerabili: noi siamo soli ma abbiamo paura dell'intimità", spiega la Turkle.

Quindi, se le ragioni suddette sono sostenibili e condivisibili, allora è lecito pensare che stiamo vivendo una vera epidemia di solitudine e di isolamento sociale. Per formare una vera rete di supporto che ci aiuti a tenere a bada la solitudine, dobbiamo guardare al di fuori dei nostri computer e *smartphone* e rafforzare invece i nostri legami con la famiglia, gli amici e i membri della comunità.

Prematuramente scomparso lo scorso 5 marzo, all'età di 66 anni, John Cacioppo, il più brillante studioso della solitudine (*Dr. Loneliness*), sosteneva che la nostra società è andata valorizzando sempre più l'individualismo e l'autosufficienza, il che spesso spinge gli individui a isolarsi e a rifiutare di riconoscere la solitudine quando la sperimentano. La solitudine è stigmatizzata e rappresenta l'equivalente psicologico di essere un perdente nella vita o una persona debole (2008). La negazione della solitudine, secondo Cacioppo, non fa altro che esacerbarne lo spessore e può portare a strategie controproducenti, come cercare ulteriore isolamento. Quindi, il primo passo verso la lotta all'impatto negativo di questo stato emotivo è riconoscere che ciò che proviamo è la solitudine (Cacioppo, 2013).

"Secondo", continua Cacioppo, "capisci cosa la solitudine fa al tuo cervello, al tuo corpo, al tuo comportamento. È pericoloso, come membro di una specie sociale, sentirsi isolati, e il nostro cervello scatta in modalità di autoconservazione, che porta con sé effetti indesiderati e sconosciuti sui nostri pensieri e le nostre azioni verso gli altri". Una volta che riconosciamo i nostri sentimenti e comprendiamo che possono influenzare seriamente la nostra salute mentale e fisica, così come il nostro comportamento, Cacioppo consiglia di rispondere al nostro senso di solitudine formando e rafforzando le connessioni (2013). "Si possono promuovere connessioni intime sviluppando il rapporto con un individuo di cui si ha fiducia, in cui si può confidare e che può confidarsi con te", spiega. "Puoi promuovere la

connessione relazionale semplicemente condividendo i bei momenti con amici e familiari” senza distrazioni. Infine, “la connessione collettiva può essere promossa diventando parte di qualcosa di più grande di te stesso, quindi perché non considerare il volontariato per qualcosa che ti piace”? (Cacioppo, TEDxTalks, 2013; traduzione dei redattori).

Differenze di genere

Ci sono interessanti differenze di genere tra i risultati delle ricerche. Secondo un rapporto della *Mental Health Foundation* britannica (Griffin, 2010), le donne hanno più probabilità degli uomini di sentirsi sole a volte (38%, rispetto al 30%). Un numero maggiore di donne (47%) rispetto agli uomini (36%) si è sentito depresso perché si sentiva solo e ha cercato aiuto per non sentirsi più solo (il 13% delle donne, rispetto al 10% degli uomini). Ciò è coerente con la letteratura esistente secondo cui le donne sono generalmente più propense a cercare un aiuto professionale per problemi di salute. Le donne, inoltre, hanno maggiori probabilità di essere consapevoli della solitudine negli altri: più donne (41%) rispetto agli uomini (33%) hanno un caro amico o un familiare che pensano sia molto solo (Griffin, 2010).

Gli uomini generalmente hanno meno probabilità di rivelare la propria solitudine a causa delle differenze culturali e di genere nell'espressione delle emozioni; la sociologa Arlie Hochschild chiama queste “le regole dei sentimenti”. Le regole dei sentimenti dominanti in società come quelle occidentali generalmente impediscono agli uomini di esprimere le emozioni più sensibili e quindi di cercare il contatto sociale, il sostegno e l'amicizia allo stesso modo delle donne (Hochschild, 2013). Per coloro che non sono circondati da persone che si prendono cura di loro, la solitudine può persistere a lungo. È chiaro poi che la mancanza di contatti rappresenti un limite all'*help seeking* e all'ottenimento di informazioni utili a ottenere il miglior livello di assistenza e quindi di salute psico-fisica; nei soggetti anziani, la solitudine finisce per associarsi a una riduzione significativa della qualità di vita,

oltre che dell'aspettativa di vita. Infatti, gli anziani con i più alti livelli di solitudine sono quasi due volte più esposti alla probabilità di morire prematuramente di quelli con i livelli più bassi di solitudine (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Perissinotto et al. (2012), su un campione di 1600 intervistati, hanno evidenziato che il 43% degli anziani viveva in una condizione di solitudine. A distanza di sei anni dalla prima intervista, i ricercatori hanno scoperto che chi viveva la solitudine aveva un rischio di morire del 45% più alto e che queste persone andavano incontro a un peggioramento della qualità della vita e a una riduzione dell'autonomia personale.

Come detto, il percorso vitale delle persone sole passa anche attraverso il rischio di un aumento della fragilità, cioè della capacità di mantenere l'omeostasi e la vulnerabilità di fronte ad agenti stressogeni a causa della riduzione delle riserve fisiologiche. La fragilità è associata con la solitudine e l'isolamento sociale, anche se non sono sempre chiare le cause di questa associazione; infatti è possibile che l'essere fragili induca a uno stile di vita caratterizzato da solitudine e isolamento. Per dimostrare invece la tendenza di senso opposto, cioè che solitudine e isolamento portino a un aumento della condizione di fragilità, è stato svolto uno studio sui dati dell'ELSA per misurare se alti livelli di solitudine inducessero una progressione della fragilità (Gale et al., 2017). Si è trovato che alti livelli di nevroticismo o bassi livelli di coscienza o estroversione possono risultare fattori di rischio per l'insorgere o la progressione di fragilità.

Inoltre, il team di ricercatori guidati da Cacioppo ha suggerito che le cellule immunitarie (leucociti) di persone in situazioni di solitudine presenterebbero un'attività genetica a favore di geni pro-infiammazione e a detrimento di geni importanti per proteggerci da agenti infettivi. In pratica, nei leucociti di persone solitarie i geni coinvolti nella risposta contro infezioni e virus sarebbero meno attivi. Ciò aumenterebbe il rischio di malattie. Gli stessi ricercatori hanno notato anche che questa debolezza del sistema immunitario a sua volta è associata a un aumento del rischio di essere soli nel prossimo futu-

ro (l'anno successivo ai test eseguiti su globuli bianchi); in breve, vi sarebbe un circolo vizioso che collega inestricabilmente l'essere soli a un sistema immunitario compromesso e viceversa. I ricercatori hanno confermato i risultati dei loro esperimenti anche attraverso l'utilizzo di animali da laboratorio: i macachi tenuti in isolamento risultavano particolarmente vulnerabili alle malattie infettive (Cole et al., 2015).

Uno studio scandinavo ha indagato i vissuti di solitudine esistenziale (SE) così come descritti dai protagonisti: persone anziane fragili (Sjoberg et al., 2017). Sono state intervistate 23 persone di età compresa tra i 76 e i 101 anni che ricevevano assistenza e servizi a lungo termine. Lo studio ha permesso di identificare quattro temi principali caratterizzanti i moventi della solitudine: 1) l'essere intrappolati in un corpo fragile e in deterioramento; 2) l'essere visti con indifferenza dagli altri; 3) non avere nessuno con cui condividere la vita; e 4) sentirsi senza scopo e significato. Gli autori dello studio hanno sintetizzato il senso dei risultati ottenuti in una comprensione globale della solitudine come sensazione di "essere deconnessi dalla vita". Sjoberg et al. ritengono che negli anziani malattie e limitazioni fisiche incidano pesantemente sul modo di "essere al mondo". Quando si incontra l'indifferenza e l'incapacità di condividere i propri pensieri e le esperienze di vita con gli altri, si rinforza un senso di inutilità, innescando un'esperienza dolorosa di mancanza di senso (Sjoberg et al., 2017).

Un altro studio ha confermato i riscontri della precedente ricerca attraverso interviste rivolte ad 'altri significativi', cioè persone affettivamente vicine agli anziani (Larsson et al., 2017). Anche secondo questi soggetti, le persone anziane sperimentano sentimenti di profonda solitudine: 1) quando sono sempre più limitate nel corpo e nello spazio vitale; 2) quando appaiono nel mezzo di un processo di deconnessione; e 3) quando sono deconnesse dal mondo esterno. Visti dai loro 'altri significativi', è come se la persona anziana e fragile fosse in procinto di "lasciar andare via la vita". Questo processo sembra dare particolare risalto al ruolo del corpo, in quanto la persona anziana è sempre più limitata nelle

sue capacità fisiche. Le relazioni a lungo termine dell'anziano vengono gradualmente perse e, infine, il processo vede la persona anziana ritirarsi sempre più in se stessa, 'spegnendo' le connessioni con il mondo esterno (Larsson et al., 2017).

Possibili interventi da parte di AIP

Oggi, sottovalutare l'importanza della solitudine come problema di salute pubblica è del tutto ingiustificato, basandosi sull'osservazione delle dinamiche collettive. Infatti, strumenti contemporanei come i social media, mentre sembrano promuovere la connessione sociale, favoriscono invece solo lo sviluppo di brevi interazioni con molti conoscenti diversi; queste relazioni risultano generalmente poco importanti. In questo clima, la sfida è affrontare la solitudine e concentrarsi sulla costruzione di legami significativi con quelli intorno a noi. Le crescenti testimonianze scientifiche che evidenziano le conseguenze negative della solitudine per la salute fisica e mentale non possono più essere ignorate.

Di fronte a questa realtà, l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics ha deciso di aprire una campagna, assieme ad altre realtà scientifiche nazionali e con la collaborazione dell'*International Psychogeriatric Association*, per sensibilizzare i singoli individui e le comunità sulle possibilità di compiere scelte e operare interventi che riducano il rischio di solitudine delle persone anziane.

Il primo intervento da effettuare sarà primariamente a livello culturale, per incidere sull'individualismo che domina le modalità di vita di oggi e che è diffuso attraverso i media come mezzo di autorealizzazione e di autovalutazione. Senza considerare che la rottura dei legami tra le persone di ogni età permette di manipolare il singolo individuo, privo delle protezioni offerte dalla comunità. Questo messaggio, rivolto in particolare a chi crea consenso sulle grandi tematiche sociali, da parte di una società medico-scientifica potrebbe avere maggiori possibilità di incidere rispetto a considerazioni di origine sociologica o morale. Il punto cruciale è dare un significato all'invecchiamento collettivo, che deve continuare a rappresentare un momento

vitale e non un tempo di rinuncia e di chiusura dei singoli cittadini.

Un secondo obiettivo è rappresentato da ogni individuo che invecchia, per fare in modo che nel tempo non trascuri di coltivare le diverse occasioni di reti relazionali che la vita offre durante il suo corso. Il richiamare l'attenzione sui rischi della solitudine in età avanzata potrebbe costituire un'importante strumento educativo rivolto alle persone di tutte le età, culture, sensibilità, con approcci personalizzati. Inoltre è importante un'adeguata formazione dell'anziano perché sappia esprimere i propri bisogni e le conseguenti richieste di supporto, modificando atteggiamenti ancora prevalenti che tendono ad impedire in età avanzata la libera manifestazione del sentire individuale. Questo approccio dovrà essere modulato a seconda delle specificità individuali, in particolare quelle legate alle differenze di sesso. Infine non si devono trascurare le 'solitudini abitate'; si pensi, ad esempio, alle residenze per anziani dove molti ospiti sono incapaci di qualsiasi relazione e vivono davanti a una finestra in preda a fantasmi che non possiamo interpretare.

Un'altra condizione peculiare, anche se di breve durata, è la solitudine dell'anziano durante il ricovero ospedaliero, quando la paura del futuro domina il tempo e le ore, la vicinanza dei familiari non è sempre gradita e il personale sanitario è oberato da una routine che non concede respiro (e l'organizzazione del reparto non ha compreso l'importanza, al fine del buon esito della cura, di un rapporto significativo con l'ammalato). La stessa criticità vale anche per le persone anziane ospiti di residenze, che spesso rischiano di sperimentare una solitudine popolata".

In aggiunta, è necessario ricordare - per quantità e profondità della condizione - la solitudine della diade *caregiver*-anziano ammalato, specialmente quando l'assistenza è dedicata ad una persona affetta da demenza. Purtroppo è stato rilevato che il livello di solitudine di questa particolare coppia è aumentato in questi anni e supera il 30% del totale. Se si collega il dato con la ben nota condizione per cui bisogna dedicare "36 ore al

giorno all'assistenza", si comprende la tragicità vitale di queste realtà, verso le quali non si è dedicato in questi anni un'adeguata attenzione.

Un ulteriore obiettivo dell'impegno di AIP (e dei suoi possibili alleati) è indurre le comunità a modificarsi dall'interno, attraverso la continua costruzione di ponti tra le persone. Le comunità possono avere molti ruoli in questo ambito; l'esempio delle *Alzheimer Friendly Community* rappresenta un punto di riferimento importante, perché mira a creare una rete che accompagna la vita delle persone ammalate e delle loro famiglie, rete il cui primo obiettivo è lenire la solitudine, dando risposte adeguate ai bisogni pratici e psicologici delle situazioni di fragilità. In questa prospettiva la comunità controlla anche il funzionamento dei servizi, che devono accompagnare nel tempo l'anziano ammalato e la sua famiglia, evitando la ricerca angosciante e solitaria di punti d'appoggio al momento del bisogno e di supporti nel corso di un intervento clinico-assistenziale.

L'AIP, attraverso la propria rappresentanza nazionale, ha la capacità di affrontare le problematiche culturali impostando una forte presenza sui mezzi di comunicazione tradizionali e quelli contemporanei. Inoltre, attraverso il proprio radicamento territoriale, potrebbe arrivare a sviluppare interventi sulle diverse comunità, nonché - attraverso opportuni mediatori (gruppi di volontariato, associazioni di varia ispirazione, associazioni di autoaiuto, etc.) - anche sui singoli individui. Ovviamente si tratta di un impegno pluriennale, che va costruito nel tempo attraverso precise tappe di lavoro.

"La nostra vita è fatta di lontananze non desiderate (una di queste è l'abbandono irrimediabile delle persone care) e di vicinanze impreviste e magari forzate. È in questa contraddizione a volte lacerante a volte creativa, che dobbiamo trovare il nostro nuovo equilibrio" (Paolo Di Stefano, Corriere della Sera, 13.12.17). Questa frase rappresenta un'indicazione di come la nostra vita presenti facce diverse che si susseguono l'una dopo l'altra e come l'individuo debba impegnarsi per ricercare la propria strada. Ma anche que-

sta ricerca ha la necessità di supporti, sia a livello psicologico del singolo, sia nella comunità nella quale questi vive.

Conclusione

Un numero significativo di evidenze scientifiche ha indicato che l'integrazione in relazioni di alta qualità e il sentirsi socialmente connessi alle persone nella propria vita sono associati a un ridotto rischio di morbidità e mortalità per tutte le cause (Holt-Lunstad et al., 2017). Nonostante le crescenti prove che l'entità di queste associazioni sia paragonabile a quella di molti im-

portanti determinanti della salute (che ricevono altrettanto importanti risorse di sanità pubblica), agenzie governative e *policy maker* appaiono in ritardo nel riconoscere il ruolo della solitudine tra i fattori determinanti per la salute o tra gli indicatori di rischio in un modo comparabile a quello di altre priorità di salute pubblica. L'AIP si fa carico di questa sfida e, con una serie di presentazioni regionali ed attività nazionali, intende aumentare la consapevolezza sui pericoli della solitudine con l'intenzione di delineare presto un'agenda per l'integrazione delle relazioni sociali nelle priorità di salute pubblica.

Bibliografia

- Alpass FM, Neville S (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health* 7: 212-216.
- Arpin S, Mohr C, Brannan D (2015). Having friends and feeling lonely: A daily process examination of transient loneliness, socialization, and drinking behaviour. *Personality and Social Psychology Bulletin* 41: 615-628.
- Banks J, Batty GD, Nazroo J, Steptoe A (2016). *The dynamics of ageing: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-15* (Wave 7). The Institute for Fiscal Studies, London.
- Bauman Z (2018). *L'Ultima Lezione*. Laterza, Milano.
- Cacioppo JT (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. W.W. Norton & Co, Chicago.
- Cacioppo JT (2013). *The Lethality of Loneliness*. Tedx-Talks, DesMoines, 9 September.
- Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al (2006) Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging* 21: 140-151.
- Cacioppo JT, Hakley LC, Thisted RA (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25: 453-463.
- Cacioppo JT, Cacioppo S, Capitano JP, Cole SW (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, 66: 733-767.
- Cacioppo JT, Cacioppo S (2014). Social relationships and health: the toxic effect of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8:58-72.
- Cacioppo JT, Cacioppo S (2018). The growing problem of loneliness. *Lancet*, 3 February 2018, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cole SW, Levine ME, Arevalo JM et al (2015). Loneliness, eudemonia, and the human conserved transcriptional response to adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 62: 11-17.
- De Leo D, Diekstra RFW (1990). *Depression and Suicide in Late Life*. Hogrefe and Huber, Gottingen, Germany.
- De Leo D, Draper B, Snowdon J, Kolves K (2013). Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*, 47:980-988 DOI 10.1016/j.jpsychires.2013.02.009.
- Donovan NJ, Okereke OI, Vannini P, et al (2016). Association of higher cortical amyloid burden with loneliness with cognitively normal older adults. *JAMA Psychiatry*, 73:1230-1237.
- Ebesutani C, Fierstein M, Viana AG, et al (2015). The role of loneliness in the relationship between anxiety and depression in clinical and school-based youth. *Psychology in the Schools* 52: 223-234.
- Gale CR, Mottus R, Deary IJ, et al (2017). Personality and Risk of Frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Annals of Behavioral Medicine*, 51: 128-136.
- Griffin J (2010). *The Lonely Society? A report of the Mental Health Foundation*. London, UK.
- Hawkley L, Cacioppo J (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioural Medicine* 40: 218-227.
- Hawkins-Elder H, Milfont TL, Hammond MD, Sibley CG (2018). Who are the lonely? A typology of loneliness in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2018, Vol. 52(4) 357-364.
- Heinrich LM, Gullone E (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review* 26: 695-718.
- Hochschild A (2013). *So How is the Family? And Other*

Essays. Berkeley, CA: University of California Press.

Holwerda TJ, Beekman ATF, Deeg DJH, et al (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: Only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42: 843-853.

Holt-Lunstad J, Smith T, Layton J (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine* 7: e1000316.

Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science* 10: 227-237.

Holt-Lunstad J, Robles TE, Sbarra DA (2017). Advancing Social Connection as a Public Health Priority in the United States. *American Psychologist*, 72: 517-530.

ISTAT (2017). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea - Indagine Ehis 2015*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 19 Ottobre.

Jaya ES, Hillmann TE, Reiningger KM, et al. (2017). Loneliness and psychotic symptoms: The mediating role of depression. *Cognitive Therapy and Research* 41: 106-116.

Klinenberg E (2108). Is Loneliness a Health Epidemic? *The New York Times*, 8 Febbraio.

Larsson H, Ramgard M, Bolmsjo I (2017). Older persons' existential loneliness as interpreted by their significant others - An interview study. *BMC Geriatrics*, 17:138, DOI 10.1186/s12877-017-0533-1.

Lim MH, Rodebaugh TL, Zyphur MJ, et al. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology* 125: 620-630.

Miller G (2011). Social neuroscience. Why loneliness is hazardous to your health. *Science*, 331: 138-140.

Ministry of Social Development (2016) *The Social Report*

2016. Wellington, NZ: Ministry of Social Development.

Murthy V (2017). Work and the loneliness epidemic. *Harvard Business Review*, September 28.

Newall N, Chipperfield J, Bailis D (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships* 31: 335-351.

Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172:1078-1083.

Primack BA, Shensa A, Sidani JE, Whaitte EO, Lin LY, Rosen D, Colditz JB, Radovic A, Miller E (2017). Social media use and perceived social isolation among young adults in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 53: 1-8.

Rafnsson SB, Orrell M, D'Orsi B, et al (2017). Loneliness, social integration, and incident dementia over 6 years: Prospective findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journals of Gerontology, Series B*, 21 June 2017, DOI.org/10.1093/geronb/gbx087.

Sioberg M, Beck I, Rasmussen BH, Edberg A-K (2017). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging and Mental Health*, July 2017, DOI 10.1080/13607863.2017.1348481.

Smith R (2015). *Loneliness, Connectivity and Place in New Zealand*. Master's Thesis, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.

Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, et al. (2013). Loneliness: Its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. *PLoS ONE* 8: E67978.

Timpano KR, Demet Ç, Rubenstein LM, et al. (2014). Exploring the association between obsessive-compulsive symptoms and loneliness: Consideration of specificity and gender. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 28: 264-273.

Turkle S (2011). *Alone together*. Basic Books, New York.

