

## ***Isolamento e solitudine delle persone anziane: un impegno per il servizio sociale ospedaliero e territoriale.***

**Riassunto.** La pandemia da Coronavirus ha portato alla luce l'isolamento e la solitudine aggravando quanto gli operatori sociali delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private avevano già individuato e denunciato. La solitudine, la sensazione soggettiva di sentirsi solo/a non sempre si accompagna all'isolamento (mancanza di rapporti interpersonali).

L'isolamento sociale e la solitudine sono sempre più diventati argomenti trattati dai servizi sociali ospedalieri e territoriali perché associati ad una maggiore probabilità di morte precoce, di demenza, di malattie croniche ed altre patologie. Sono le persone anziane che presentano maggiore rischio di isolamento sociale per mancanza di rapporti familiari ed amicali accompagnato o meno alla percezione di solitudine.

Lo studio ha riguardato gli ultrasessantenni di ambo i sessi residenti nel V° VI° e VII° Municipio di Roma e che hanno avuto accesso presso l'Ospedale Vannini nell'arco di cinque anni.

In particolare nel periodo di confinamento sociale dovuto alla pandemia da COVID 19 (marzo- maggio 2020) si è creata una condizione di massima solitudine ed isolamento in quanto tutti i soggetti interrogati hanno lamentato l'ostacolo alla presenza amorevole di familiari ed amici. In questa circostanza significativo è stato il ruolo degli assistenti sociali ospedalieri per la funzione di comunicazione interpersonale ricoverato-familiare. Significativo è rilevare come, in un nosocomio che di solito presenta un via vai di persone, appariva vuoto, spettrale, silenzioso sia all'esterno che all'interno di esso.

La pandemia da Coronavirus SARS-CoV-2 avvenuta nei primi mesi dell'anno in corso e ancora in atto, oltre ad essere causa di tanti problemi medici, sociali, economici ampiamente descritti negli usuali mezzi di comunicazione, ha portato alla luce in maniera eclatante un fenomeno spesso trascurato quale l'isolamento e la solitudine delle persone. Gli obblighi dell'isolamento e del confinamento (lockdown) per il contenimento dei contagi, indiscriminatamente applicati all'intera popolazione italiana, e per un lungo lasso di tempo (oltre tre mesi), ha aggravato quanto gli operatori sociali delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private avevano individuato e denunciato.

Va rilevato che isolamento sociale e solitudine sono due fenomeni distinti spesso non significativamente correlati. La solitudine, la sensazione soggettiva di sentirsi sola e/o isolata, non sempre si accompagna all'isolamento sociale in quanto persone che vivono sole non sempre avvertono il disagio psichico di questa situazione. A rendere più difficile misurare con precisione il fenomeno della solitudine e dell'isolamento sociale si verifica che la ricerca sociologica esistente usa termini diversi quali "relazioni sociali", "reti sociali", "supporto sociale" e molti altri per descrivere l'isolamento sociale ovvero l'assenza di connessione e collegamento tra le persone.

L'isolamento sociale e la solitudine sono sempre più diventati argomenti di interesse per i servizi sociali ospedalieri e territoriali in quanto è stato dimostrato che sono associati ad una maggiore probabilità di morte precoce, di demenza, di malattie cardiache e altre patologie. Un fenomeno comunque in crescita sia per l'aumento del numero dei soggetti anziani (invecchiamento della popolazione italiana) e sia per le situazioni sociali favorevoli a questo fenomeno.

Anche se isolamento sociale e solitudine possono colpire persone di tutte le età, gli anziani presentano un rischio maggiore perché hanno maggiori probabilità di imbattersi in fattori predisponenti come vivere da soli, la perdita della famiglia o degli amici, la malattia cronica e le menomazioni sensoriali. Tuttavia quasi tutte le persone anziane hanno anche maggiore probabilità di interagire in qualche modo con le strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali). Di conseguenza, gli operatori di queste strutture si trovano nella migliore posizione per identificare le persone anziane che sono maggiormente a rischio di isolamento sociale o di solitudine, individui per i quali il sistema sanitario può essere il loro unico punto di contatto con la loro comunità.

È facilmente intuibile la solitudine del malato psichiatrico o caratteriale che, per inadeguate capacità relazionali, rende prive di sostegno e di limitata comprensione le sue esigenze comunicative anche quando assume terapia specialistica. Esistono persone che, per infantili scompensi affettivo-familiari, ritengono di non ricevere abbastanza considerazione e per tale motivo si sentono escluse dal contesto sociale; sono persone che si isolano e si rifugiano in solitudine che, se protratta nel tempo, può diventare vera e propria depressione.

L'isolamento sociale è un fenomeno della nostra società acuito dall'uso inappropriato dei nuovi strumenti tecnologici (social network). Attraverso facebook ed instagram si creano amicizie virtuali che non corrispondono ad un umano e personale rapporto interagente. È una condizione inadatta all'uomo definito da sempre "animale sociale". Sfugge all'osservazione l'espressione dell'interlocutore, l'inflessione della voce, insomma non si stabilisce l'empatia. Anche il convulso stile di vita contemporaneo, la competitività che non ammette respiro, che non favorisce occasioni di dialogo, conduce spesso alla solitudine razionalmente inconsapevole ma che agisce in noi in modo subdolo.

### **Obiettivo**

Si intende, oltre a richiamare l'attenzione dei ricercatori professionali, portare un modesto contributo alla più ampia tematica delle indagini sociologiche sul tema in oggetto ovvero: 1. Verificare la presenza dei due fattori sociali (isolamento sociale e solitudine) nella popolazione/comunità di loro pertinenza; 2. Osservare come i due fattori sociali influenzano la salute e la qualità della vita delle persone che vengono alla loro osservazione; 3. Rilevare il rapporto esistente tra i due fattori sociali ed altri elementi sempre di carattere sociale come livello di reddito, grado di istruzione, ecc.; 4. Concorrere a ridurre l'incidenza e gli impatti negativi sulla salute dei due fattori sociali e di esaminare i modi per diffondere queste informazioni tra gli operatori sanitari.

### **Materiale e metodi**

Per il tema trattato si è ritenuto opportuno utilizzare una metodologia narrativa che viene raccomandata per la efficacia che mostra nell'analisi di svariati argomenti, dai racconti di malattia alle narrazioni identitarie, dallo studio dell'esperienza lavorativa a quello di genere e memoria.

La moderna sociologia tende sempre più a valorizzare la narrazione come processo di conoscenza peculiare che è attivato costantemente nella vita quotidiana; la "novità" risiede nel fatto che la narrazione diventa oggetto della sociologia e la disciplina stessa valorizza il suo uso sia come strumento di indagine scientifica, sia come modalità di conoscenza che come modalità di comunicazione. Non si mette più in dubbio la legittimità scientifica dell'ascolto della parola diretta degli individui sotto determinate condizioni. Una narrazione in sociologia è definita come tale nel momento in cui un narratore connette eventi in una sequenza (cronologica, logica, argomentativa) che sia consequenziale per le argomentazioni successive e per il significato che il parlante vuole comunicare a chi ascolterà la sua storia: gli eventi che sono considerati rilevanti dal professionista sono interpretati, selezionati, organizzati, connessi e resi significativi.

In tal modo assumono un carattere sia personale che sociale, in quanto consentono di trarre informazioni sul contesto nel quale l'intervistato ha vissuto le sue esperienze e il modo con cui le interpreta informa il ricercatore della cultura del mondo sociale nel quale è inserito.

L'indagine si è svolta tra i residenti nel V° VI° e VII° Municipio di Roma in quanto territorio afferente all'ospedale Vannini che hanno avuto accesso sia al Pronto Soccorso che nei reparti di degenza. Nell'arco di circa cinque anni il colloquio si è svolto con circa un centinaio di soggetti, tutti ultrasettantenni di ambo i sessi. Questa attività si è svolta in collaborazione con degli assistenti sociali dei menzionati Municipi. Al momento dell'incontro con la struttura sanitaria veniva messa in evidenza la dinamica sociale che si accompagnava allo stato di isolamento/solitudine.

### **Risultati e discussioni**

L'anamnesi sociale evidenziava la frequenza dell'isolamento sociale normalmente per mancanza di rapporti familiari ed amicali. Si trattava di soggetti con basso reddito, percettori di invalidità civile, e scarso livello di istruzione, e con pregressa attività lavorativa di tipo artigianale. In circa il 50% dei casi l'isolamento sociale è autoimposto in quanto il domicilio rappresentava tutto il loro mondo, trovando in esso i punti di riferimento. Ogni altra soluzione viene vissuta negativamente per perdita di consapevolezza del proprio stato clinico e psichico, non avvertendo, in questo caso, la sensazione di solitudine.

In circa il 50% dei casi venuti all'osservazione l'isolamento sociale è stato determinato da inaspettati dissidi familiari, acuiti nel tempo. All'isolamento sociale si accompagnava in questi casi il sentimento della solitudine legato alle condizioni di sofferenza per questi dissidi familiari, facendo spazio al sentimento della disillusione che isola sempre di più. Si sono riscontrati molti casi di pazienti ricoverati che hanno interrotto i rapporti anche con tutti i familiari compresi i loro figli. Spesso il trauma della solitudine comporta la perdita di fiducia in coloro (professionisti socio sanitari) che potrebbero migliorare la loro situazione.

Superare l'isolamento sociale e la sensazione di solitudine che è presente in questi soggetti diventa un impegno gravoso per il servizio sociale ospedaliero e territoriale. Le soluzioni assistenziali sono molto ridotte in quanto l'assistenza domiciliare diventa impossibile per la mancanza di un referente (familiare o badante) e ridotto numero di caregivers. Unica soluzione rimane il trasferimento in ambiente socializzante come le RSA. Si tratta di un intervento complesso in quanto si richiede una serie di colloqui di chiarificazione e sostegno per persuadere i soggetti ad accettare l'aiuto. Dal punto di vista amministrativo occorre istituire una pratica che tenga conto della situazione sanitaria e sociale del soggetto con l'acquisizione di più pareri tecnici attribuiti all'unità di valutazione territoriale della Asl di residenza del paziente.

Nel periodo della "reclusione" sociale dovuta alla pandemia tutti i ricoverati hanno lamentato che un grave stato di malattia di un congiunto non consentiva la presenza amorevole di un familiare. Quante domande si è posto l'ammalato: "perché mio figlio non viene a trovarmi?", "che cosa sarà successo ai miei familiari?" Si sono aiutati i ricoverati più anziani a fare le telefonate, talvolta si trattava di videochiamate, perché sentire la voce di chi si ama in certe circostanze finisce per essere l'unica cosa importante anche in termini di guarigione.

Una delle mansioni dell'assistente sociale ospedaliera è quella di curare le relazioni sociali del ricoverato; è un compito assunto anche prima dell'emergenza Coronavirus e che è stato esplicato in modo diverso nel corso della pandemia. Gli interrogativi più frequenti avanzati dai familiari, quali "soffrirà mio padre? Lo tratteranno bene?", domande altrettanto angosciose di quelli dei ricoverati, come ho potuto osservare, che riguardavano coloro che non avevano avuto la possibilità di essere di conforto, accompagnati dal timore di infettarsi loro stessi. Si creava una condizione di massima solitudine e isolamento, che raggiungeva il culmine allorché i parenti si vedevano consegnare la bara o un'urna come ultimo legame affettivo.

Ritengo che la funzione di comunicazione interpersonale ricoverato-familiari, che riduce la solitudine dei pazienti e dei familiari, sia stata la più significativa per gli Assistenti Sociali Ospedalieri insieme ai medici, infermieri, operatori socio-sanitari. Ciò è dimostrato dal fatto che questa attività è stata svolta all'interno dei presidi ospedalieri di tutta Italia.

Un'altra considerazione a proposito del fenomeno "isolamento e solitudine" è aver vissuto in un ospedale che aveva perso le proprie caratteristiche di luogo comunitario. L'Ospedale di solito pieno di un via vai di persone in attesa di visite, accertamenti o per assistere il proprio parente ricoverato appariva sia all'esterno che all'interno vuoto, spettrale, silenzioso.

Presso l'ospedale Vannini, dotato di Piattaforma Regionale COA (centrale operativa assistenziale) ove lavorano due assistenti sociali insieme ad una "bed manager", sono stati ricoverati 110 pazienti per infezione da Covid-19 (periodo marzo-maggio 2020). Nel 40% di questi casi si sono presentate difficoltà per la loro dimissione. Attraverso contatti per via telematica con strutture territoriali e colloqui telefonici con i parenti ed il personale sanitario, è stato possibile organizzare le dimissioni con un'adeguata destinazione per ognuno dei degenti a seconda dello stato clinico. In particolare: - n° 10 pazienti "clinicamente guariti" sono stati trasferiti in RSA per COVID positivi; - N° 8 pazienti "clinicamente guariti" trasferiti in alberghi sovvenzionati dalla Regione per COVID positivi; - N° 7 pazienti "guariti" sono ritornati al proprio domicilio con l'attivazione dell'assistenza domiciliare (CAD) e delle dimissioni protette; - N° 3 pazienti "guariti" trasferiti in casa di cura per praticare una riabilitazione respiratoria; - N° 11 pazienti "guariti" trasferiti in RSA per COVID negativi; - N° 2 pazienti "guariti" trasferiti in albergo.

Alla luce di quanto osservato, e per la "favorevole" circostanza (ai fini dello studio) delle misure di confinamento, si è rilevata la compresenza dei due fattori sociali (isolamento sociale e solitudine) in tutti i ricoverati esaminati. Inoltre ai noti fenomeni di disagio psicofisico legati al ricovero ospedaliero per patologie ordinarie si sono aggiunti per le misure di prevenzione del COVID ulteriori sofferenze come sopradescritto. La situazione contingente delle misure antivirale ha impedito ogni azione tendente a ridurre l'incidenza e gli impatti negativi sulla salute dei due fattori sociali. Sono mancati gli interlocutori (centri anziani, circoli ricreativi, ecc) con i quali si stabiliva una efficace collaborazione per la riduzione dell'isolamento sociale. Invece si sono intensificati i rapporti lavorativi tra gli operatori sanitari, interni ed esterni all'ospedale, per aumentare in tutti il livello di conoscenze per ridurre l'isolamento sociale.

Dott.ssa Paola Mattioli

Assistente Sociale Ospedale M. G. Vannini (già Assistente Sociale Ospedale Santo Spirito)