



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**La solitudine dell'anziano nella relazione
di cura: approccio infermieristico**

Relatore: Dottor
Francesco Riccardi

Tesi di Laurea di:
Ilaria La Torre

Correlatore: Infermiera
Antonella Silvestrini

A.A. 2020/2021

INDICE

1- INTRODUZIONE	1
2- OBIETTIVO	3
3- MATERIALI E METODI	4
4- RISULTATI	5
4.1- La solitudine dell'anziano nella relazione di cura	6
4.2- Riconoscere la solitudine	9
4.3- Interventi infermieristici	13
4.4- Diffondere sensibilità ed attenzione alla solitudine.....	16
5- DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	19
BIBLIOGRAFIA	25

1- INTRODUZIONE

La relazione fra l'assistito ed i componenti dell'équipe sanitaria influenza in maniera determinante il processo di guarigione di una persona.

L'infermiere, nella pratica clinica non si limita ad operare attingendo alle proprie competenze cognitive e gestuali, ma interagisce attraverso competenze relazionali che possano supportare i malati, anche a livello emotivo.

Una comunicazione non efficace tra infermiere e assistito conduce inevitabilmente al fallimento del processo assistenziale, con conseguenze negative per la salute della persona.

Uno studio Delphi condotto dall'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), organizzazione internazionale con la mission di definire standard globali per misurare gli esiti delle cure erogate alla popolazione geriatrica, ha fatto emergere come le misure di esito raccomandate, correlate al grado di partecipazione al processo decisionale di cura da parte dell'assistito, siano l'umore e la salute emotiva, l'isolamento e la solitudine, l'autonomia nelle attività di vita quotidiane, la politerapia medica e il verificarsi di cadute durante l'ospedalizzazione.

Tra questi, la solitudine e l'isolamento sociale sono determinanti di salute fondamentali, molto spesso sottovalutati, sia da un punto di vista sociale sia sanitario, sempre più presenti nella vita di tutti i giorni. Sicuramente sono stati aggravati dalla recente situazione provocata dalla pandemia di Covid-19. La solitudine rappresenta infatti un fattore di rischio associabile ad ogni causa di mortalità studiata e la mancanza di connessioni sociali aumenta il rischio di morte anticipata (A. Pesce, 2020).

La solitudine si manifesta o si accentua in situazioni esistenziali anomale rispetto alla normalità della vita quotidiana, come spesso accade durante un ricovero in ambiente sanitario. In ospedale, infatti, viene persa la rete di relazioni sociali e da ciò scaturisce un bisogno più frequente di dialogo con gli operatori, che è una delle richieste che le istituzioni sanitarie soddisfano con più fatica.

Il termine solitudine è profondamente connesso alla necessità di "comunicare", di "entrare in relazione con", in quanto sono le relazioni sociali che fanno sentire la persona partecipe di un contesto e solo queste possono attenuare il sentimento di solitudine (G. Gori, 2018).

Negli ultimi anni l'attenzione che si è sviluppata in questo campo ha messo in luce come in particolari condizioni di fragilità, come l'anzianità, la persona sia ancora più esposta al rischio di affrontare con pochi supporti le proprie vicende di salute.

Allo scopo di evitare sofferenze inutili agli anziani, gli operatori sanitari dovrebbero soddisfarne i bisogni esistenziali. Le ricerche mostrano che il personale infermieristico vorrebbe prestare attenzione a questi bisogni di base, ma risulta difficile trovare tempo e spazio sufficienti, pertanto i professionisti sono costretti a concentrarsi maggiormente sulle procedure tecnico-assistenziali che sulle relazioni con gli anziani e i rispettivi parenti (M. Sundström et al, 2018).

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce "salute" lo "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità" (OMS, 1948). Il benessere mentale e sociale dovrebbe essere quindi considerato un diritto di base della persona.

Durante alcune esperienze di tirocinio sono stata colpita dall'aura di solitudine che circondava alcuni assistiti anziani ricoverati in diverse unità operative ospedaliere e mi sono chiesta come poterne alleviare il carico emotivo; con questo elaborato vorrei pertanto approfondire il tema della solitudine, al fine di dimensionarlo e individuare le strategie infermieristiche per non farli sentire soli.

2 - OBIETTIVO

L'elaborato di tesi si propone, attraverso la revisione della letteratura, di:

- indagare il fenomeno della solitudine dell'anziano in ospedale, relativamente alle caratteristiche ed alla diffusione;
- ricercare strumenti che possano valutare il grado di solitudine;
- individuare gli interventi infermieristici che possano rispondere al bisogno dell'anziano di non sentirsi solo nella relazione di cura;
- diffondere nella comunità infermieristica la sensibilità e l'attenzione al problema della solitudine all'interno delle strutture ospedaliere, al fine di trasformare questa consapevolezza in una premessa per migliorare le capacità di risposta verso chi ne soffre.

3 – MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura, attraverso la ricerca bibliografica effettuata sulle banche dati PubMed e Cinhal. Sono stati impostati i seguenti filtri:

- anno di pubblicazione non antecedente al 2012
- lingua inglese o italiano
- full text

Le parole chiave sono state individuate tramite il seguente schema PICO:

Problema	Intervento	Comparazione	Outcome
La solitudine dell'anziano in ospedale	Utilizzo di "scale della solitudine" e di strategie per instaurare una relazione terapeutica soddisfacente	Mancata rilevazione del bisogno relazionale dell'assistito	Migliore qualità del percorso di cura percepita dall'assistito

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: "Loneliness", "Hospitals" , "Older adults", separate dall'operatore booleano AND.

Sono state inoltre consultate specifiche riviste italiane, come il "Giornale di gerontologia" (Organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) e "L'Arco di Giano" (prima rivista in Italia di Medical Humanities).

La ricerca ha prodotto n. 633 articoli, di cui n. 17 inclusi sulla base della pertinenza.

4 – RISULTATI

Gli articoli inclusi dalla ricerca bibliografica, sono riassunti nella seguente tabella delle evidenze:

n°	TITOLO ARTICOLO	AUTORE/I	ANNO DI PUBBLICAZIONE	FONTE
1	Healthcare professionals' perceptions of loneliness amongst older adults: A qualitative study	Dobarrío-Sanz, I., Ruiz-González, C., Fernández-Sola, C., Roman, P., Granero-Molina, J., & Hernández-Padilla, J. M.	2021	International journal of environmental research and public health, 18(22), 12071
2	Battling Loneliness: The American Geriatrics Society's CoCare: Hospital Elder Life Program	Helfand, B. K., Webb, M., Inouye, S. K., & Gartaganis, S. L.	2020	Generations, 44(3), 1-6
3	Solitudine nella relazione di cura: un concetto dimenticato tra i fondamenti di cura	Pesce, A.	2020	L'Infermiere N° 6 – 2020
4	Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report	Donovan, N. J., & Blazer, D.	2020	The American Journal of Geriatric Psychiatry, 28(12), 1233-1244
5	Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals	Sundström, M., Edberg, A. K., Rämgård, M., & Blomqvist, K.	2018	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 13(1), 1474673.
6	The complexity of loneliness	Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J.	2018	Acta Bio Medica: Atenei Parmensis, 89(2), 302
7	Loneliness in professional caring relationships, health, and recovery	Karhe, L., Kaunonen, M., & Koivisto, A. M.	2018	Clinical Nursing Research, 27(2), 213-234
8	La cura richiede una rete	Gori, G.	2018	L'Arco di Giano n°98
9	La solitudine del Pronto Soccorso	Paolillo, C.	2018	L'Arco di Giano n°98
10	La solitudine in Ospedale	Mossello, E., Maria Nigro F., Marchionni N.	2018	L'Arco di Giano n°98
11	Solitudine e fragilità	De Leo D.	2018	L'Arco di Giano n°98

	dell'anziano			
12	La solitudine in riabilitazione	Pozzi, C., Lanzoni, A., Bonomi, M.	2018	L'Arco di Giano n°98
13	Solitudine e Salute. Considerazioni	Bianchetti, A.	2018	L'Arco di Giano n°98
14	Verso il domani dei servizi sanitari. Comunità, macchine, solitudine	Rozzini, R., Trabucchi, M.	2018	L'Arco di Giano n°98
15	Loneliness, depression and cognitive function in older US adults	Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M.	2017	International journal of geriatric psychiatry, 32(5), 564-573
16	Development and validation of the caring loneliness scale	Karhe, L., Kaunonen, M., & Koivisto, A. M.	2016	Journal of Nursing Measurement, 24(3), 114E-129E
17	Trying to cope with everyday life—Emotional support in municipal elderly care setting	Pejner, M. N., Ziegert, K., & Kihlgren, A.	2012	International journal of qualitative studies on health and well-being, 7(1), 19613

Tab. 1- Tabella delle evidenze

4.1 LA SOLITUDINE DELL'ANZIANO NELLA RELAZIONE DI CURA

La popolazione ultrasessantacinquenne conta in Italia 13 milioni 923mila persone a inizio 2021 (+64 mila rispetto al 2020) e costituisce il 23,5% della popolazione totale (nel 2021 era il 23,2%). Nello specifico degli ultraottantenni, più colpiti dalla supermortalità dovuta alla pandemia di COVID-19, si riscontra comunque un incremento (+61 mila) che li porta a 4 milioni 480mila, a rappresentare il 7,6% della popolazione totale (Report Istat, Maggio 2021).

Se il processo di invecchiamento della popolazione è evidente ed il numero di persone anziane fragili che richiedono cure e attenzioni al Sistema Sanitario cresce in modo esponenziale, sofferenza, distacco dalla quotidianità, ambiente estraneo, lontananza dai familiari, delirium e peggioramento dello stato di salute, generano solitudine nei ricoverati in ospedale (C. Paolillo, 2018).

Il ricovero in ospedale provoca una frattura inaspettata della quotidianità andando a costituire di per sé una condizione ad elevato rischio di solitudine, in particolare nelle persone anziane. Infatti il 75% degli anziani ricoverati con malattie croniche sperimenta la sensazione di sentirsi solo, riferendo emozioni come tristezza, ansia e rabbia. Il cambiamento del proprio stato di salute in malattia si verifica in contemporanea all'allontanamento dal proprio domicilio, considerato per l'anziano un luogo sicuro, all'abbandono delle proprie abitudini e spesso anche dell'autonomia. La persona è infatti costretta ad adattarsi ai ritmi dell'unità operativa di degenza, alle limitazioni dello spazio personale e alla riduzione della propria intimità (E. Mosello et al, 2018).

La solitudine che si prova in ospedale è principalmente psicosociale perché viene persa, temporaneamente, la rete di relazioni sociali con amici e familiari. La persona si ritrova quindi costretta ad impegnarsi in un lavoro intrapsichico di accettazione e di adattamento, affidandosi completamente al personale sanitario. La stessa parola "ricovero" in un anziano, soprattutto quando si parla di un ricovero urgente ed inaspettato, provoca paura. La paura è riferita da molti anziani all'inizio del ricovero, soprattutto quando, per svariati motivi, non hanno consapevolezza della causa per la quale si trovano lì. Quindi le sensazioni iniziali che scaturiscono sono estraneità e destabilizzazione, che possono andare a generare uno stato confusionale largamente diffuso: il delirium (G. Gori, 2018).

Il delirium è uno specifico elemento di solitudine, in quanto rende fortemente marcata la distanza tra l'assistito, la realtà che lo circonda e gli operatori sanitari. Questa condizione riguarda quasi un quarto degli anziani ricoverati, e può essere associata a un peggioramento delle condizioni cliniche fino anche a una prognosi infausta (E. Mosello, 2018).

Dall'avvento del COVID-19, i tassi di delirio sono aumentati fino al 70%. Pertanto, è diventato sempre più importante proteggere la popolazione anziana, concentrando gli sforzi sulla priorità di prevenzione del delirio e contemporaneamente sul trattare la solitudine come un risultato chiave per la salute e la longevità (B. KI Helfand et al, 2020).

La solitudine degli anziani è multifattoriale, poiché è generata dalla combinazione di fattori sociali esterni e condizioni personali interne. È un'esperienza soggettiva che può

innescare diversi meccanismi di coping andando ad influenzare la salute della persona (I. Dobarrio-Sanz et al, 2021).

È caratterizzata da uno stato d'animo con connotazione negativa che viene percepito quando c'è una dissonanza tra le relazioni che si vorrebbero avere e quelle che invece si possiedono nella realtà. Riguarda la qualità del tempo che si passa con una persona e non la quantità. La persona sola sente di non essere capita e quindi si chiude in se stessa, provando difficoltà nel condividere i propri pensieri e le proprie esperienze di vita in quanto percepisce di non essere più socialmente interessante (D. De Leo, 2018).

La solitudine così intesa, può essere definita quindi come uno stato d'animo causato dalla percezione di relazioni interpersonali carenti. Sugli anziani ha un impatto molto significativo, perché è causa di gravi morbilità. Nonostante questo vi è grande difficoltà nell'identificare questo problema. Uno dei modi attraverso cui gli anziani manifestano solitudine e bisogno di attenzioni è la somatizzazione: è un fenomeno che si verifica quando la persona cerca ripetutamente assistenza sanitaria, presenta sintomi e disagio significativi, ma non vi sono prove biologiche di patologia. Spesso le persone che vivono la solitudine richiedono assistenza per essere semplicemente viste da qualcuno che possa ascoltarli e identificarne i bisogni; cercano aiuto per interagire con un'altra persona e per sentirsi in parte compresi nel sentimento di malattia. Molti anziani riferiscono di sentirsi depressi, trascurati o demotivati durante il ricovero. La necessità di comunicare e riempire il vuoto della solitudine si palesa a livello fisico, ed è usata come metodo per connettersi con l'ambiente in cui si trovano cercando di evitare che la propria anima diventi sola (I. Dobarrio-Sanz et al, 2021) .

La solitudine esistenziale è una sensazione che fa sentire la persona disconnessa dal mondo, persa, senza uno scopo; insorge quando si sente poco compresa all'interno del contesto in cui si trova, tanto più in momenti di incertezza e angoscia quali appunto una malattia o un ricovero ospedaliero (M. Sundström et al, 2018).

La solitudine in ambito clinico viene interpretata come la mancanza di soddisfacenti relazioni umane con il personale sanitario; ad oggi viene spesso sottovalutata, sia da un punto di vista sanitario sia sociale, ed è quindi presumibile che le ripercussioni sulla salute mentale, correlate al ricovero degli anziani, siano in aumento poiché correlate ad essa. I professionisti sanitari hanno osservato la solitudine esistenziale tra gli anziani in vari modi e situazioni, rilevando sentimenti quali tristezza, abbandono, ansia, paura,

vulnerabilità e isolamento. Gli anziani hanno la necessità di parlare del proprio vissuto, di quello che succederà, del temuto esito infausto del ricovero. Se questi pensieri o riflessioni esistenziali non vengono espressi e riconosciuti, nell'assistito può nascere ansia o solitudine (A. Pesce, 2020).

I risultati di uno studio qualitativo condotto dall'Università di Malmö, in Svezia, che mirava ad esplorare le esperienze di solitudine degli assistiti anziani con i quali gli operatori sanitari entravano in contatto, hanno mostrato come i professionisti sono riusciti ad identificare le persone anziane che erano in grado di esprimere il proprio sentimento di solitudine e angoscia, mentre il compito risultava più complesso in quegli assistiti che cercavano di mascherare il proprio sentire; i professionisti quindi devono essere attenti ai segnali e essere aperti al confronto. Frankl (2006) ha affermato che il senso della vita debba essere trovato da ogni individuo e che sia in costante e incessante cambiamento, in particolar modo durante l'invecchiamento, quando le riflessioni su questioni esistenziali sono più comuni. Questo aspetto è infatti fondamentale e non dovrebbe essere trascurato nelle persone anziane proprio perché sottovalutandolo si rischia di non soddisfare al meglio i loro bisogni. È quindi importante riconoscere la rilevanza delle questioni esistenziali nella relazione di cura al fine di fornire assistenza di buona qualità e sostenere il benessere delle persone anziane (M. Sundström et al, 2018).

4.2 RICONOSCERE LA SOLITUDINE

Per poter rendere i componenti dell'équipe più attenti a tutti gli aspetti psicologici dell'assistito, sarebbe opportuno creare un percorso identificativo apposito attraverso l'utilizzo di strumenti adeguati per valutare la solitudine, riuscendo così ad individuare prontamente qual è lo stato d'animo della persona e quindi avere un obiettivo specifico, correlato agli effettivi bisogni dell'assistito (C. Pozzi et al, 2018).

Sono state sviluppate molteplici scale di misurazione per valutare la solitudine e i relativi aspetti strutturali, funzionali e qualitativi riguardanti il campo delle connessioni sociali. La maggior parte consistono in questionari di autovalutazione implementati e utilizzati a scopo di ricerca:

- Il Berkman-Syme Social Network Index è una scala ampiamente utilizzata che misura il livello di isolamento o integrazione sociale basata su quattro domini: stato civile, frequenza dei contatti con altre persone, partecipazione ad attività religiose e ad altri gruppi comunitari. È stata principalmente formulata per valutare l'integrazione dell'anziano con la famiglia e gli amici. Questa scala è stata raccomandata anche per la sua inclusione all'interno della cartella infermieristica elettronica, da un comitato dell'Istituto di Medicina nel 2014, allo scopo di identificare gli anziani socialmente isolati nelle pratiche sanitarie.
- Steptoe Social Isolation Index è un'altra scala che valuta il livello di isolamento sociale. È una scala a cinque voci che include: stato civile, contatti mensili con amici e parenti e la partecipazioni a gruppi.
- La scala de Jong Gierveld Loneliness è un questionario autosomministrato a undici voci che viene utilizzato per misurare la solitudine percepita. Questa è stata anche adattata, attraverso una versione più breve a sei voci, per valutare la solitudine emotiva e sociale.
- La Duke Social Support Index è una scala multidimensionale che misura l'utilizzo dei social network, le interazioni sociali, il supporto sociale percepito.
- L'UCLA Loneliness Scale è un questionario di venti items che valuta la solitudine percepita. È una delle più utilizzate avendo buona affidabilità e validità per misurare la solitudine percepita in popolazioni diverse. Una versione abbreviata a tre voci di questa scala è ampiamente utilizzata nella ricerca per identificare gli anziani soli (J. Nancy et al, 2020).

La solitudine esistenziale che l'anziano percepisce in ospedale non può però essere correttamente rilevata attraverso le scale di solitudine unidimensionali o multidimensionali sopra elencate, perché queste si concentrano maggiormente sulla solitudine vissuta al domicilio e in ambito sociale. Non esistevano infatti scale progettate per misurare le esperienze di solitudine degli assistiti in una relazione di cura professionale, prima dello sviluppo e della validazione della Caring Loneliness Scale (CARLOS). La scala è stata approvata e validata nel 2016 con una analisi statistica condotta dall'Università di Tampere in Finlandia. La Caring Loneliness Scale differisce dalle altre scale in quanto è stata progettata sulla base di uno studio qualitativo con lo

scopo di misurare le esperienze di solitudine in una relazione di cura professionale. Questa scala può essere utilizzata nella pratica infermieristica (L. Karhe et al, 2016).

In uno studio successivo è stata utilizzata la Caring Loneliness Scale per studiare la solitudine come fenomeno relazionale in un rapporto di cura tra assistito e infermiere e/o medico. Sono stati individuati ventiquattro items, raggruppati in quattro ambiti, nei quali viene chiesto agli assistiti di descrivere quanto spesso hanno sperimentato lo stato descritto, attraverso un punteggio da uno a cinque (il punteggio uno significa mai; due significa raramente; tre significa a volte; quattro significa spesso; cinque significa sempre)

I quattro ambiti sono:

1. Personalizzazione delle cure e spirito di comprensione (che consta di nove items)
2. Dialogo (che consta di cinque items)
3. Condivisione delle informazioni e ascolto delle emozioni (che consta di quattro items)
4. Coinvolgimento nella relazione terapeutica (che consta di cinque items)

Il primo ambito è determinante per delineare il tipo di rapporto che si è venuto a creare con i professionisti; contiene al suo interno domande inerenti all'eventuale difficoltà di avere contatto con i professionisti, sulla loro effettiva collaborazione, sulla disponibilità a prestare aiuto, sulla considerazione dell'individualità della persona, sulla comprensione e sull'attuazione di cure personalizzate.

Il secondo ambito riflette le esperienze legate al dialogo, relativamente alla possibilità di parlare e essere ascoltato, di chiedere informazioni e di ricevere risposte soddisfacenti, di essere trattato in modo rispettoso.

Il terzo ambito indaga la frequenza con cui l'assistito trova difficoltà nel condividere sentimenti, emozioni ed esperienze.

Il quarto ambito chiede se l'assistito si sente costretto a nascondere i propri sentimenti, un peso per il professionista, evitato ed ignorato.

Questo studio descrittivo è stato il primo ad utilizzare una scala per esplorare le esperienze di solitudine degli assistiti in una relazione di cura. Considerando che la solitudine è un tema difficile da esprimere e che gli assistiti sono spesso scoraggiati a parlarne, la scala CARLOS costituisce uno strumento utile con cui poter affrontare in

modo esaustivo questo delicato argomento, mettendo in evidenza il ruolo chiave che gli operatori sanitari hanno nella prevenzione della solitudine e offrendo opportunità per migliorare l'esperienza degli assistiti sulla qualità dell'assistenza (L. Karhe et al, 2018).

TABELLA 2. Caring Loneliness Scale

	1 NEVER	2 RARELY	3 SOMETIMES	4 OFTEN	5 ALWAYS
NO PERSONALIZED CARE AND UNDERSTANDING					
UNABLE TO REACH PROFESSIONAL					
NO COOPERATION WITH PROFESSIONAL					
NO ACCESS TO HELP NEEDED					
NOT BEING TREATED AS A WHOLE					
NOT BEING TREATED AS AN INDIVIDUAL					
NOT BEING UNDERSTOOD					
SENSE OF BEING TREATED AS IF ON A CONVEYOR BELT					
NOT BEING CARED FOR					
BEING FORCED TO DEFEND ONESELF					
NO DIALOGICAL ENCOUNTER					
NOT EASY TO TALK					
NOT BEING MET AS A HUMAN INDIVIDUAL					
NOT BEING HEARD					
RECEIVING NO ANSWERS					
NOT BEING TREATED WITH RESPECT					
NO SHARING					
NO CHANCES TO SHARE FEELINGS					

NO CHANCES TO SHARE EXPERIENCES					
NO CHANCE TO DISCUSS					
NO ACCESS TO SUFFICIENT INFORMATION					
OUTSIDER IN RELATIONSHIP					
BEING FORCED TO HIDE FEELINGS					
BEING A BURDEN TO PROFESSIONAL					
BEING IGNORED					
BEING AT THE MERCY OF PROFESSIONAL					
SEEKING ANSWERS TO QUESTIONS FOR ONESELF					
BEING AVOIDED BY PROFESSIONAL					

4.3 INTERVENTI INFERMIERISTICI

Un fattore determinante nella relazione di cura è la fiducia dell'assistito. L'infermiere per poter creare un rapporto di fiducia deve essere in grado di instaurare un dialogo con l'assistito focalizzandosi sulla persona, mettendola al centro della relazione.

L'infermiere non deve solo stabilire un rapporto di fiducia, ma riuscire a mantenerlo attraverso continue interazioni positive. Per fare questo è necessario impegnarsi in conversazioni che rispettino e comprendano i bisogni della persona, considerando che il cambiamento ambientale e il più lieve peggioramento delle condizioni cliniche, possono causare stress psicologico e paura nell'anziano. La conoscenza e la fiducia dell'assistito permettono di avere la sua collaborazione al piano terapeutico e questo consente di attuare attività in modo efficace e sicuro (A. Pesce, 2020).

I partecipanti a uno studio qualitativo descrittivo condotto in Spagna hanno evidenziato come sia necessario un cambiamento di atteggiamento da parte dei professionisti della salute e della società riguardo alla solitudine e come sia di

fondamentale importanza aumentare le risorse per poter cercare di risolvere o quantomeno diminuire il problema dell'abbandono e della solitudine degli anziani. I professionisti parlano soprattutto di mancanza di tempo, pianificazione, personale e mancanza di formazione necessaria sull'approccio alla solitudine. Sottolineano anche quanto sia importante la collaborazione tra i componenti dell'équipe per poter fornire un supporto adeguato e multidimensionale (I. Dobarrio-Sanz et al, 2021).

Gli operatori sanitari di tutte le professioni e contesti assistenziali dovrebbero riuscire a soddisfare le preoccupazioni esistenziali degli anziani per cercare di evitare l'ulteriore sofferenza causata dalla solitudine. Empatia, compassione, apertura mentale, capacità di ascoltare sono le caratteristiche fondamentali per riuscire a superare le barriere che vengono percepite dalla persona assistita. Quando la barriera però è la paura stessa dei professionisti, questa deve essere prima superata attraverso coraggio e consapevolezza di sé, per poter poi affrontare qualsiasi problema esistenziale che la persona anziana sente il bisogno di condividere con loro. Un modo per superare questa barriera è la condivisione e riflessione con gli altri componenti dell'équipe. A seconda di come il professionista affronta l'ostacolo, l'incontro potrà migliorare o peggiorare la relazione con l'assistito. Le relazioni soddisfacenti che vengono riferite dagli anziani sono quelle che si instaurano con professionisti competenti, interessati, rispettosi, aperti e positivi, che riescono quindi a trasmettere un maggior senso di benessere alla persona (M. Sundström et al, 2018).

Oltre al reale ascolto, è molto efficace e di conforto all'assistito, l'associazione di un linguaggio non verbale: vicinanza fisica, sguardo diretto agli occhi, l'uso del tatto e del contatto come scaldare le mani, inumidire le labbra e aiutare a cambiare la posizione a letto.

Svolge un ruolo determinante anche l'organizzazione del reparto: un reparto aperto, come sono organizzati da molti anni alcune unità operative di Geriatria, fa in modo che un familiare o un amico possa essere presente durante la giornata, facendo sentire meno solo l'assistito (G. Gori, 2018). Una recente meta-analisi degli studi di intervento disponibili ha fatto emergere che nelle Terapie Intensive "aperte", il ricoverato risultava meno ansioso e più tranquillo, riducendo anche l'insorgenza di delirium. Lo stesso studio ha però messo in evidenza come questo modello organizzativo potrebbe aumentare il carico di lavoro all'interno dell'unità operativa. Quindi il cambiamento

non deve essere considerato banale, ma deve essere integrato con un aumento di consapevolezza e di competenza relazionale da parte degli operatori (E. Mossello et al, 2018).

Studi recenti portano prove a sostegno del fatto che ci sia una correlazione positiva tra occupazione e solitudine. È dimostrato infatti che la terapia occupazionale svolge un ruolo importante nel prevenire l'isolamento prima che esso si instauri. Ciò ovviamente è possibile solo se il terapeuta occupazionale è inserito all'interno di un'équipe interdisciplinare solida, professionale e capace di lavorare in sintonia (C. Pozzi et al, 2018).

Una possibile strategia per ostacolare la solitudine in ambiente ospedaliero, considerando la mancanza di tempo evidenziata da molti professionisti, può essere l'appoggio di associazioni di volontariato. In Italia una di queste che interviene in ambiente ospedaliero, concentrandosi sulla solitudine connessa al ricovero, è l'A.V.O (Associazione Volontari Ospedalieri). La "missione" di questa associazione è quella di dedicare tempo ai malati, per aiutarli ad affrontare momenti di solitudine e sofferenza durante la degenza. Un'altra associazione a cui possiamo fare riferimento è l'I.A.A (Interventi Assistiti con Animali), con linee guida emanate dal Ministero della Salute. Questa associazione trova impiego principalmente in strutture dove la degenza è più lunga e impegnativa, come centri oncologici o di cure palliative. L'utilizzo di queste associazioni ha dimostrato miglioramenti delle condizioni psicofisiche degli ammalati, in quanto riuscivano a spostare l'attenzione dal proprio stato di malattia, concentrandosi sulla condivisione di vissuti personali che venivano evocati o dall'animale o dal volontario durante il dialogo (G. Gori, 2018).

Il programma CoCare:HELP dell'American Geriatrics Society (AGS) propone un programma modello per ottimizzare l'assistenza degli anziani in ambiente ospedaliero, presentando metodi integrati per combattere la solitudine sempre attraverso l'impiego di volontari. I volontari vengono affiancati e osservati dagli infermieri mentre effettuano gli interventi e devono completare delle liste di controllo sulle competenze base del programma prima di poter lavorare in modo indipendente. Forniscono assistenza durante la deambulazione, la mobilità, attività terapeutiche e durante i pasti. I volontari danno la priorità al comfort e al benessere emotivo della persona anziana intervenendo nella prevenzione della solitudine, che viene riferita dagli assistiti come mancanza di

socializzazione durante il ricovero. Si concentrano sul coinvolgimento di un'unica persona dedicandole il tempo che spesso il personale sanitario non ha a causa delle numerose ulteriori attività infermieristiche da attuare nell'unità operativa. I volontari forniscono un volto amichevole con il quale la persona può ricordare e condividere storie del proprio vissuto, soprattutto quando non ha visitatori, integrando le attenzioni ricevute dal personale sanitario. È stato sviluppato anche un kit di strumenti, in modo da poter adattare il programma anche durante il periodo di pandemia COVID-19, che il personale può distribuire ai degenti durante il ricovero, tra cui troviamo schede per esercizi di movimento, puzzle stampati, attività terapeutiche e ausili per il sonno notturno. Attraverso sondaggi che sono stati distribuiti a famiglia e assistiti, questo programma ha dimostrato un tasso di soddisfazione del 95%, perciò potrebbe essere adottato dai Sistemi Sanitari per aiutare gli anziani ricoverati a combattere la solitudine (B. KI Helfand et al, 2020).

Possiamo dedurre quindi che l'ascolto, un ambiente di cura che favorisca l'adattamento dell'assistito e la socializzazione, un'organizzazione assistenziale che metta il benessere della persona davanti all'efficacia produttiva, siano dei concetti da riacquisire nella pratica infermieristica e sui quali soffermarsi per migliorare il percorso assistenziale dell'anziano (E. Mossello et al, 2018).

4.4 DIFFONDERE SENSIBILITÀ ED ATTENZIONE ALLA SOLITUDINE

Incrementare la consapevolezza riguardo al problema della solitudine è sicuramente importante. A tale scopo il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP), nel 2018 a Modena, ha approvato l'istituzione della giornata nazionale di lotta alla solitudine dell'anziano. Questa iniziativa ha fatto sì che il 15 Novembre venisse riconosciuto come la giornata per sensibilizzare l'opinione pubblica e gli operatori sanitari sul bisogno di intervenire, attraverso azioni adeguate, per contrastare la gravità del fenomeno e le sue ripercussioni sulla popolazione anziana. "Un piccolo passo verso un grande obiettivo" (D. De Leo, 2018).

Successivamente il comitato dell'Accademia nazionale di scienza, ingegneria e medicina della Duke University in North Carolina, ha individuato cinque obiettivi per il Sistema Sanitario con lo scopo di combattere la solitudine degli anziani. Questi obiettivi per prima cosa ponevano il focus sull'individuazione di strategie efficaci di valutazione della solitudine, in quanto molto spesso viene ignorata perché non compresa; altro punto fondamentale è iniziare a tradurre la ricerca attuale in pratiche infermieristiche efficaci che possano contrastare il sentimento di isolamento, migliorando anche la consapevolezza degli operatori, rafforzando l'istruzione e promuovendo la formazione continua (N. J. Donovan et al, 2020).

Alcuni aspetti fondamentali della professione infermieristica possono essere appresi solo con l'esperienza. Esperienza che riguarda non solo le procedure tecniche, ma anche la condivisione affettiva ed emotiva del vissuto nel proprio lavoro. La condivisione emotiva all'interno di un'équipe è importante, favorendo una crescita formativa sia per quanto riguarda l'apprendimento nozionistico, sia per quanto riguarda lo sviluppo emotivo. Unire la pratica professionale con la dimensione emotiva permetterebbe di dare valore aggiunto alle cure assistenziali, in quanto il bene relazionale è una caratteristica fondamentale dei rapporti umani, a cui in questo caso si aggiungerebbe la specificità dei ruoli e le diverse responsabilità e competenze, andando a definire insieme l'ambito professionale in cui la persona nel ruolo di assistito incontra la persona nel ruolo di infermiere.

Sarebbe doveroso incrementare un rinnovo culturale sulla percezione che la società ha dell'anzianità, in modo da permettere una maggior consapevolezza dello status di anziano, permettendo alla persona di accettare se stesso e di essere accettato dalla comunità (C. Pozzi, 2018).

Il problema dell'anziano solo è stato individuato anche nel momento dell'accesso in Pronto Soccorso. È importante sin dalle prime ore d'ingresso in ospedale riuscire ad individuare i segnali aspecifici che ci fanno pensare a uno stato di solitudine pregresso già al domicilio, in modo tale da riuscire a pianificare un'assistenza che tenga conto sia della clinica che dello stato emotivo dell'anziano già dal triage (C. Paolillo 2018).

Uno studio condotto da Norell Pejner, Ziegert e Kihlgren (2012) sulle esperienze di solitudine vissute dagli operatori sanitari, ha evidenziato che sebbene gli operatori ritenessero importante riconoscere i segnali di solitudine e provvedere al supporto

emotivo, spesso le condizioni di lavoro non lo consentivano. Contemporaneamente ha fatto emergere il dispiacere degli operatori che a causa di mancanza di tempo non riuscivano ad alleviare la sofferenza degli assistiti. Quindi risulta importante e necessario diffondere queste considerazioni per sviluppare interventi a supporto degli operatori e degli anziani (M. N. Pejner et al, 2012).

Per migliorare la qualità dell'assistenza devono essere quindi esplicitate sia le barriere che vengono percepite dagli anziani, sia il sentimento di dispiacere che insorge negli operatori, in modo tale da andare ad evidenziare il ruolo fondamentale che questi ultimi potrebbero avere nella relazione di cura (M. Sundström, 2018).

5- DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il problema della solitudine è recentemente salito all'attenzione dell'opinione pubblica e dei governi: nel Regno Unito è stato istituito nel 2018 il ministero della solitudine, in Giappone nel 2021. Sono sempre più numerose le persone che ne soffrono e le conseguenze non si limitano ai vissuti soggettivi ma si trasformano in fattori di rischio per molte malattie gravi, quali la depressione e la demenza, interferendo in maniera negativa con i percorsi clinico-assistenziali e causando inoltre mortalità precoce.

Nel corso dell'elaborato di tesi è stato delineato il fenomeno della solitudine e delle sue dinamiche, focalizzando l'obiettivo sulla persona anziana in un momento particolare della propria vita: il ricovero ospedaliero. Sono stati quindi ricercati e proposti strumenti per identificare e dimensionare la condizione, nonché interventi infermieristici che possano far sentire l'anziano meno solo nel contesto ospedaliero. La solitudine non è sola: ha per compagno il dolore e porta con sé il rischio di compromettere i risultati attesi dell'intervento di cura.

L'infermiere rappresenta il fulcro dell'assistenza, è colui che sta maggiormente vicino alla persona accompagnandola durante tutto il percorso clinico-assistenziale; interagisce attraverso competenze relazionali a supporto dei malati anche a livello emotivo. Una comunicazione non efficace tra l'assistito e i componenti dell'équipe influenza in maniera determinante il processo di guarigione della persona, portando spesso al fallimento del processo assistenziale. La persona deve essere resa partecipe, trattata in modo rispettoso e devono essere ascoltate le sue preoccupazioni, adoperandosi per rassicurarla. Sono pertanto di fondamentale importanza le competenze relazionali a livello emotivo che possano condurre la comunicazione verso un reale rapporto di fiducia, in modo tale che l'assistito sia in grado consapevolmente di scegliere, consigliato dai professionisti dell'équipe, il proprio percorso di cura, favorendo così anche la guarigione.

La fiducia è un fattore determinante, permette di instaurare una relazione valida, attraverso la quale l'assistito si sente soddisfatto, percependo il rispetto del professionista sanitario. Un rapporto di fiducia permette di superare quelle barriere che spesso vengono poste dagli assistiti che, non sentendosi capiti, si chiudono in se stessi non esprimendo le proprie paure o preoccupazioni.

Incapacità di condividere i pensieri, le esperienze di vita e la sensazione di non essere più socialmente interessanti, fanno sì che la persona si senta sempre più isolata. Sofferenza, distacco dalla quotidianità, ambiente estraneo, lontananza dai familiari, delirium e peggioramento dello stato di salute, generano solitudine nei ricoverati in ospedale, principalmente negli anziani.

Il ricovero è di per se una condizione a rischio di solitudine in quanto isola la persona dal proprio ambiente sicuro e dai propri ritmi abituali, tanto più nell'attuale contesto pandemico in cui i contatti con familiari e amici sono assenti o fortemente ridotti e l'anziano si ritrova "solo con i sanitari". La stessa parola ricovero in un anziano fa nascere paura e senso di ignoto. La solitudine che il ricoverato prova in ospedale è multifattoriale, perché è generata da una combinazione di fattori sociali esterni e condizioni personali interne. Insorge quando c'è una dissonanza tra le relazioni che si vorrebbero avere e quelle che invece si possiedono nella realtà. Gli operatori sanitari hanno difficoltà ad identificare questo fenomeno perché spesso gli anziani, sentendosi incompresi, si isolano in se stessi cercando di non far trasparire quello che stanno provando.

In primo luogo risulta necessaria una maggiore conoscenza del fenomeno per avere la capacità di riconoscere i campanelli d'allarme e, allo stesso tempo, l'implementazione di strumenti e interventi che facilitino il riconoscimento della solitudine e garantiscano il supporto emotivo alla persona.

L'OMS definisce salute lo stato di completo benessere fisico e mentale e sociale, portando quindi a identificare come determinanti di salute anche la solitudine e l'isolamento sociale. Questi sono determinanti di salute fondamentali che spesso vengono sottovalutati, ma la solitudine deve essere considerata un fattore di rischio nel ricoverato. Nella Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine, l'articolo 6 sancisce: "Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto ad interagire con gli altri [...]Hai diritto a tutti i sostegni necessari per metterti in condizione di comunicare. Hai diritto a soddisfare i tuoi bisogni di comunicare, in qualunque modo possa essere fatto."

L'articolo 4 del Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019 riassume perfettamente questa prospettiva: "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una

relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.”

Sulla stessa linea, il primo articolo della legge 219/2017 sul consenso informato sancisce che “il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”, quindi è necessario fornire disponibilità di tempo e risorse umane tali che permettano la cura della persona nella sua globalità.

Il ricovero ospedaliero è una situazione necessaria ed efficace dal punto di vista clinico della cura della malattia, ma sul piano assistenziale può condurre a un declino funzionale che genera solitudine aggravando lo stato d'animo della persona.

La percezione di solitudine è profondamente connessa al bisogno di comunicare ed interagire della persona. Gli aspetti da valorizzare in un rapporto infermiere-assistito dovrebbero essere: vicinanza, condivisione e comprensione. Senza vicinanza non si può combattere la solitudine. La tecnologia facilita le comunicazioni ma la vicinanza fisica ha un significato molto diverso e non sostituibile da una conversazione telefonica. Viene data grande importanza all'informazione, senza però considerare la condivisione delle informazioni che vengono date: un assistito che è informato sul suo stato clinico, potrà forse comprendere il suo stato di salute ma rimarrà comunque solo nell'elaborare le informazioni e nelle paure che da esse possono scaturire. Condividere significa elaborare insieme i sentimenti, le paure e i dubbi, fornendo conforto, supporto e aiuto. La condivisione è fondamentale anche nel lavoro d'équipe, perché permette lo scambio di conoscenze e competenze diverse tra i componenti.

Comprensione significa privilegiare la dimensione relazionale rispetto a quella contrattuale. In un sistema sanitario dove si valorizza maggiormente la velocità dei processi di cura si assiste contemporaneamente alla loro frammentazione, portando quindi a ridurre sempre più spesso i tempi di ascolto e di supporto emozionale al paziente.

La solitudine come tema di riflessione è stato individuato dall'Associazione Italiana di Psicogeriatrica perché è sempre più diffusa al giorno d'oggi. Abbiamo le tecniche più avanzate, possibilità di connetterci e contattarci in ogni momento della giornata, eppure

nonostante questo ci ritroviamo, malati e operatori, soli ad affrontare i momenti più difficili della nostra vita.

Il sistema sanitario è in continuo miglioramento, ma di pari passo dovremmo anche cercare di trasformare questa crisi diffusa di solitudine in una premessa per migliorare le capacità di risposta verso chi ne soffre, in quanto la solitudine è nemica della vita e delle sue realizzazioni.

Un piccolo obiettivo verso la sensibilizzazione è stato raggiunto con l'istituzione della giornata nazionale di lotta alla solitudine dell'anziano, il 15 Novembre, che permette la diffusione di consapevolezza del problema in modo tale da riuscire ad individuare azioni adeguate per fronteggiare la gravità del fenomeno.

Sarebbe auspicabile indagare su vasta scala come gli operatori sanitari vivono e percepiscono questa solitudine. Diversi studi hanno dimostrato che l'infermiere vorrebbe agire per colmare la solitudine dei propri assistiti, ma spesso non ha le possibilità o le capacità di farlo e questo genera frustrazione e tristezza anche nell'operatore.

Molti aspetti fondamentali della professione possono essere appresi solo con l'esperienza, soprattutto condividendo il vissuto del professionista con l'équipe. Condividendo emozioni e situazioni in cui il professionista si è trovato impreparato, gli altri componenti possono, attraverso il vissuto della loro propria esperienza, fornire informazioni necessarie in modo tale che l'episodio negativo diventi un'esperienza di apprendimento.

È stato largamente sottolineato come sia di fondamentale importanza riconoscere prontamente e trattare la solitudine. Ad oggi non vengono utilizzati strumenti per valutarla, perché fino a qualche anno fa era un problema sottovalutato, che non si prendeva in considerazione; ci si soffermava solo sulle problematiche cliniche della persona. Oggi è un tema molto più considerato e sul quale si stanno facendo diversi studi che si soffermano maggiormente però sulla solitudine vissuta al domicilio, ugualmente molto importante e che non è da sottovalutare. La solitudine sulla quale mi sono focalizzata è quella in ambiente ospedaliero perché durante le mie esperienze di tirocinio nelle varie unità operative, mi sono resa conto che tra gli anziani è un problema molto diffuso, ma scarsamente riconosciuto e preso in considerazione. Spesso viene ignorato, perché non percepito se non viene palesato dalla persona; altre volte

viene riconosciuto ma non considerato perché non c'è tempo o competenza per poter intervenire in modo efficace.

Fondamentale sarebbe riuscire a riconoscere i sentimenti di solitudine all'inizio del ricovero attraverso l'utilizzo di strumenti studiati e validati ad hoc per indagare il fenomeno. L'unica scala reperita in letteratura, e non ancora validata in lingua italiana, che valuta la solitudine in ambiente ospedaliero è la Caring Loneliness Scale (CARLOS). Indaga sul tipo di rapporto che si è creato con il professionista sanitario in ospedale, valutando sia l'opportunità di dialogo che la qualità e il modo in cui si è considerati dall'operatore. Considerando che la solitudine è un argomento difficile da esprimere e che gli assistiti sono spesso scoraggiati a parlarne, la Scala CARLOS fornisce uno strumento utile con cui poter affrontare questo delicato argomento, mettendo in evidenza il ruolo chiave che gli operatori sanitari hanno nella prevenzione della solitudine e offrendo opportunità per migliorare l'esperienza degli assistiti sulla qualità dell'assistenza.

Un ruolo determinante è svolto anche dall'organizzazione del reparto: un reparto aperto all'accesso ai familiari permette all'assistito di sentirsi meno solo, mantenendo di fatto le relazioni più importanti che aveva a domicilio. La situazione creatasi a seguito della pandemia di Covid-19, ha incrementato ancora di più questo problema di isolamento perché anche i reparti in cui erano consentite le visite dei familiari agli orari prestabiliti, hanno precluso questa possibilità a causa delle restrizioni che sono state inevitabilmente emanate. Quindi molte persone si sono ritrovate giorni e giorni "sole" in un letto d'ospedale, non riconoscendo il luogo e le persone che avevano intorno. Molto spesso insorgeva delirium, quindi l'assistito era ancora più disorientato e confuso, rischiando di far male anche a se stesso; a volte la persona si sentiva depressa, riferendo di non avere più voglia di vivere.

Non è un problema facile da sviscerare e neanche da risolvere. L'infermiere però potrebbe intervenire, almeno in parte, per cercare di diminuire il fenomeno: in diversi studi è emerso il dispiacere dei professionisti riguardo al problema, l'infermiere infatti vorrebbe soddisfare il malessere psicologico della persona, vorrebbe migliorarne lo stato mentale, ma molto spesso sovraccaricato da altre priorità assistenziali, riesce a ritagliare solo poco spazio durante il turno da dedicare all'ascolto e al supporto. A tal proposito le unità operative potrebbero avvalersi di associazioni di supporto per

soddisfare il bisogno di ascolto e di comunicazione dell'assistito. Due associazioni lavorano già in Italia principalmente nelle strutture di lunga degenza. Soddisfacenti risultati sono stati raggiunti da un'associazione americana con il programma CoCare:HELP dell'American Geriatrics Society (AGS), che oltre ad avere volontari che dedicano tempo ai bisogni base della persona e alla comunicazione, ha creato un kit per tenere occupato il ricoverato, da poter fare sia in compagnia del volontario che in autonomia. Strumento molto utile soprattutto in questi tempi di pandemia.

Ulteriore strategia è quella di "familiarizzare" il ricovero, posizionando foto e oggetti personali dell'assistito in vista.

Ognuno di noi ha bisogno di attenzioni, di essere ascoltato, tanto più ne ha bisogno un anziano che steso in un letto di ospedale non sa cosa lo aspetterà e cosa succederà. Se non dedichiamo tempo alle domande e alle preoccupazioni della persona, queste continueranno a riecheggiare nella mente dell'assistito, producendo ansia e sentimenti negativi, che possono condizionare anche lo stato fisico oltre che quello mentale. Il processo di cura può facilmente rimanere intrappolato nella routine assistenziale, rafforzando il sentimento di estraneità ed esclusione negli anziani assistiti.

Nella mia esperienza da tirocinante sono stata spesso testimone di persone che soffrivano di solitudine e angoscia durante il ricovero. Sono stata colpita da come una breve conversazione che metteva al centro dell'attenzione l'assistito, utilizzando il registro comunicativo, anche non verbale (come la vicinanza fisica, lo sguardo diretto agli occhi, l'uso del tatto e del contatto), consono per quella persona, ne abbiano fatto cambiare lo stato d'animo. È stata un'esperienza positiva non solo per l'assistito, ma anche per me, perché mi rendevo conto che far star bene l'ammalato mi dava conforto e soddisfazione, soprattutto quanto l'esito del processo di cura sarebbe probabilmente stato negativo. Avevo la fortuna di essere tirocinante, quindi di avere tempo da dedicare ai degenti parlando con loro e confrontandomi sulle esperienze di vita. Purtroppo le unità operative non sempre dispongono di studenti che possano aiutarli a soddisfare questo bisogno, quindi è auspicabile l'istituzionalizzazione di procedure inerenti un fenomeno tanto subdolo quanto diffuso, al fine di individuare strategie capaci e utili ad ostacolarlo.

Bibliografia

- 1- Bianchetti, A. (2018). Solitudine e Salute. Considerazioni. L'Arco di Giano n°98.
- 2- De Leo D. (2018). Solitudine e fragilità dell'anziano. L'Arco di Giano n°98.
- 3- Dobarrio-Sanz, I., Ruiz-González, C., Fernández-Sola, C., Roman, P., Granero-Molina, J., & Hernández-Padilla, J. M. (2021). Healthcare professionals' perceptions of loneliness amongst older adults: A qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 12071.
- 4- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233-1244.
- 5- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older US adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(5), 564-573.
- 6- Gori, G. (2018). La cura richiede una rete. L'Arco di Giano n°98.
- 7- Helfand, B. K., Webb, M., Inouye, S. K., & Gartaganis, S. L. (2020). Battling Loneliness: The American Geriatrics Society's CoCare: Hospital Elder Life Program. *Generations*, 44(3), 1-6.
- 8- Karhe, L., Kaunonen, M., & Koivisto, A. M. (2016). Development and validation of the caring loneliness scale. *Journal of Nursing Measurement*, 24(3), 114E-129E.
- 9- Karhe, L., Kaunonen, M., & Koivisto, A. M. (2018). Loneliness in professional caring relationships, health, and recovery. *Clinical Nursing Research*, 27(2), 213-234.
- 10- Mossello, E., Maria Nigro F., Marchionni N. (2018). La solitudine in Ospedale. L'Arco di Giano n°98.
- 11- Paolillo, C. (2018). La solitudine del Pronto Soccorso. L'Arco di Giano n°98.
- 12- Pejner, M. N., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2012). Trying to cope with everyday life—Emotional support in municipal elderly care setting. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(1), 19613.
- 13- Pesce, A. (2020). Solitudine nella relazione di cura: un concetto dimenticato tra i fondamenti di cura. *L'Infermiere* N° 6 – 2020.
- 14- Pozzi, C., Lanzoni, A., Bonomi, M. (2018). La solitudine in riabilitazione. L'Arco di Giano n°98.

- 15- Rozzini, R., Trabucchi, M. (2018). Verso il domani dei servizi sanitari. Comunità, macchine, solitudine. *L'Arco di Giano* n°98.
- 16- Sundström, M., Edberg, A. K., Rängård, M., & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1474673.
- 17- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302.