

SOLITUDINE FRA GLI ANZIANI IN EUROPA: TEMPO DI INTEGRARE CURE SOCIALI E SANITARIE

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Una popolazione sempre più anziana

La solitudine è stata recentemente riconosciuta dall'OMS come un problema prioritario di salute pubblica nell'ambito delle società contemporanee.¹ Valutata come un fattore di rischio sia per la salute mentale che fisica,² la lunga lista di patologie associate alla solitudine include le malattie cardiovascolari, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete, il cancro, la depressione, la demenza, l'ansia e tutte le cause di mortalità precoce.³ I risultati negativi indotti dalla solitudine hanno portato a un utilizzo in continuo aumento di servizi sanitari e sociali, con un crescente impatto sui costi sociali e assistenziali.⁴ Gli anziani sono la fascia di popolazione più vulnerabile alla solitudine, a causa delle loro ridotte interazioni sociali conseguenti a cambiamenti di vita come il pensionamento, la perdita di mobilità o il declino funzionale e le disabilità derivanti da condizioni croniche spesso multiple.^{5,6} In particolare, poiché il lavoro implica coinvolgimento sociale e impegni continui,⁷ lo stile di vita e l'ambiente sociale cambiano notevolmente durante il periodo di transizione al pensionamento e le persone anziane domiciliate nella propria abitazione possono riscontrare una maggiore difficoltà nel mantenere rapporti sociali se il loro accesso ai trasporti è limitato e hanno anche scarsa confidenza con la tecnologia e i social network.⁶ Perciò in Europa, con una popolazione che invecchia sempre di più, non sorprende affatto che la solitudine sia diventata un problema crescente fra le persone anziane,⁸ ancora di più dopo la pandemia da COVID-19.⁹

In questo articolo, viene innanzitutto riassunto il dibattito sulla definizione di solitudine in letteratura. Successivamente vengono descritti i potenziali interventi per contrastare la solitudine attraverso strumenti come la prescrizione sociale. Infine, viene formulata una proposta generale mirata a integrare cure sanitarie e sociali seguendo un approccio olistico.

Definizioni di solitudine

Nella letteratura sanitaria la solitudine è spesso analizzata e discussa insieme all'isolamento sociale. Sebbene i due concetti siano relativamente diversi, essi sono correlati l'uno con l'altro e possono avere effetti dannosi simili sulla salute.¹⁰ Mentre l'isolamento sociale fa riferimento a uno stato oggettivo di contatti sociali limitati, la solitudine si riferisce a un'esperienza soggettiva e angosciante di sentirsi soli (piuttosto che di essere effettivamente soli).¹¹ In altri termini, l'isolamento sociale implica una reale mancanza di rapporti sociali, mentre la solitudine implica un deficit percepito di relazioni sociali a prescindere dal volume oggettivo di contatti sociali.⁹ Far parte di un piccolo gruppo sociale o passare molto tempo da soli non è necessariamente una condizione spiacevole, mentre gli individui possono sentirsi soli anche senza essere socialmente isolati. Quindi, mentre la solitudine è indiscutibilmente negativa, alcuni anziani potrebbero privilegiare l'isolamento sociale.^{6,7} Tuttavia, dal momento che vivere da soli può portare alla solitudine, gli individui possono sperimentare contemporaneamente isolamento sociale e solitudine.¹² Sotto il profilo patologico, la solitudine non è associata ad alcun codice ICD, mentre vivere da soli ne ha comunque uno di riferimento (ICD=Z60.2).³ Infine, la solitudine può essere suddivisa in due sottotipi: emotiva e sociale.^{1,7,12} La prima è associata alla sopravvenuta mancanza di una o più figure intime, la seconda fa riferimento all'assenza di un più ampio gruppo sociale.

Interventi per la solitudine

Mitigare gli effetti collaterali della solitudine negli individui e nelle comunità rappresenta oggi una sfida sociale pressante.⁹ Sebbene in molti paesi europei la solitudine sia diventata una specie di epidemia fra gli anziani,³ essa non è comunque una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento e quindi può essere contrastata con vari interventi, cioè con azioni mirate a migliorare il malessere delle persone sole.⁴

Sebbene lo sviluppo e la valutazione degli interventi per la solitudine siano ancora storicamente agli albori, sono già state effettuate diverse revisioni della letteratura,^{2,5,6,7,10,11,13} con classificazioni eterogenee degli interventi che hanno condotto a risultati assai difformi. A grandi linee, gli interventi contro la solitudine possono essere classificati in individuali e di gruppo in base alla loro struttura, con gli incontri di singole persone a domicilio volti a creare nuove amicizie e i gruppi sociali di ampie dimensioni mirati a favorire l'impegno sociale come esempi estremi dell'intervallo.¹⁴ Inoltre, gli interventi possono essere condotti sia di persona che online tramite connessioni internet.^{7,13} Recentemente raccomandati dall'OMS come soluzione efficace per la solitudine degli anziani, gli interventi online sono potenzialmente utili per contribuire ad aumentare le interazioni sociali, specialmente nel caso di persone anziane con mobilità limitata che vivono da sole o in aree rurali.¹¹ Questo è il motivo principale per cui gli interventi online sono diventati sempre più popolari in questi ultimi anni.

Sotto il profilo dei contenuti, gli interventi per ottenere benefici a livello di salute fisica e mentale per gli anziani affetti da solitudine variano molto, dalle terapie psicologiche alla compagnia di un animale domestico o altre attività e contatti con la natura (ad esempio, spazi verdi e azzurri).¹ In generale, gli anziani con livelli più alti di mobilità possono essere più propensi a partecipare ad attività fisiche e ricreative.⁶ Vale anche la pena di ricordare che dimostrare l'efficacia di interventi contro la solitudine sulla base di evidenze scientifiche rappresenta una sfida ardua dal punto di vista metodologico. Infatti, le misure di esito e i risultati empirici degli studi concepiti per testare scientificamente l'efficacia di differenti interventi organizzativi a livello di assistenza sociale e sanitaria rispetto alle cure abituali sono sempre incerti e i loro risultati empirici assai difficilmente estendibili ad altre realtà territoriali.¹⁵

Prescrizioni sociali

Molti pazienti che soffrono di solitudine vengono visitati negli ambulatori di assistenza di base indipendentemente dai loro problemi clinici specifici.³ Quindi, i medici di medicina generale (MMG) dovrebbero essere nella posizione migliore per affrontare la solitudine nelle persone anziane. Tuttavia, sebbene i MMG siano pienamente consapevoli dell'importanza della solitudine nella loro pratica quotidiana e della necessità di valutare il suo impatto sulla salute fisica e mentale delle persone anziane,⁶ essi percepiscono una carenza di opzioni terapeutiche per contrastarla.² Di conseguenza, essendo la solitudine ormai paragonabile all'obesità e al fumo come fattore di rischio di mortalità,¹⁶ molti anziani che soffrono di solitudine e vivono in comunità sono spesso ospedalizzati attraverso i servizi di Pronto Soccorso.¹² Ecco perché la prescrizione sociale è sempre più percepita come un'importante opzione aggiuntiva ai trattamenti clinici nelle cure primarie.⁸

In pratica, le prescrizioni sociali sono interventi non medici concepiti per aiutare i pazienti a migliorare la propria salute collegando la pratica clinica tradizionale con le attività sociali e i servizi sociali di supporto esistenti all'interno delle comunità.¹⁷ Poiché la solitudine è un problema sociale che richiede risposte esaustive e una collaborazione sinergica fra i settori sanitari e non,¹⁰ la prescrizione sociale dovrebbe contribuire a soddisfare le esigenze primarie di molte persone anziane.⁶ La prescrizione sociale dovrebbe anche favorire l'integrazione delle cure sanitarie e sociali, consentendo ai MMG di indirizzare i pazienti affetti da solitudine verso le attività sociali esistenti che aiutano a soddisfare i bisogni psicosociali in comunità.¹⁸ Questa strategia potrebbe colmare le lacune assistenziali e migliorare la salute generale degli anziani affetti da solitudine. Un approccio multidisciplinare che utilizza molteplici strategie dovrebbe concentrarsi sul problema multi-dimensionale della solitudine nei pazienti anziani, offrendo soluzioni olistiche.¹¹ Dal momento che i fattori socio-economici hanno un impatto maggiore rispetto all'assistenza sanitaria sugli anziani affetti da solitudine, un

‘operatore di collegamento’ che soddisfi l’esigenza di intermediazione fra clinici, pazienti e settori di volontariato e sociali in comunità viene considerato un ruolo molto importante.¹⁷ Facilitando gli anziani che vivono in casa ad accedere alle attività sociali nella loro comunità, un operatore di collegamento può avere un impatto molto positivo sul loro benessere.⁸ Incaricato direttamente dall’assistenza primaria, l’operatore di collegamento dovrebbe incontrare individualmente i pazienti affetti da solitudine per pianificare e coordinare l’accesso a quei servizi sociali che potrebbero soddisfare i loro bisogni e le loro aspettative.^{6,18} E’ importante sottolineare che, siccome un approccio identico per tutti i pazienti non funziona a causa delle diverse motivazioni e conseguenze della solitudine, l’operatore di collegamento dovrebbe cercare di selezionare gli interventi più specificamente indicati per il soggetto in questione.^{5,10,14,18} Inoltre, permettere agli anziani di essere coinvolti nella pianificazione e nell’offerta delle attività dovrebbe essere la strategia di maggiore successo per superare la loro prevedibile resistenza nei confronti di un supporto esterno.¹³ Infine, dal momento che non esiste una ‘soluzione rapida’ alla solitudine, l’operatore di collegamento dovrebbe seguire i pazienti anche al di là del periodo del primo intervento per consolidare una riduzione della solitudine nel lungo periodo.

Implicazioni di politica socio-sanitaria

Le popolazioni che invecchiano soffrono di un numero crescente di disturbi cronici e comorbidità che richiedono il coordinamento di servizi sanitari e sociali. In particolare, le disuguaglianze socio-economiche dovrebbero essere attentamente considerate perché le persone con basso reddito e scarsa istruzione che hanno iniziato a lavorare in giovane età hanno un’aspettativa di vita inferiore rispetto alle persone ad alto reddito e con livello elevato di istruzione. Ecco perché siamo convinti che un pensionamento precoce per i gruppi socio-economici a più basso livello potrebbe essere una scelta corretta nel lungo periodo per i paesi europei.¹⁹ Infatti, non ponendo maggiore attenzione agli aspetti di equità, gli sforzi per migliorare la salute delle popolazioni socialmente svantaggiate potrebbero venire sprecati o addirittura contribuire inavvertitamente ad ampliare le disuguaglianze sociali.^{5,12}

In generale, una longevità maggiore conduce a una crescente espressione delle condizioni correlate all’età, solitudine inclusa, di modo che prendersi cura del maggior numero di anziani che vivono a casa da soli rappresenta la principale sfida attuale per i sistemi di welfare europei. Secondo l’OMS, l’assistenza integrata di servizi sanitari e sociali rappresenta la migliore soluzione per affrontare questa sfida. Pertanto, costruire collegamenti per programmi co-creativi di assistenza integrata nelle cure primarie e nelle comunità locali rappresenta attualmente una priorità assoluta.¹⁸ Gli anziani hanno bisogno di un ambiente sociale mirato a ridurre la solitudine attraverso attività erogate a domicilio o in comunità. Il coinvolgimento in intrattenimenti sociali come il tempo

libero (ad esempio, commedie e film) e la vita di comunità (ad esempio, club e conferenze) dovrebbe aiutare le persone anziane a migliorare la loro qualità della vita e a ritardare il loro deterioramento cognitivo. Poiché esistono solide evidenze empiriche sulla resistenza alle cure da parte dei pazienti più anziani e fragili, indotta dal timore di perdere la propria indipendenza, gli operatori sociali devono essere pienamente consapevoli del fatto che accettare le cure sociali rappresenta un processo impegnativo per le persone anziane. Un'assistenza sociale focalizzata sulla persona dovrebbe idealmente implicare che i loro utilizzatori si percepiscano come decisori, piuttosto che esecutori, per contrastare nel miglior modo possibile il decorso naturale del loro declino.

Commento

L'assistenza integrata sanitaria e sociale in comunità è diventata una priorità assoluta per le persone anziane, al fine di garantire loro continuità e qualità delle cure in questa era di carichi crescenti di malattie croniche a lungo termine,²⁰ di cui la solitudine è un tipico esempio. Sforzandosi di superare qualsiasi tipo di barriera strutturale, legale e finanziaria che possa compromettere il coordinamento dei servizi socio-sanitari ai soggetti che hanno bisogno di cure multiple, siamo convinti che un modello europeo di welfare debba essere strutturato in una logica di sistematica integrazione dell'assistenza fra servizi sanitari e sociali, concentrati nelle stesse strutture di assistenza in comunità.¹⁹ Piuttosto che costringere gli adulti anziani e le loro famiglie a navigare fra i sistemi sanitari e sociali, le cure sanitarie e (psico)sociali dovrebbero essere disegnate attorno agli individui in una più ampia prospettiva societaria di "morire bene", favorita da personale sanitario e sociale multidisciplinare ben formato e istruito.

C*oncludendo, siamo fermamente convinti che nel lungo periodo questo approccio olistico dovrebbe condurre a una competenza collettiva superiore alla somma delle parti. In definitiva, al di là di affrontare in modo più efficace i bisogni delle popolazioni che invecchiano, investire in cure integrate in comunità dovrebbe contribuire anche a migliorare l'efficienza complessiva dei sistemi europei di welfare a prescindere dall'inevitabile processo di crescita della spesa pubblica associata all'invecchiamento della popolazione.*

BIBLIOGRAFIA

1. Astell-Burt T, Kondo M, Pritchard T, et al. Contact with nature, nature prescriptions, and loneliness: Evidence from an international survey of adults in Australia, India, Singapore, the United Kingdom, and the United States. *Health Place*. 2024;90:103331.
2. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):799-812.
3. Gravel JW Jr. A Nation Turns Its Lonely Eyes to You. *Fam Med*. 2024;56(7):465-7.
4. Schoenmakers EC, Lasgaard M, McHugh Power J. Guidelines for evaluating and reporting social isolation and loneliness interventions. *J Health Psychol*. 2025;30(2):338-352.
5. Madani MT, Madani L, Ghogomu ET, et al. Is equity considered in systematic reviews of interventions for mitigating social isolation and loneliness in older adults? *BMC Public Health*. 2022;22(1):2241.
6. Thompson C, Halcomb E, Masso M. The contribution of primary care practitioners to interventions reducing loneliness and social isolation in older people-An integrative review. *Scand J Caring Sci*. 2023;37(3):611-7.
7. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2022;34(7):657-69.
8. Giebel C, Hassan S, Harvey G, et al. Enabling middle-aged and older adults accessing community services to reduce social isolation: Community Connectors. *Health Soc Care Community*. 2022;30(2):e461-e468.
9. Ernst M, Brähler E, Beutel ME, Kruse J, Andreas S. Socially isolated, but not lonely in lockdown: Exploring the role of reflective functioning as a protective factor in the early days of the COVID-19 pandemic in Germany. *J Affect Disord*. 2024;362:201-8.
10. Galvez-Hernandez P, González-de Paz L, Muntaner C. Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open*. 2022;12(2):e057729.
11. Hansen T, Nes RB, Hynek K, et al. Tackling social disconnection: an umbrella review of RCT-based interventions targeting social isolation and loneliness. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1917.
12. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med*. 2012;105(12):518-22.
13. Morrish N, Choudhury S, Medina-Lara A. What works in interventions targeting loneliness: a systematic review of intervention characteristics. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2214.
14. Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, et al. What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25(6):1733-42.
15. Garattini L, Badinella Martini M, et al. A European national health and social service model: a rational network of health care facilities. *Intern Emerg Med*. 2023;18(6):1855-7.
16. Barjaková M, Garneró A, d'Hombres B. Risk factors for loneliness: A literature review. *Soc Sci Med*. 2023;334:116163.
17. Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. *BMJ*. 2019;364:l1285.
18. Johansson E, Jonsson F, Rapo E, et al. Let's Try Social Prescribing in Sweden (SPiS) - an Interventional Project Targeting Loneliness among Older Adults Using a Model for Integrated Care: A Research Protocol. *Int J Integr Care*. 2021;21(2):33.

-
19. Garattini L, Nobili A, Mannucci PM. A European National Health and Social Service model: the S of social. Intern Emerg Med. 2024;19(1):233-5.
 20. Garattini L, Badinella Martini M, Mannucci PM. Integrated care: easy in theory, harder in practice? Intern Emerg Med. 2022;17(1):3-6.