

Editoriale

Marisa Musaio¹, Natascia Bobbo²

¹Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, ²Università degli studi di Padova

Il termine solitudine viene comunemente associato alla mancanza di relazioni sociali o più semplicemente all'isolamento sociale: tuttavia la sensazione di solitudine viene a definirsi più compiutamente come un'esperienza personale derivante dalla percezione spiacevole di una discrepanza tra la quantità desiderata di contatti o di supporto emotivo e quella disponibile nel proprio ambiente di vita unita alla sensazione di aver perso il controllo sulla propria rete sociale (Luhmann, Hawkley, 2016, Atzendorf, Gruber, 2021); tale sensazione può derivare anche dal confronto con quanto vissuto in passato o da altre persone (Fees et al., 1999). Secondo Tiwary (2013) la solitudine nell'anziano può avere importanti conseguenze sul suo stato di salute, con comparsa di sintomi depressivi, compromissione del sistema immunitario e alterazione del metabolismo dell'ormone dello stress.

Nonostante la solitudine non sia risultata correlata con l'età, è certo che quando viene percepita e vissuta dalle persone più anziane essa è in grado di influire in modo più incisivo sulla loro qualità di vita e soprattutto sulla loro salute fisica e psichica: dalla letteratura sappiamo che la mancanza di una buona rete sociale e di soddisfacenti relazioni possono esacerbare la fragilità psichica e fisica degli anziani, compromettendone in particolare le capacità cognitive, il loro equilibrio osteo-muscolo-scheletrico e il loro stato nutrizionale (Gale, Westbury, Cooper, 2018). D'altra parte, una salute compromessa non può che aumentare il senso di solitudine per l'emergere di imbarazzo rispetto alla propria condizione o dall'impossibilità o incapacità di affrontare impegni di tipo sociale (Fees et al., 1999).

A partire da febbraio 2020, la diffusione in tutta Europa del virus SARS-CoV-2, e della successiva emergenza sanitaria che esso ha scatenato, ha reso necessario e caldeggiato una minore frequentazione sociale da parte di tutti: il termine "distanziamento sociale" è ormai entrato a far parte del nostro linguaggio comune, ma non sempre sembriamo riuscire nel mantenere consapevolezza delle conseguenze che questo nuovo assetto comportamentale può aver avuto e continui ad avere sugli anziani (Atzendorf, Gruber, 2021).

Un numero sempre più consistente di anziani in Italia non vive più solo, ma viene accolto in strutture socio-sanitarie residenziali nelle quali la presenza di operatori sanitari, educativi e psicologici garantisce loro assistenza sanitaria e supporto psicologico ed educativo. È pur vero, però, che stante la definizione di solitudine, una vita affollata di persone estranee non è necessariamente meno sola di una vita trascorsa da soli in una abitazione vuota (Atzendorf, Gruber, 2021); l'impossibilità di vedere, toccare o anche solo di parlare a viva voce con i propri cari ha spesso provocato grandi sofferenze negli anziani che vivevano nelle strutture che il lockdown aveva costretto a chiudere a qualsiasi accesso esterno, fatta eccezione per gli operatori stessi.

Essendo la solitudine una esperienza che la persona vive (Seifert, Hassler, 2020), essa chiama in causa non solo questioni di tipo sanitario ed assistenziale, ma anche antropologiche, pedagogiche ed educative: alleviare i vissuti difficili del sentirsi soli, accompagnare l'anziano ad accettare che il tempo scorre e che le cose cambiano, che le strade si dividono, sostenerlo nell'elaborare un lutto per la morte di una persona alla quale era affezionato, aiutarlo a vivere l'assenza e le diverse forme della distanza (Musaio, 2020), aiutarlo ad assumere una prospettiva di gerotrascendenza cioè capace di andare oltre le cose materiali per approssimarsi alla propria liminalità (Heyen, 2010), sono obiettivi fondamentali

per i professionisti dell'aiuto, per l'educatore, così come per il pedagogo, chiamati a porsi nel lavoro quotidiano d'équipe con gli anziani soli, siano essi seguiti a domicilio nelle proprie case o all'interno di una struttura socio-sanitaria. In vista di assumere tali vissuti in una prospettiva di cura verso la persona anziana, la call di Health Care Education in Practice di maggio 2022, a cura di Marisa Musaio e Natascia Bobbo, ha raccolto una serie di contributi provenienti da ricercatori e professionisti di diversa provenienza disciplinare, ma tutti orientati a riflettere sul tema della solitudine dell'anziano nelle sue molteplici implicazioni, considerando l'importanza fondamentale di dover tutelare la sua salute, o meglio garantirgli fino alla fine un'esperienza di vita contrassegnata dal benessere.

Apri il numero monografico il contributo di Agata Chabior che ha collaborato con Sławomir Chrost, Jan Kochanowski, seguito dall'articolo della guest editor Marisa Musaio. Ancora, Giuseppina Bernardelli che ha scritto con Maria Giuseppa Dicuonzo, Katia Daniele e Lucia Zannini. Un contributo proveniente dall'area medica ci è stato inviato da Estella Musacchio e Leonardo Sartori. Kelly Myriam Jiménez-de-Aliaga insieme a Carlo Orefice, Zoila Isabel Cárdenas Tirado e Edu Abanto Quintana hanno curato il quinto contributo, seguito nel volume dall'articolo di Monica Crotti e da quello curato insieme da Rosita Deluigi e Irene Trotta. Tra le esperienze, invece, hanno contribuito Maria Luisa Cito che ha scritto con Riccardo Mauri ed Elena Sogaro e Pierluigi Binotto insieme a Michela Barison, Simonetta Barison, Francesco Ferigolli. Chiude il numero monografico Eugenio Fortunato.

Fuori call sono stati raccolti anche il contributo di Andrea Monculli che ha scritto con Maria Luisa Valenta e l'articolo di Marco Tonin.