

## La solitudine degli anziani nell'epoca del Covid-19: riflessioni educative a seguito di una ricerca in un ambulatorio pubblico del Perù

Kelly Myriam Jiménez-de-Aliaga<sup>1</sup>, Carlo Orefice<sup>2</sup>, Zoila Isabel Cárdenas Tirado<sup>3</sup>, Edu Abanto Quintana<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Chota (Perù), Direttore dell'innovazione e del trasferimento tecnologico - Docente Senior, <sup>2</sup>Università di Siena (Italia), Professore Associato di Pedagogia Generale e Sociale - Coordinatore Red latinoamericana para el cambio social y el aprendizaje emancipatorio, <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Chota (Perù), Assistente all'insegnamento, <sup>4</sup>Universidad Nacional Autónoma de Chota (Perù), Studente

**Abstract:** L'articolo presenta i primi risultati di una ricerca qualitativa che ha indagato alcune esperienze di solitudine vissute da 15 anziani in epoca di Covid-19 nella Regione di Cajamarca (Perù). Attraverso i dati raccolti tramite focus group e interviste semi-strutturate all'interno di un ambulatorio di un ospedale pubblico, si evidenzia come l'attuale pandemia chiami in causa questioni di tipo sanitario e assistenziale, oltre che antropologiche e educative. La mancanza di reti sociali, infatti, il distanziamento dalle proprie famiglie e comunità, l'incertezza nell'accesso alle cure appaiono essere tutti elementi che hanno esacerbato la fragilità psichica e fisica degli anziani, compromettendone in particolare le capacità cognitive, lo stato nutrizionale e l'equilibrio osteo-muscolo-scheletrico. In questo quadro gli Autori, che fanno parte del Network inter-universitario *Red latino-americana para el cambio social y el aprendizaje emancipatorio*, ipotizzano che la sfida dei servizi sanitari di comunità riguardi lo sviluppo da parte dei professionisti di capacità di presa in carico "complesse", in stretto rapporto con il territorio e con i "sistemi di significato" di cui i soggetti sono portatori.

**Keywords:** *solitudine, anziani, Covid-19, conoscenze e pratiche, pedagogia della cura*

**Abstract:** This article presents the first results of a qualitative research that investigated some experiences of loneliness lived through by 15 elderly people in the era of Covid-19 in the Region of Cajamarca (Peru). Through data collected by focus groups and semi-structured interviews within a public hospital, it is highlighted that the current pandemic calls into question health and welfare issues, as well as ones that are anthropological and educational. The lack of social networks from one's families and communities, and the uncertainty in access to care appear to be all elements that have exacerbated the psychic and physical frailty of the elderly, compromising, in particular, their cognitive abilities, nutritional status, and osteo-musculoskeletal balance. In this context, the authors, who are part of the inter-university Network *Red Latin-American para el cambio social y el aprendizaje emancipatorio*, hypothesize that the challenge in community health service building is the development of "complex" managerial skills of professionals, that are in close relationship with the territory and with the "systems of meaning" of which the subjects are carriers.

**Keywords:** *loneliness, elderly people, Covid-19, knowledge and practices, pedagogy of care*

## 1. Introduzione<sup>1</sup>

La diffusione nel mondo del virus SARS-CoV-2, e della successiva emergenza sanitaria in atto ormai da due anni, chiama in causa questioni di tipo sanitario e assistenziale, oltre che antropologiche e educative. Tra i vari problemi emersi, la situazione di solitudine che ha interessato gli anziani, tra le fasce più fragili della popolazione e maggiormente interessate dalle restrizioni sociali introdotte dalla lotta alla pandemia, merita alcuni approfondimenti (Bhutani, Greenwald, 2021; Bruzzone, Vaccarelli, Zoletto, 2021; Musaio, 2022).

La mancanza di reti sociali, infatti, o comunque la loro prolungata sospensione, il distanziamento dalle proprie famiglie e comunità, l'incertezza nell'accesso alle cure hanno esacerbato la fragilità psichica e fisica degli anziani, compromettendone in particolare le capacità cognitive, il loro stato nutrizionale e l'equilibrio osteo-muscolo-scheletrico. In particolare - nonostante importanti differenze tra i Paesi coinvolti in termini di norme di sicurezza sanitaria, di risorse economiche disponibili e di "risposte" alla pandemia - l'emergenza sanitaria ha avuto un impatto profondo su psicopatologie come l'ansia e la depressione, aumentandone proporzioni e tollerabilità individuali (Sayin, 2021).

Per quanto riguarda gli anziani peruviani<sup>2</sup>, una serie di studi hanno determinato una stretta relazione tra solitudine e depressione pandemica, legata ad un successivo deterioramento della qualità della vita e a un maggiore bisogno di cure istituzionali, nonché di interventi domiciliari da parte dei diversi professionisti d'aiuto interessati (OECD, 2022; Segato, 2020). Che si tratti, dunque, di sviluppare specifiche terapie cognitivo-comportamentali, di facilitare approcci domiciliari che permettano un collegamento tra soggetto anziano e reti sociosanitarie di appartenenza, o di implementare tecnologie virtuali per ridurre l'isolamento sociale, la "solitudine degli anziani" richiede risposte articolate che sappiano fornire costruzioni di senso cognitive ed emotive, oltre che soluzioni tecnico-progettuali (Bobbo, 2009; Mariani, Musaio, 2019; Tramma, 2017).

A partire da queste premesse, la presente ricerca<sup>3</sup> indaga alcune esperienze di solitudine vissute dagli anziani in epoca di Covid-19 nella Regione di Cajamarca (Perù), verificando come i soggetti interessati, e le loro comunità, hanno vissuto le restrizioni sociali e il senso di solitudine a queste collegato, e quali pratiche di cura hanno utilizzato per risponderci.

## 2. La ricerca

### Obiettivo generale

Indagare il rapporto tra solitudine anziana e pandemia legata al virus SARS-CoV-2.

### Obiettivi specifici

Comprendere le diverse manifestazioni di solitudine da parte del Target della ricerca ed indagare le pratiche di cura messe in atto per risponderci.

---

<sup>1</sup> Il contributo è frutto di una riflessione congiunta tra gli Autori. Solo per ragioni di attribuzione scientifica, si specifica che Carlo Orefice è responsabile dell'Introduzione e delle Conclusioni, mentre Kelly Myriam Jiménez-de-Aliaga, Zoila Isabel Cárdenas Tirado, Edu Abanto Quintana dei paragrafi 2 e 3.

La traduzione in italiano dell'articolo e delle interviste è di Carlo Orefice.

<sup>2</sup> La popolazione anziana in Perù ammonta ad oltre 4 milioni di persone (47,8% uomini, 52,2% donne) che rappresentano il 12,7% della popolazione nazionale, la cui quota è passata dal 5,7% nel 1950 al 13,0% nel 2021 (El Peruano, 13 April 2022).

<sup>3</sup> Il presente studio nasce a seguito di alcune riflessioni sviluppate tra ricercatori dell'Universidad Nacional Autónoma de Chota (Perù) e dell'Università di Siena (Italia) che appartengono alla *Red latino-americana para el cambio social y el aprendizaje emancipatorio* (RED). La RED è un Network internazionale di ricerca-intervento che nasce a Marzo 2020 ed è formato e supportato dai seguenti Soci Fondatori: Università di Siena (Italia - Coordinatrice); Universidad Autónoma del Noreste (Messico); Universidad de Valparaíso (Cile); Universidad César Vallejo (Perù); Universidad Autónoma de Coahuila (Messico); Universidad Distrital Francisco José de Caldas (Colombia). Successivamente, in qualità di "Università Associate", si sono aggiunte al Network la Universidad Autónoma de Entre Ríos (Argentina, agosto 2020), la Universidade Federal de Viçosa (Brasile, settembre 2020) e la Universidad Nacional de Educación (Ecuador, settembre 2021). Da gennaio 2022 sono in fase di accettazione come ulteriori Università Associate la Universidad Nacional Autónoma de Chota (Perù) e la Universidad Mariana (Colombia). Per maggiori informazioni si rimanda al sito web: <https://www.redlatinoamerica.org/>

## Metodologia

Studio qualitativo descrittivo di raccolta dati tramite focus group e interviste semi-strutturate. Lo studio è stato preventivamente approvato dal *Comitato Etico* della Scuola di Infermieristica - Facoltà di Scienze della Salute della Universidad Nacional Autónoma de Chota (UNAC). I soggetti intervistati sono stati scelti su base volontaria in base ai seguenti criteri posseduti: essere persone di età uguale o superiore ai 60 anni; essere dipendenti emotivamente e/o economicamente dai propri figli e/o nipoti; frequentare l'ambulatorio dove si è svolta la ricerca; avere figli/e; aver sperimentato l'isolamento sociale dovuto alla pandemia; aver vissuto stati di incertezza e paura a seguito delle restrizioni imposte dalla pandemia.

Tutti i soggetti intervistati hanno letto e sottoscritto il consenso informato e l'informativa sul trattamento dei dati personali prima di prendere parte alla ricerca. Tutte le interviste sono state trascritte e gli audio originali insieme alle trascrizioni depositati presso la Scuola di Infermieristica della UNAC.

## Target

N. 15 anziani frequentatori di un ambulatorio di un ospedale pubblico della Regione di Cajamarca (Perù), secondo la tabella seguente (Tab. 1):

Tab. 1: Caratterizzazione dei soggetti

Caratterizzazione dei soggetti									
N	Età	Sesso	Istruzione	Figli	Reddito familiare mese (SOL)	Patologia	Sposato/a	Lavoro	Hobby
1	72	M	Secondaria (completa)	2	1.500	Cefalea (a volte)	No	No	TV
2	67	M	Superiore (completa)	2	3.000	Diabete mellito, asma	Si	Si	Ascoltare musica, cantare
3	65	F	Superiore (completa)	2	-	Diabete mellito, pressione alta	Si	No	Camminare
4	86	M	Primaria (incompleta)	9	-	Tosse, mal di gola (a volte)	No	No	Riunioni parrocchia
5	81	F	Primaria (completa)	9	1.100	Diabete mellito, fibrosi polmonare, ipertensione arteriosa	No	No	Lavoro a maglia, leggere
6	61	F	Superiore (completa)	3	720	Cirrosi indotta da farmaci	No	Si (badante adulti)	Lavoro a maglia, lettura
7	83	F	Primaria (incompleta)	4	-	Gastrite	No	No	Lavoro a maglia
8	60	F	Superiore (incompleta)	3	2.500	Contratture	No	No	Lavoro a maglia, giardinaggio, viaggiare
9	74	F	Analfabeta	5	50	No	No	Si (vendita frutta/verdura)	Lavoro a maglia
10	69	M	Superiore (completa)	3	1.800	No	No	Si (impresa famiglia)	Esercizio fisico, TV, giocare con nipoti
11	77	M	Secondaria (completa)	4	6.252	Ipertensione arteriosa	Si	No	Lavori di carpenteria
12	61	M	Primaria (completa)	4	1.200	Diabete mellito	Si	Si (carpentiere)	Camminare
13	79	M	Primaria (completa)	3	620	Diabete mellito	Si	No	Camminare
14	63	F	Superiore (completa)	1	800	Ipertensione arteriosa, problemi alla tiroide	Si	Si (insegnante)	Giardinaggio
15	67	M	Superiore (completa)	2	15.000	Ipertensione arteriosa, diabete mellito	Si	Si (docente)	Calcetto da tavolo, lettura

## Raccolta dati

Per esplorare le esperienze del Target in rapporto alla pandemia da Covid-19 vissuta, sono stati realizzati n. 2 focus group e, successivamente, condotte n. 10 interviste singole semi-strutturate di circa 30' per approfondire alcuni argomenti emersi. I focus group e le interviste sono stati effettuati nel mese di aprile 2022 all'interno di un ambulatorio di un ospedale pubblico e sono state registrate su apparecchiature elettromagnetiche per poi essere trascritte testualmente. Ogni intervista (singola e di gruppo) è stata preceduta da domande sociodemografiche per caratterizzare i soggetti di studio (Tab. 1).

## Piano di analisi

Per effettuare l'analisi delle testimonianze dei soggetti di studio è stata utilizzata la tecnica dell'analisi dei contenuti, in modo da evidenziare dimensioni nascoste, significati latenti e inferenze all'interno dei diversi contesti narrati (Díaz Herrera, 2018). Le trascrizioni sono state fatte dalle tre ricercatrici della Universidad Nacional Autónoma de Chota indicate. Una volta raggiunto un consenso sulla saturazione dei dati raccolti, è stata eseguita la procedura di triangolazione dei medesimi.

## 3. Risultati

### Caratteristiche sociodemografiche

L'età degli anziani oggetto dello studio risulta compresa tra 61 e 86 anni (8 uomini; 7 donne). Tra gli intervistati 7 hanno completato gli studi superiori, 2 quelli secondari, 5 quelli primari mentre una donna risulta analfabeta; il numero dei figli avuti è compreso tra 1 e 9; il reddito economico varia significativamente tra i 50 e 15.000 Sol Peruviani (Sol); un terzo degli intervistati soffre di malattie croniche; 7 hanno un/a partner; 8 non lavorano; tutti hanno un hobby in casa; nessuno mostra segni di abuso.

### Analisi e discussione

Dalle testimonianze raccolte risulta che l'esperienza della pandemia ha generato tristezza e influenzato l'autostima, oltre che aver alimentato sentimenti di frustrazione, depressione, ansia e angoscia. Per far fronte a queste situazioni di disagio, gli intervistati hanno adottato una serie di strategie, tra loro anche diversificate (l'esercizio fisico, l'attaccamento familiare, il raccontare storie, l'adoperarsi in conversazioni piacevoli, guardare la televisione, fare giochi da tavolo, etc.).

*«[...] grazie a Dio conosco l'artigianato e a quel tempo quello che facevo era riciclare cose usate, strappavo lenzuola, facevo tovaglie, fodere per cuscini che impiegavano dalle 3 alle 4 ore, lo facevo a mano; in questo modo ho cercato di ammazzare il tempo, cucinavo, pulivo un pò la casa [...]. Non mi piace la televisione ed è quello che facevo: cucivo e cucivo e qualche volta cucivo fino a 3:00 o 4:00 del mattino; [...] non riuscivo a dormire e l'alprazolam che stavo prendendo non mi faceva più nulla; non potevo nemmeno andare a una consulta [medica], in un qualche luogo, né all'assicurazione perché neanche loro erano presenti; [...] mi sono dedicato anche alle mie piante, prendendomi cura di loro, parlando con loro, eliminando le foglie secche. Quello era davvero il mio divertimento, le cose manuali». [Intervista n. 14]*

Per i soggetti che hanno contratto direttamente la patologia infettiva causata dal virus, il senso generale riportato è stato quello di una estrema solitudine, un senso di paura profondo (anche rispetto all'impossibilità di accudire i propri figli, in caso di morte) e la necessità di adoperarsi attraverso strategie diversificate. Tra queste, quella che è apparsa maggiormente premiante è stata il poter contare sulle proprie reti familiari (figli, nipoti) per limitare il senso di solitudine ed attivare azioni di mutuo-aiuto.

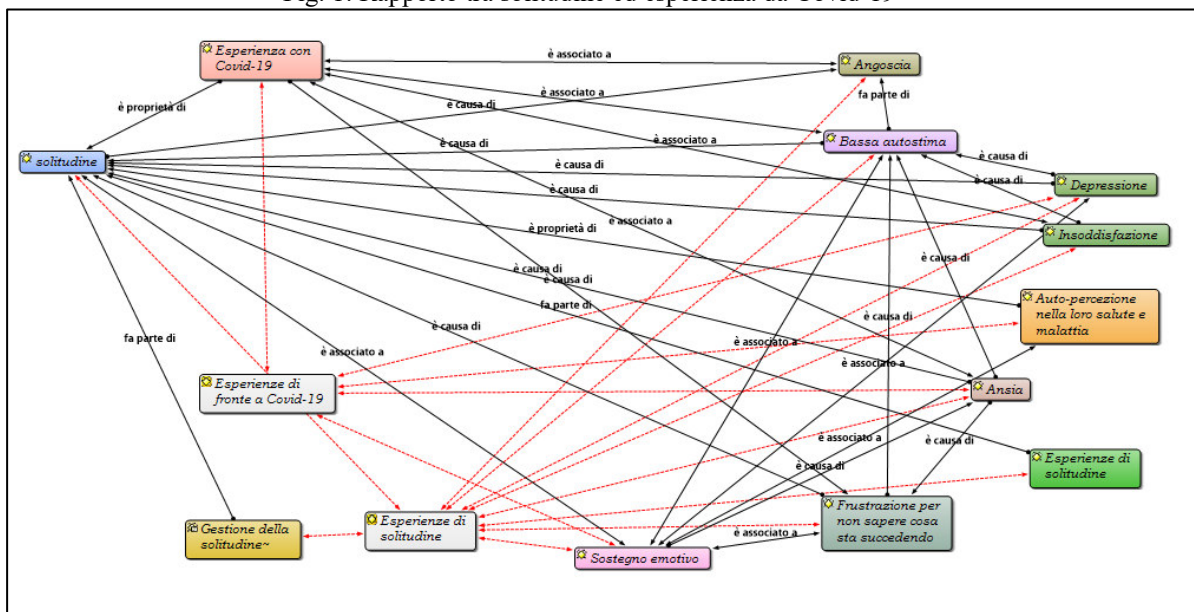
*«Il Covid-19 è stato qualcosa di inaspettato, ma molto forte. Una malattia molto distruttiva e spaventosa. Per fortuna sono un sopravvissuto [...]; mi ha colto in un momento di grande solitudine, ho perso mia moglie il 15 novembre 2019 e nel 2020 il Covid mi ha preso; all'epoca provavo una terribile solitudine e dovevo isolarmi totalmente. Sono sceso al primo piano di casa mia dove mi*

hanno raggiunto con il cibo attraverso una finestra; il dottore veniva tutte le sere alle 7 per applicare una fiala giornaliera per potermi far recuperare, anche se ho avuto molto supporto dalla mia famiglia, in particolare i miei figli e anche mio genero e gli amici». [Intervista n. 10]

«Sono stata malata, ma ora mi sento meglio [...] sono andata al pronto soccorso, sono stata ricoverata, mi hanno dimesso e il medico privato mi ha visto. Un giorno ero in ospedale, la ragazza che mi ha curato ha detto: “Ti dimettiamo perché siamo molto preoccupati per te, qui c’è molto contagio, vai a casa e continua a prenderti cura di te come ti sei sempre presa cura di te stessa”. In ospedale ero un poco triste, quando mi hanno detto di andare nella mia casetta ne sono stata contenta; mi hanno prescritto le medicine, mi hanno anche fatto una flebo. Molto tempo fa ho avuto la gastrite; sto anche prendendo medicine grazie a mia figlia che è un’operatrice sanitaria; lei conosce la medicina e me le dà [le medicine] alle mie ore. Se la nostra famiglia si ammala lei ci porta dal medico, ci fa da mangiare; quando ci ammaliamo è lei che si prende cura di tutti i malati, è la mia prima figlia; passiamo molte cose buone e molte cose cattive con lei». [Intervista n. 7]

Dall’analisi generale dei dati raccolti, si evidenzia come la solitudine espressa chiami in causa questioni di tipo sanitario e assistenziale, ma anche aspetti di ordine antropologico e educativo che investono tanto gli anziani quanto le loro famiglie (Fig. 1).

Fig. 1: Rapporto tra solitudine ed esperienza da Covid-19



## Ansia

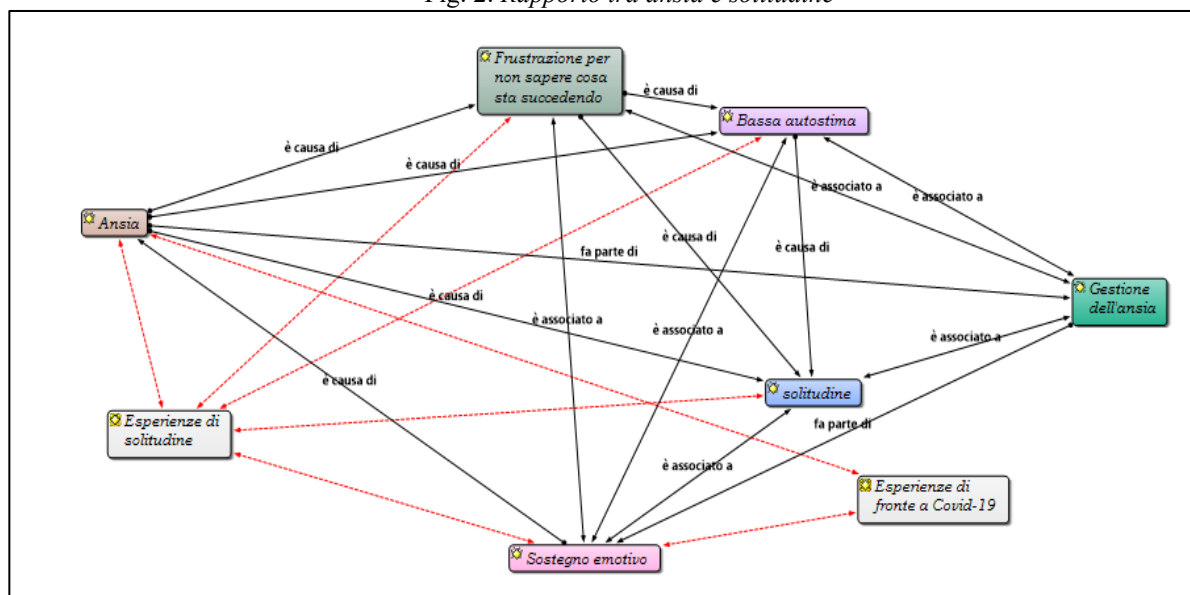
I dati raccolti mostrano che l’ansia espressa dagli intervistati è associata alla solitudine dovuta alla paura di essere contagiati e/o di rimanere soli, provocando un senso di frustrazione che ha un forte impatto sull’autostima (Fig. 2). Strategie comportamentali specifiche (dedicarsi ad un lavoro in casa, fare esercizio fisico, etc.), così come avere contatti con le rispettive famiglie e/o dedicarsi alla preghiera, hanno aiutato gli intervistati a gestire meglio l’ansia.

«Pensando alla quarantena c’è un detto che dice “Sono così stanco di camminare, in questo mondo di vanità, vai avanti fratello e non rimanere per strada, alza gli occhi a Dio, Gesù Cristo ti aiuterà” ... è quello che ho imparato». [Intervista n. 9]

«Il Covid ci ha portato molta tristezza, molta angoscia, abbiamo vissuto un trauma; io ero paffuta, sono grassa, pesavo circa 106 kg. Con questo Covid per la paura mi sono impegnata e ho perso più di 15 kg. Pensando che erano partiti i miei parenti, mia cognata, le mie cugine [...] - sono state persone

*a noi vicine - ho avuto molta angoscia, disperazione, preoccupazione; non volevamo più guardare la televisione perché trasmetteva solo brutte notizie; ci siamo impegnati per stare con la signora [che accudisco], per non avere così tanta angoscia, tanta preoccupazione, perché era qualcosa che andava molto in profondità, molto forte». [Intervista n. 6]*

Fig. 2: Rapporto tra ansia e solitudine



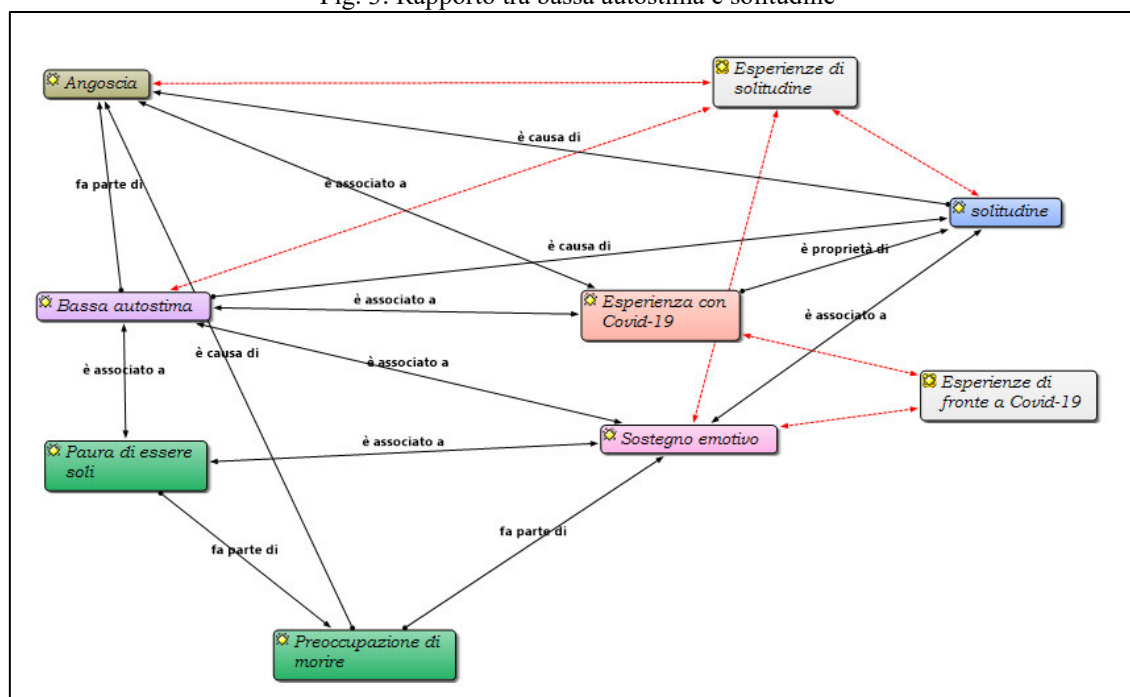
### Bassa autostima

Le testimonianze raccolte sono particolarmente caratterizzate da angoscia, senso di tristezza, pensieri di abbandono e stati di insoddisfazione (Fig. 3). Tali stati hanno influito sul modo di pensare, sentire e agire degli anziani e reso difficile e/o poco agevole il controllo di sé stessi. Nelle interviste è stato osservato che gli intervistati appaiono emotivamente fragili, a seguito soprattutto per la paura che i figli possano contrarre il virus e perdere la vita. Tale situazione sembra poter essere affrontata attraverso visite domiciliari da parte dei professionisti infermieristici e potenziando, contemporaneamente, il rapporto tra gli intervistati e la rete sociosanitaria di riferimento.

*«In questa fase della pandemia posso dire che mi sono sentito solo e allo stesso tempo che non mi sono sentito solo; a volte con questa pandemia ho avuto paura per me stesso, ma ho avuto anche una paura maggiore per i miei parenti; avevo una paura tremenda perché i miei figli, i miei fratelli, i miei nipoti, tutti i miei parenti potevano essere contagiati e mi veniva un tremendo terrore, paura [...] impotenza di non poter andare ad aiutarli. Ricordo chiaramente quando ho dovuto mettere da parte la mia paura, uscire di casa, andare alla porta di casa dei miei fratelli e vedere che venivano portati fuori in ambulanza per portarli al Centro Covid; è stato molto straziante. Penso che questo sentimento di solitudine fosse più forte per quelle persone che non vedevano i parenti portati via in ambulanza, ma piuttosto in una bara, suppongo fosse molto più forte». [Intervista n. 15]*

*«Adesso esco [di casa] a guardare, mi distraigo con la signora che si prende cura di me, passano i vicini, chi mi conosce mi parla, così mi distraigo per un po'; sembra una menzogna, [ma] quando sono dentro la mia stanza provo angoscia, una tristezza che sembra che sto affogando, sto soffocando; anche per mangiare, non posso mangiare, sto affogando, devo mangiare con una brocca d'acqua... è incredibile che ho mangiato un po' di insalata e quasi mi sono affogata». [Intervista n. 5]*

Fig. 3: Rapporto tra bassa autostima e solitudine



## Depressione

Stati depressivi e sentimenti di tristezza appaiono particolarmente frequenti negli intervistati e risultano essere associati alla perdita dei propri parenti, vicini o conoscenti (Fig. 4). Tali perdite risultano avere significativamente limitato la socialità degli intervistati e hanno portato a cambi nel comportamento, nelle attività quotidiane e nei pensieri.

«[...] devi essere impegnato, le cose da fare in casa non mancano mai: puoi mettere in ordine, pulire o ascoltare musica, leggere è molto importante o imparare a suonare la chitarra; faccio ginnastica, mio figlio mi ha portato qualche attrezzo ginnico, altrimenti lancerò la palla contro il muro, [faccio] sempre qualcosa e non sarò inattivo. Consiglio a chi ha problemi di solitudine di fare qualcosa, di ascoltare musica; se non ha mai imparato a suonare la chitarra [consiglio] di fare il proprio piano per imparare e accendere YouTube: insegnano ad accordare la chitarra, passo dopo passo [...]». [Intervista n. 10]

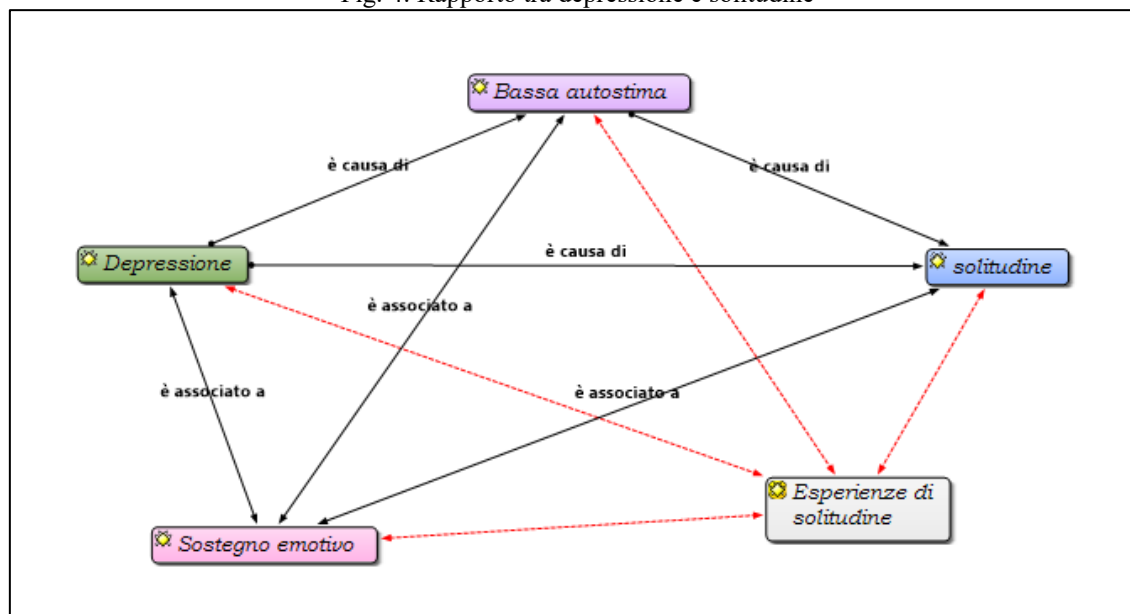
«Ero una persona molto sana e in qualche modo [il virus] mi ha colpito; ho certe sensazioni: a volte ho delle contratture al collo, ma cerco di superarle, usciamo a fare sport, vado a passeggio con mia figlia; questo ci aiuta molto, andiamo ai massaggi, alla sauna o viaggiamo da qualche parte, [facciamo] tutto ciò che può aiutarci a uscire da questa tristezza». [Intervista n. 3]

«Io, ad esempio, ho passato 32 anni della mia vita con amici che erano con me, oggi non lo sono più e so da una chiamata o da un messaggio che stanno bene, ma non riesco più a vederli. Nel fragore della pandemia è stato peggio e si è capito, e noi lo abbiamo capito [...]; per questo sottolineo sempre che l'impotenza in questa emergenza che abbiamo vissuto è stata preponderante: nessuno ci poteva avvicinare per la paura che il problema si ingrandisse. Quella forte sensazione di voler vedere i nostri figli che si avvicinavano per portarci medicine, cibo e non poterli abbracciare; nemmeno avvicinarsi perché era pericoloso [...]. Chiedo sempre a Dio di darmi la forza di essere vicino ai miei figli affinché io possa vedere che hanno le loro famiglie consolidate e possono provvedere a loro stessi». [Intervista n. 15]

«Al tempo della pandemia ho sentito molta solitudine, rinchiusa, senza avere i miei figli, a volte senza dover mangiare [la solitudine] si è sentita molto, parecchio. Adesso forse mi calmerò, così

posso andare avanti... I miei parenti non sono quasi mai venuti, anche loro avevano paura: erano rinchiusi, io ero rinchiusa, non ho avuto visite, ecco come ho passato [il tempo] in questa casetta.» [Intervista n. 9]

Fig. 4: Rapporto tra depressione e solitudine



## 4. Conclusioni

La ricerca svolta, limitatamente ai soggetti intervistati, lascia emergere quanto la pandemia, una volta terminata, porti con sé problemi di natura sanitaria, psicologia ed economica (OECD, 2022; Segato, 2020). Dal punto di vista sanitario, è possibile ipotizzare un'accelerazione del processo di invecchiamento tra gli anziani intervistati, soprattutto nel momento in cui non si riesce a costruire nuovamente delle relazioni efficaci tra questi ultimi e le reti familiari e sociali di riferimento (Jiménez de Aliaga et. al., 2021). Dal punto di vista psicologico, il graduale ritorno alla normalità sembra non poter coincidere con lo *status quo* precedente alla pandemia a causa dei decessi avvenuti, ma anche dei problemi economici che hanno riguardato i soggetti maggiormente fragili (Partezani Rodrigues, 2021)

Nello specifico, dalle interviste effettuate, è possibile sinteticamente affermare che:

- l'esperienza della solitudine generata dalle restrizioni e dai lutti correlati alla pandemia in atto appare un urgente problema di salute pubblica, reso particolarmente evidente dalla mancanza prolungata del supporto di reti familiari.
- le paure che generano ansia negli anziani sono particolarmente legate all'idea di poter perdere la vita (a causa dell'età avanzata) e/o che i propri figli possano essere infettati, ed eventualmente morire anch'essi.
- i social media (soprattutto i sistemi di messaggistica istantanea) hanno avuto un importante ruolo nel permettere agli anziani di restare in contatto, se colpiti dal virus, con la propria rete familiare, così come di informarli circa la situazione della loro salute.
- il recupero degli anziani colpiti dal virus è legato particolarmente al sostegno familiare e sociale ricevuto nei momenti critici, così come al conforto spirituale.
- le esperienze di solitudine vissute dagli anziani richiedono una forte relazione tra soggetto della cura, professionisti sanitari coinvolti (soprattutto gli infermieri) e le strutture sul territorio.

Nel futuro, continuando la discussione intrapresa tra le università coinvolte all'interno della *Red latinoamericana para el cambio social y el aprendizaje emancipatorio*, appare opportuno comprendere più nel dettaglio le conoscenze e le pratiche di cura che gli anziani intervistati hanno



messo in atto per far fronte alle incertezze dovute alla pandemia; analogamente, risulta importante definire insieme ai professionisti coinvolti delle strategie efficaci di presa in carico e di ri-costruzione dei legami familiari e sociali (Luppi, 2015; Benini, 2016; Mariani, Musaio, 2019), coinvolgendo anche gli studenti in formazione della Scuola di Infermieristica della UNAC. Gli interrogativi espressi richiamano l'urgenza di uno sguardo pedagogico ed educativo ai problemi della salute, ed una riflessione attenta su ciò che sta accadendo e sulle trasformazioni in atto nei diversi contesti indagati a seguito dell'esperienza della pandemia (Bruzzone, Zannini, 2021; Musaio, 2022).

Nel lasciare emergere, inoltre, una pluralità di significati inerenti alla cura, le esperienze indicate evidenziano quanto questa abbia a che fare con la totalità della vita delle persone, con il loro ambiente sociale e il contesto culturale (Orefice, 2020). Dal punto di vista dei professionisti interessati e della loro formazione (per quanto discusso, soprattutto in merito alla Scuola di Infermieristica della UNAC), la necessità continua ad essere quella di dotarli - attraverso specifiche attività formative - di capacità "di interpretazione" per comprendere i processi educativi dei soggetti anziani con cui interagiscono, le loro sinuosità, differenze e scarti problematici.

In chiave pedagogica, in definitiva, le esperienze di solitudine narrate e le conseguenze determinate dalla patologia da Covid-19 di cui si è ritrovata qui traccia permettono di interrogarsi sulle diverse "politiche della cura" nei confronti delle persone anziane, di recuperare quei presupposti essenziali per pensare le pratiche di assistenza che a questi si riferiscono, e di comprendere (per poi affrontarle) nuove fragilità e nuovi bisogni che la attuale pandemia sta sempre più lasciando emergere, tanto in Perù come in Italia.

## Bibliografia

- Benini, S. (2016). *Reti di possibilità. Quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie*. Milano, FrancoAngeli.
- Bhutani, S., Greenwald, B. (2021). Loneliness in the Elderly During the COVID-19 Pandemic: A Literature Review in Preparation for a Future Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), S87–S88.
- Bobbo, N. (2009). *La persona e il suo vissuto dell'esperienza di malattia. L'approccio educativo*. Padova, CLEUP.
- Bruzzone, D., Vaccarelli, A., Zoletto, D. (2021). *La cura ai tempi della pandemia: riflessioni e prospettive pedagogiche*. In S. Polenghi, F. Cereda, P. Zini (ed.), *La responsabilità della pedagogia nelle trasformazioni dei rapporti sociali. Storia, linee di ricerca e prospettive*. Lecce, Pensa Multimedia, pp. 1731-1744.
- Bruzzone, D., Zannini, L. (2021). *Sfidare i tabù della cura: Percorsi di formazione emotiva dei professionisti*. Franco Angeli Edizioni.
- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119-142.
- El Peruano - Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 - DECRETO SUPREMO - N° 006-2021-MIMP - PODER EJECUTIVO - MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. (n.d.). Retrieved April 13, 2022 <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-nacional-multisector-decreto-supremo-n-006-2021-mimp-1960402-3/>
- Jiménez de Aliaga K.M., Molina Carrasco Z.C., Solis Tipian M.A., Ibarguen Cueva F.E., Morales Chalco O.R. (2021). *Implementation of sanitary regulations at Covid-19: Transdisciplinary optics*. In: C.G. Castagnola Sánchez, V.R. Castagnola Sánchez (comp.), *The development of scientific training in Peru*. Lima: CEIN, pp. 208-2021.
- Luppi, E. (2015). *Prendersi cura della terza età. Valutare e innovare i servizi per anziani fragili e non autosufficienti*. Milano, Franco Angeli.
- Mariani, V., Musaio, M., (a cura di) (2019). *Pedagogia, relazione d'aiuto e persona anziana: L'accompagnamento personalizzato nelle residenze*. Roma, Edizioni Studium.
- Musaio, M. (a cura di) (2022). *Persone anziane e cura. Riflessioni pedagogiche e narrazioni nel tempo della pandemia*. Roma, Edizioni Studium.

- OECD (2022). *Perspectivas económicas de América Latina 2021: Avanzando juntos hacia una mejor recuperación*. Paris, OECD Publishing.
- Orefice, C. (2020). *Lo studio della cura educativa in un'ottica complessa*. Lecce, PensaMeltimedia.
- Partezani Rodrigues R.A., Silva Fhon J.R., de Lima F.M. (2021). *El cuidado del adulto mayor en la atención primaria en salud em tiempo de COVID-19*. Ribeirão Preto, REDESAM.
- Sayin Kasar, K., Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222–1229.
- Segato, R.L. (2020). *Covid-19 y derechos humanos: La pandemia de la desigualdad*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Tramma, S. (2017). *Pedagogia dell'invecchiare. Vivere (bene) la tarda età*. Milano, FrancoAngeli.