

## 1. La solitudine domestica oggi: entità di un fenomeno socio-sanitario. Siamo già in ritardo....

La solitudine, è al tempo stesso la più sociale e la meno sociale delle esperienze. Non è sociale in quanto coinvolge eventi individuali di separazione, di mancanza di condivisione e di isolamento; è invece sociale perché deriva dalla nostra capacità di intersoggettività, essenziale per la vita di relazione e senza la quale è impossibile agire. La solitudine quando non è ricercata, rigeneratrice, feconda e creativa è un gran vuoto interiore, un malessere che richiede di essere ascoltato, conosciuto e consciamente colmato.

*Nell'immaginario collettivo la parola solitudine evoca ancora la figura dell'anziano o di chi non ha rapporti sociali, invece chiunque, a qualsiasi età, ed anche in mezzo ad una folla può sentirsi solo quando non è in sintonia con l'ambiente circostante, **non riesce ad esprimere pienamente se stesso, non trova ascolto, comprensione o supporto, non si sente amato e desiderato, è con gli altri ma avverte un distacco emotivo e ha difficoltà a comunicare, una persona cara si è allontanata o se ne è andata per sempre, si sente vulnerabile, diverso, giudicato, escluso, è malato o ha un familiare che non gode di buona salute...***

Ma Un esempio che ci può aiutare nella nostra riflessione e rielaborazione, anche professionale, è una ricerca pubblicata sulla rivista online “Perspectives on Psychological Science” dal titolo: “Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review” condotta dal capo progetto Dottor Julianne Holt-Lunstad dell’Università Brigham Young di Utah; essa ha dimostrato l’esistenza di una correlazione tra la morte prematura e l’isolamento sociale soprattutto per una **popolazione giovane**. I ricercatori hanno ripreso e studiato 70 differenti ricerche sulla mortalità, che analizzavano più di 3 milioni di individui, analizzando diverse variabili, come lo stato socioeconomico, l’età, il sesso, giungendo alla conclusione che la solitudine sia in grado di aumentare il rischio di morte prematura del 26%, l’isolamento sociale del 29% e il vivere da soli addirittura del 32%.

Si afferma nella ricerca....*“In questo momento le persone che vivono da sole non solo sono al massimo storico del secolo ma addirittura sono al massimo storico mai registrato nella storia dell’umanità, con la solitudine così radicata tra la popolazione ci aspettiamo un’epidemia di solitudine per i prossimi anni a venire.”*

(Dottore ricercatore Timothy B. Smith che ha partecipato alla ricerca dal titolo: “Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review”)

*“Dobbiamo iniziare a considerare in maniera diversa e soprattutto avere più cura delle nostre relazioni sociali. Gli effetti negativi della solitudine sono comparabili a quelli dell’obesità e la sanità pubblica dovrebbe tenerne conto.” (Il capo progetto Dottor Julianne Holt-Lunstad)*

Ma, se è vero che le ricerche riportano un allargamento della fascia di popolazione, comprendente anche quella adulta, su cui si sta sviluppando una forte incidenza della solitudine relazionale è altresì vero che ad oggi la popolazione anziana è la più esposta e lo sarà ancor di più nei prossimi anni.

**Tra i problemi clinici più seri degli anziani, le cadute e l’equilibrio instabile** causano tassi di mortalità e disabilità temporanea elevati. Negli Stati Uniti, circa i tre quarti delle morti a seguito di caduta accidentale si verificano tra gli ultra 65enni: si tratta quindi principalmente di una sindrome geriatrica

**In Italia sono circa 2 milioni 800mila le persone che ogni anno subiscono almeno un incidente domestico** (più di 50 casi ogni 1000 abitanti/anno). Il tutto si traduce non solo in termini di disabilità e ricoveri ospedalieri, lunghi e costosi per il Servizio sanitario nazionale ma anche in gravi ripercussioni psicologiche: la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono accelerare infatti il declino funzionale e indurre depressione o isolamento.

Il problema è diventato una priorità sanitaria, dal momento che la popolazione italiana (e occidentale in generale) è sempre più longeva - nel 2050 una persona su cinque avrà più di 60 anni - e che tra gli anziani le donne sono la maggioranza (55%).

Secondo i dati provenienti dal Sistema Informativo dell’Emergenza Sanitaria nel Lazio (SIES), nel 2010 si sono verificati n. 136.128 accessi alle strutture di emergenza per incidente domestico in tutta la Regione.

**Brevissima parentesi** su un altro dramma sociale che è legato alle **demenze senili**. il problema ha assunto dimensioni particolarmente drammatiche in Europa e in Italia, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione associato all’aumento dell’aspettativa di vita.

In Europa le diverse forme di demenza interessano attualmente 7,3 milioni di persone - di cui circa 1 milione in Italia - e recenti stime di prevalenza indicano che nei Paesi europei l’incremento del numero delle persone affette da demenza sarà del 43% nel 2020 e del 100% nel 2040. La malattia di Alzheimer soltanto in Italia interessa circa 600 mila persone. Ma il problema è la sostenibilità sociale ed economica di fronte alla pesantezza che questa malattia porta con sé e la solitudine delle famiglie.

## 2. L'operatività: L'Assistenza domiciliare sanitaria e l'assistenza leggera...partiamo dai dati!

Nel corso del 2015 abbiamo come Caritas effettuato **16.350 interventi domiciliari riguardanti 400 persone** (anziani, adulti singoli o in nuclei familiari) prese in carico in Assistenza domiciliare leggera, l'assistenza alimentare ed economica, la consegna dei pasti a domicilio, l'attivazione e il monitoraggio salvavita, l'attivazione della teleassistenza, l'assistenza domiciliare sanitaria per malati Aids. Di questi 16.350 circa 5.500 hanno avuto una rilevanza prioritaria di tipo sanitario per il contrasto della mortalità degli anziani (Telesoccorso) e la cura dei malati di Aids con interventi medico-infermieristici. Il restante numero (circa 11.000 interventi) è legato in maniera principale al bisogno esistenziale di vicinanza e prossimità oppure economico di sostegno al reddito che ha reso le persone inabili ad una socialità e propense ad una graduale perdita di senso. **Questi 11.000 interventi sono in domiciliare leggera...**

**Cosa si intende ormai in letteratura e nella prassi per domiciliare leggera:**

In particolare parliamo di:

- ◆ **Aiuto nello svolgimento delle piccole faccende quotidiane: come ad esempio fare la spesa, andare a pagare una bolletta, consegnare una pratica presso un ufficio, ritirare una impegnativa dal medico di famiglia.**
- ◆ **Compagnia e sostegno per il tempo libero:** si gioca a carte, si legge un libro, si va a fare insieme una passeggiata o qualche piccolo acquisto, ecc.
- ◆ **Ausilio nella preparazione dei pasti,** nella somministrazione dei medicinali (attraverso modalità non invasive) nella soluzione dei piccoli problemi quotidiani (contattare un idraulico, un elettricista, una sarta, ecc.).
- ◆ **Ausilio alla mobilità: accompagnamenti...**si va in automobile in ospedale o presso un centro polispecialistico quando si devono sostenere esami diagnostici o sottoporsi ad una visita medica. L'assistente rimane in compagnia dell'anziano per tutto il periodo della visita medica.
- ◆ **Aiuto nello svolgere qualsiasi attività che NON richieda l'esecuzione di lavori legati all'igiene e la cura della persona o di pulizia della casa.**

Essa ha, dunque, attraverso l'opera di volontari formati e seguiti da educatori, come finalità quella di restituire alla cittadinanza un modo di essere Comunità, che ridia attenzione alle la costruzione di relazioni primarie, affettive, corte, di prossimità e di vicinato, a contrasto della solitudine domestica ed esistenziale **Significa concretamente ridare vita** alla casa come luogo di custodia e di espressione di un progetto di vita degna e felice; **significa accompagnare** percorsi di perdita di senso con una vicinanza qualificata nella relazione; significa scegliere di

non volersi distrarre e considerare la qualità di vita dell'altro il pretesto per migliorare quella di tutti; **significa considerare la relazione il luogo della pedagogia; significa rinunciare ad un abito vecchio, una abitudine del fare**, e acquisire le conoscenze per diventare un sarto, **per costruire on the job soluzioni su misura, volta per volta, con gli strumenti della consapevolezza e della partecipazione progettuale.**

Ma tornando ai numeri ....Si specifica, inoltre, che **di 400 persone assistite 167 sono persone anziane e 233** sono adulti singoli o facenti parte nuclei familiari. **Per la fattispecie famiglia** pur avendo per esigenze tecniche attribuito l'intervento a singoli componenti del nucleo, spesso la domiciliare leggera questo ha avuto molteplici destinatari. In effetti l'evento traumatico familiare che succede ad un componente, sia in ambito sociale (perdita del lavoro di uno dei coniugi o di entrambi) che sanitario (malattia o altro evento traumatico di uno o più dei componenti), coinvolge inevitabilmente un sistema interno di relazioni che mette a rischio e purtroppo di solito distrugge quella coesione interna e anche, quindi, l'ultimo baluardo per il contenimento degli effetti negativi della crisi. Nel caso delle famiglie lo status economico di sofferenza è stato il pretesto della chiamata e della presa in carico. Infatti, **dalle visite domiciliari è emersa comunque una forte sofferenza relazionale e affettiva, spesso causa o conseguenza di eventi traumatici legati al disagio manifestato. Emerge una solitudine dei e nei territori: la famiglia e la casa oggi sono in questi territori luogo di disperazione e non più di risorse e ricchezza.**

Nell'esperienza, invece, dell'assistenza domiciliare per malati di Aids **i 3982** interventi effettuati a favore di circa **46 pazienti** di media assegnati **hanno rilevato la necessità di un'attenzione alla Persona che superi l'evidenza della malattia fisica.** Il malato è portatore sano di vita e di diritto alla vita. Le storie che raccontano l'evoluzione di uno stato di cedimento fisico nella patologia sono altrettanto importanti per accompagnare e dare futuro agli anni di vita di un paziente grave come quello in Aids. Per questo il servizio oltre a quanto necessario e previsto da cartella sanitaria, ha dato spazio all'ascolto e all'accoglienza di bisogni della Persona e delle famiglie per alleggerire il carico tensivo inerente la malattia fornendo anche aiuti economico-alimentari (autorizzazione emporio, pagamento e acquisto di beni e servizi), assistenza leggera (con compagnia a domicilio), visite domiciliari dell'assistente sociale (per disbrigo pratiche burocratiche e attivazione di percorsi per esigere ed ottenere benefici di diritto).

### **3. Gli scenari futuri di un welfare domestico: parliamo di tendenze e certezze..**

...gli **anziani**, su cui però l'Italia è notevolmente indietro... Quando si parla di politiche per l'invecchiamento demografico esiste un confine netto, non solo geografico, fra il Nord e il Sud Europa. Basti pensare che la percentuale di individui over 65 che riceve cure domiciliari a lungo termine arriva al 20% in paesi come Danimarca, Olanda, Islanda per assestarsi, In Italia, nel 2009, al 3%. I dati sono la diretta conseguenza di un approccio differente al problema. I Paesi del Nord Europa hanno adottato da tempo le linee guida di medio-lungo termine. I Paesi dell'area meridionale hanno invece privilegiato un approccio immediato all'emergenza rinunciando ad adottare una programmazione prospettica. I dati Istat più attuali documentano un 4,9% di diffusione dei servizi domiciliari contro una media europea arrivata al 13%

**In altre parole, l'Italia risulta essere il paese europeo con una tra le percentuali più basse di anziani assistiti a domicilio.**

**Servono linee guida programmatiche, a medio-lungo termine, con una visione prospettica unitamente a una maggiore fluidità dei sistemi autorizzativi e di accreditamento che spesso rendono difficoltosa l'adozione di politiche innovative.**

**Ma la lotta alla solitudine e all'isolamento domestico, definita dallo studio americano come nuova pandemia, si deve rivolgere in futuro anche a contrasto di nuove forme per diverse fasce d'età.**

**I giovani...**

In Italia, sono tanti e diversificati i **nuovi fenomeni** che portano all'isolamento e alla solitudine, basti pensare agli **“hikikomori” italiani**; il fenomeno si sta diffondendo, nonostante non abbia ottenuto il **riconosciuto ufficiale di malattia sociale come in Giappone**; sono tendenzialmente **maschi, intelligenti, dotati di buona dialettica, tra i 15 e i 17 anni: trascorrendo molte ore notturne davanti al pc, impegnati soprattutto in giochi di ruolo, manifestano incapacità di alzarsi dal letto la mattina, disertando progressivamente tutti gli ambienti della vita diurna, dalla scuola ai centri sportivi**. Numerosi i casi registrati dal Minotauro, Istituto di Analisi dei Codici Affettivi di Milano che propone consultazione psicologica per adolescenti in crisi.

**Le famiglie e gli adulti sono lo scenario futuro su cui investire per politiche di inclusione sociale, in particolare se constatiamo che i territori diventano luoghi di assenza di vita comunitaria; laddove anche le interconnessioni tra diverse culture dovrebbe diventare un tema, spesso però eluso; laddove la sofferenza economica acuisce lo scontro tra povertà e tra**

**poveri.** I territori in un passato recente producevano scambi di solidarietà. Erano ammortizzatori sociali

A questo scopo **bisogna aumentare e sempre meglio indirizzare le progettualità territoriali, nell'ottica di un welfare di Comunità, che includa il cittadino, il volontario, l'operatore di quartiere in una rete progettuale e non solo, come forse sta accadendo, come opzione possibile in quanto a basso costo.** In questo senso l'approccio domiciliare per le sue caratteristiche consente di avviare percorsi complessi e da un segno di attenzione particolarmente apprezzato.

### **Alcune risposte innovative agli scenari sollevati**

- **...Il progetto Quartieri solidali** che la Caritas porta avanti da alcuni anni, legando le componenti, istituzionali, del privato sociale, del volontariato di territorio, delle parrocchie; è una risposta creativa che rimette al centro la persona in un territorio, dentro un condominio, per ottenere uno scambio inter-generazionale, un'attenzione di vicinato, il contrasto della solitudine e la partecipazione civica. **E' un progetto che lega già 7 Comunità di diversi territori di Roma per una nuova visione della relazione d'aiuto, che preveda diversi approcci circolari (di domiciliare leggera, di socializzazione, di condominio solidale), come strumenti a favore del benessere di tutti**
- **Alcune sperimentazioni fatte e in atto di domiciliare leggera...** quella rivolta ai **malati di SLA** o a **pazienti psichiatrici** o, in ultimo, **ad persone in Aids** conclamato. **In questi casi però s'incorre, e si è incorso, in una sfida assolutamente attraente dal punto di vista progettuale e professionale, nell'ottica dell'innovatività e della creatività lavorativa.** In effetti questa sperimentazione, nata in maniera casuale, ha fornito l'occasione di mettere allo stesso tavolo progettuale medici, educatori, assistenti sociali, fisioterapisti, musicoterapisti, psicologi, psichiatri e volontari e verificare on the job la fatica ma anche l'importanza vitale di attuare un'integrazione fattiva socio-sanitaria, di cui tanto si parla e con cui poco si lavora. **La domiciliare leggera mette in evidenza la persona ancor prima dello status sociale e sanitario, perché l'inabilità sociale e sanitaria sono strettamente collegate e qualificano sempre l'esistenza, unitamente agli aspetti di senso, culturali e spirituali.** Anzi... è lo stesso concetto di salute che viene a cambiare e tende a trasformarsi in un concetto globale che coinvolge e riguarda tutti gli ambiti di vita della persona: non solo quelli strettamente medici ma anche quelli psicologici e sociali. **Ma un diverso rapporto con la concezione della salute comporta anche un diverso rapporto con le istituzioni sanitarie e la loro logica medicalizzante.**

### **Conclusioni**

Come si evince dalle riflessioni sulla stretta correlazione tra malattia ed isolamento, tra benessere e luogo di cura, non è professionalmente corretto e coerente ragionare nella cura a domicilio come credo nella cura in generale, sulla malattia, senza effettuare una approfondita anamnesi sociale, che metta al centro la ricostruzione delle reti relazionali ed affettive che sono dentro all'evento traumatico sanitario; solo partendo da un'anamnesi attenta si potrà ragionare sul progetto educativo individuale, strumento imprescindibile. La solitudine è spesso nelle cause e non solo negli effetti della malattia. La pedagogia è dunque dentro un piano terapeutico e non accessoria; e gli sforzi operativi devono coinvolgere professionalità competenti nel mettersi in relazione con altri saperi scientifici, insieme coinvolgere le comunità territoriali e trasferire conoscenze e strumenti ad ogni cittadino per saper riconoscere questi rischi, saper approcciare ed individuare le sofferenze, saperle anche accompagnare verso percorsi di contenimento e cura, perché sono persone che sono accanto a noi e sono noi.

Bisogna produrre un cambiamento, un passaggio dal "curing", letteralmente guarire, al "caring", letteralmente interessarsi, prendersi cura; il "curing" considera la persona come semplice contenitore del reale oggetto di indagine, il "caring" si concentra sul portatore del disagio specifico, per arrivare alla persona e alla valorizzazione delle sue risorse e potenzialità. In questo approccio deve essere favorita una strategia a medio/lungo termine che favorisca la cura nel domicilio e riduca la distanza con gli altri paesi europei. Questo approccio è vantaggioso, dignitoso, che invita ad una co-responsabilità nei territori e con i territori; favorisce il lavoro di rete e la contaminazione socio-sanitaria in quanto mette insieme le professionalità, il coinvolgimento del vicinato e del volontariato. E' il futuro di una civiltà dell'ascolto e della cura. Produce benessere e risparmio.

Per questo ci troviamo oggi in un periodo di riqualificazione e di ridefinizione dell'intervento sociale e domiciliare che riguarda il professionista dell'educazione, ma anche il medico, l'infermiere, i terapisti, gli operatori socio-sanitari, i volontari e ogni cittadino; non solo si parla d'integrazione socio-sanitaria ma al "*prendersi cura del singolo*" si aggiungono elementi presenti all'interno di una dimensione di cura che abbraccia i soggetti, i gruppi e i contesti, in particolar modo, il contesto privato di ogni persona, che rappresenta il punto principale da cui ri-partire.