



Journal Club - Aggiornamenti in Geriatria

9 Febbraio 2018

**End loneliness.
Giornata contro la solitudine dell'anziano**

Marco Trabucchi



“Nessuno può rialzarsi, proteggersi e riscaldarsi da solo” (Papa Francesco)

“Loneliness grows from individual ache to public health hazard” (Washington Post, January 31, 2016)

**“All the lonely people
Where do they all come from?
All the lonely people
Where do they all belong?...”**
(Eleanor Rigby, Beatles, 1966)

- **Le speranze e la tecnologia**
- **Lo scenario generale**
- **I fattori di rischio**
- **Lo scenario clinico**
- **L'impegno di AIP**



**“Good morning to you! Have a good day, now!”
Un saluto a chi entra in alcune stazioni della
metropolitana di New York da parte di personale
addetto.**

**“The new role adds relevance to a group of
employees who have become increasingly
sidelined by technology”.**

La tecnologia libera tempo di lavoro (vedi i robot che, secondo alcuni studiosi, compiranno circa il 35% del lavoro clinico).

La grande scommessa sarà quella di dedicare il tempo liberato non al risparmio sul piano economico, ma a costruire relazioni di cura fondate sul rapporto personale.



Un tempo di grande criticità, perché di fronte a fenomeni diffusi di perdita sul piano delle relazioni si aprono scenari che permettono interventi.

Per questo AIP ha deciso di dedicare il 15 novembre a:

“End loneliness.

Giornata contro la solitudine dell’anziano”.



Lo scenario generale



Una solitudine di oggi che viene da lontano ...

LE FAMIGLIE

	2013			2017		
	FAMIGLIE	COMPONENTI	MEDIA	FAMIGLIE	COMPONENTI	MEDIA
■ Femmina sola	23.152	23.152	1,00	23.824	23.824	1,00
■ Maschio solo	16.283	16.283	1,00	17.863	17.863	1,00
■ Coppia sola	14.609	29.218	2,00	14.345	28.690	2,00
■ Coppia con figli	19.169	70.726	3,69	18.298	67.850	3,71
■ Madre e figli	7.501	17.553	2,34	7.870	18.553	2,36
■ Padre e figli	1.387	3.232	2,33	1.454	3.414	2,35
■ Coppia e altri	691	2.451	3,55	661	2.330	3,52
■ Coppia, figli e altri	1.581	8.337	5,27	1.636	8.790	5,37
■ Altro tipo	7.682	22.821	2,97	8.541	25.437	2,98
■ TOTALE	92.055	193.773	2,10	94.492	196.751	2,08

SESSO CLASSI DI ETÀ	Livello di sostegno sociale percepito				Livello di sostegno sociale percepito			
	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato
	%				Valori assoluti			
MASCHI								
15-24	9,7	51,5	37,7	1,0	297	1.569	1.147	31
25-34	15,6	54,1	28,1	2,2	534	1.851	963	75
35-44	19,2	53,1	26,1	1,6	852	2.354	1.156	72
45-54	18,6	56,8	23,7	0,9	887	2.701	1.126	41
55-64	18,7	54,7	25,6	1,0	696	2.034	952	38
65-74	16,4	57,5	25,1	1,0	501	1.759	767	32
75 e più	18,7	53,7	27,0	0,9	492	1.417	711	18
65 e più	17,4	55,8	26,0	0,7	993	3.176	1.478	49
Totale	17,0	54,6	27,2	1,2	4.259	13.687	6.823	306
FEMMINE								
15-24	11,5	53,8	33,3	1,4	329	1.544	956	40
25-34	14,3	52,9	31,6	1,2	482	1.785	1.067	40
35-44	17,5	52,6	28,9	1,0	780	2.343	1.288	43
45-54	17,7	55,7	25,5	1,1	863	2.725	1.247	55
55-64	18,9	55,8	24,4	0,8	752	2.217	971	33
65-74	18,3	56,2	24,2	1,2	629	1.928	830	42
75 e più	18,4	53,6	27,4	0,9	738	2.145	1.099	23
65 e più	18,4	54,8	25,9	0,6	1.367	4.073	1.928	65
Totale	16,9	54,4	27,6	1,0	4.573	14.687	7.457	277
MASCHI E FEMMINE								
15-24	10,6	52,6	35,6	1,2	626	3.113	2.103	71
25-34	14,9	53,5	29,9	1,7	1.016	3.636	2.030	116
35-44	18,4	52,8	27,5	1,3	1.632	4.697	2.444	115
45-54	18,1	56,3	24,6	1,0	1.750	5.427	2.373	96
55-64	18,8	55,3	25,0	0,9	1.448	4.251	1.923	70
65-74	17,4	56,8	24,6	1,1	1.129	3.687	1.597	74
75 e più	18,5	53,6	27,2	0,9	1.230	3.562	1.810	41
65 e più	18,0	55,2	25,9	0,6	2.359	7.249	3.407	115
Totale	17,0	54,5	27,4	1,1	8.832	28.374	14.280	583

**Persone di 15 anni e più
per livello di sostegno
sociale percepito, sesso e
classe di età (per 100
persone con le stesse
caratteristiche e dati in
migliaia)**

(Indagine Istat,
2018)

REGIONI	Livello di sostegno sociale percepito				Livello di sostegno sociale percepito				
	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato	
15 ANNI E PIÙ					65 ANNI E PIÙ				
Piemonte	15,6	59,2	24,3	0,9	17,4	58,6	23,4	0,6	
Valle d'Aosta	18,9	57,6	21,9	1,6	27,9	51,4	15,5	5,2	
Liguria	17,3	56,0	25,5	1,2	20,3	55,9	22,7	1,0	
Lombardia	14,8	56,6	27,9	0,8	17,2	53,8	28,4	0,6	
Trentino - Alto Adige	11,1	49,5	37,3	2,1	12,8	49,4	37,2	0,6	
Bolzano	7,5	47,2	41,3	4,0	9,1	52,6	36,9	1,4	
Trento	14,6	51,6	33,5	0,3	16,0	46,5	37,5	-	
Veneto	19,0	53,4	26,4	1,3	20,1	54,1	25,2	0,6	
Friuli-Venezia Giulia	20,6	51,0	26,8	1,6	26,9	48,5	22,5	2,1	
Emilia-Romagna	18,0	53,5	27,9	0,6	16,2	56,7	26,7	0,4	
Toscana	17,7	55,2	25,8	1,3	19,8	56,2	23,6	0,4	
Umbria	15,7	47,1	37,3	-	12,7	49,5	37,8	-	
Marche	18,5	57,8	22,4	1,3	19,8	54,4	24,9	0,9	
Lazio	19,1	54,9	24,8	1,1	19,8	59,0	20,5	0,7	
Abruzzo	13,1	58,3	26,7	1,9	12,5	54,0	32,1	1,5	
Molise	15,6	45,3	33,4	5,7	10,5	51,5	28,5	9,4	
Campania	20,4	55,3	23,4	0,9	21,3	53,0	25,0	0,6	
Puglia	18,1	52,1	28,2	1,5	18,8	56,0	23,4	1,9	
Basilicata	18,3	57,0	24,2	0,6	17,1	62,2	20,1	0,7	
Calabria	16,0	49,7	33,1	1,3	11,5	58,0	29,5	1,0	
Sicilia	13,8	53,1	32,2	0,9	14,7	56,1	28,4	0,9	
Sardegna	14,6	48,3	35,1	2,1	16,5	48,2	32,4	2,9	
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE									
Nord-ovest	15,3	57,2	26,6	0,9	17,7	55,4	26,2	0,7	
Nord-est	18,1	52,8	28,0	1,1	18,8	54,1	26,4	0,7	
Centro	18,3	54,8	25,7	1,1	19,2	56,7	23,5	0,5	
Sud	18,2	53,7	26,7	1,3	17,7	55,1	25,8	1,4	
Isole	14,0	51,9	32,9	1,2	15,2	54,0	29,4	1,4	
GRADO DI URBANIZZAZIONE									
Area densamente popolata	19,8	55,9	23,1	1,2	20,2	56,9	22,0	1,0	
Area mediamente popolata	16,0	54,7	28,1	1,1	17,2	54,9	27,1	0,8	
Area scarsamente popolata	15,1	52,4	31,4	1,0	16,5	53,7	29,0	0,9	
Italia	17,0	54,5	27,4	1,1	18,0	55,2	25,9	0,9	

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più per livello di sostegno sociale percepito, regione, ripartizione geografica e grado di urbanizzazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

(Indagine Istat, 2018)

TITOLO DI STUDIO	Livello di sostegno sociale percepito			
	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato
25-44				
Basso	24,6	50,1	23,2	2,1
Medio	14,8	54,5	29,6	1,1
Alto	11,4	54,1	33,0	1,4
Totale	16,9	53,1	28,5	1,5
45-64				
Basso	19,4	55,1	24,4	1,1
Medio	17,3	57,1	24,9	0,7
Alto	18,3	54,9	25,7	1,0
Totale	18,4	55,8	24,8	1,0
65 ANNI E PIÙ				
Basso	17,8	54,9	26,5	0,8
Medio	18,8	57,2	23,0	1,1
Alto	18,1	53,9	27,2	0,8
Totale	18,0	55,2	25,9	0,9
TOTALE				
Basso	19,7	54,0	25,1	1,2
Medio	16,4	55,9	26,8	0,9
Alto	14,6	54,4	29,8	1,2
Totale	17,8	54,7	26,4	1,1

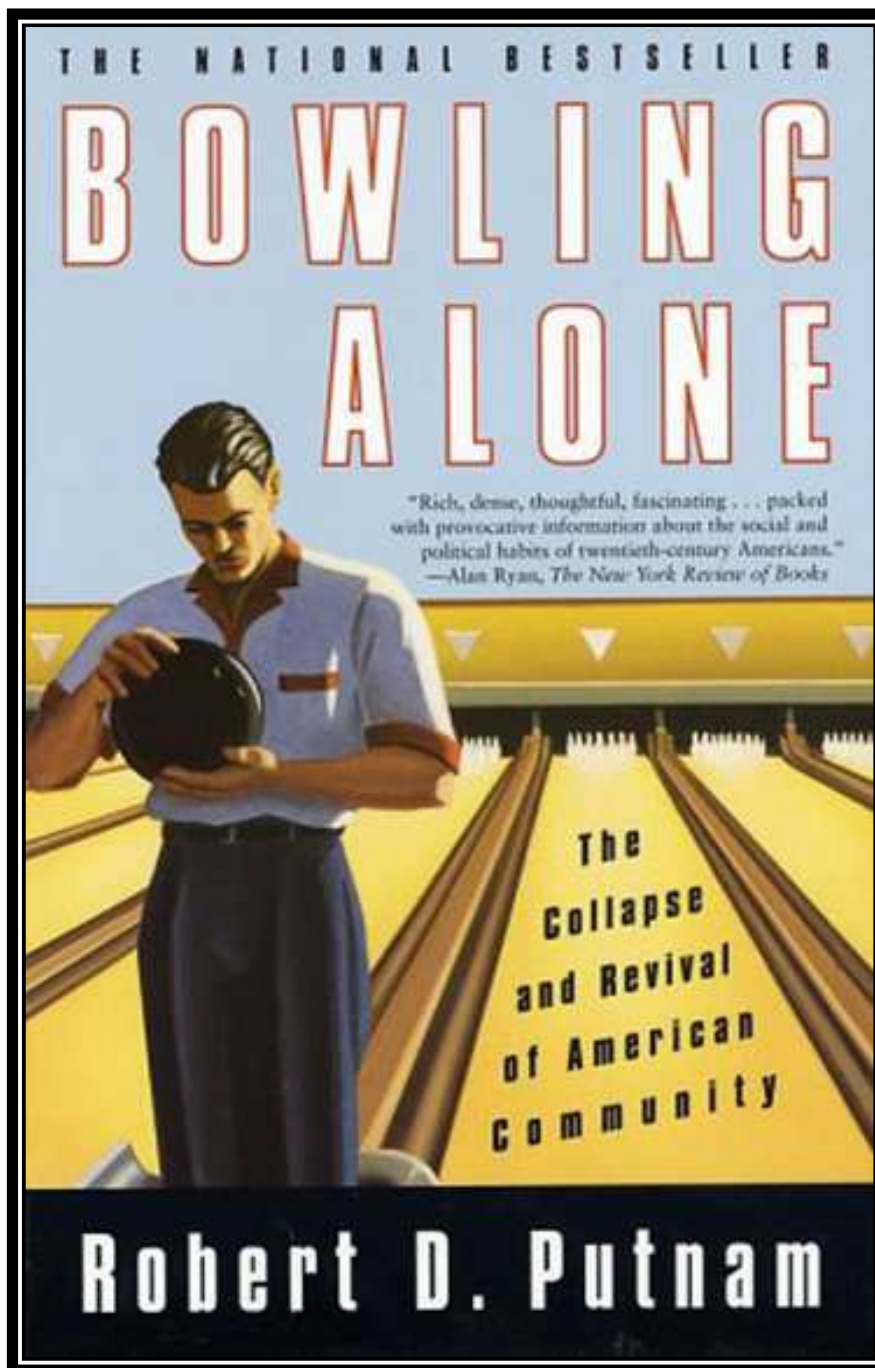
Persone di 15 anni e più e 65 anni e più per livello di sostegno sociale percepito, sesso, classe di età e titolo di studio (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

(Indagine Istat, 2018)

SESSO QUINTI DI REDDITO	Livello di sostegno sociale percepito				Livello di sostegno sociale percepito			
	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato	Debole	Intermedio	Forte	Non indicato
15 ANNI E PIÙ					65 ANNI E PIÙ			
MASCHI								
Primo quinto	21,9	52,6	23,6	1,9	21,0	59,7	17,7	1,6
Secondo quinto	18,9	53,7	26,1	1,4	19,5	53,6	25,8	1,1
Terzo quinto	14,5	55,2	29,4	0,9	15,9	55,0	28,2	0,9
Quarto quinto	15,1	55,4	28,6	0,9	18,1	54,2	27,5	0,2
Quinto quinto	15,3	55,7	28,0	1,1	15,0	57,8	26,3	0,9
Totale	17,0	54,6	27,2	1,2	17,4	55,8	26,0	0,9
FEMMINE								
Primo quinto	21,4	52,6	24,5	1,5	20,4	56,3	22,1	1,2
Secondo quinto	18,7	53,2	27,3	0,8	19,1	53,0	26,9	1,0
Terzo quinto	16,3	54,7	28,1	0,9	18,7	54,8	25,8	0,8
Quarto quinto	14,0	55,6	29,6	0,8	17,8	55,7	26,0	0,5
Quinto quinto	14,3	55,9	28,6	1,1	16,3	54,9	27,7	1,1
Totale	16,9	54,4	27,6	1,0	18,4	54,8	25,9	0,9
MASCHI E FEMMINE								
Primo quinto	21,6	52,6	24,1	1,7	20,6	57,6	20,4	1,4
Secondo quinto	18,8	53,4	26,7	1,1	19,2	53,2	26,5	1,0
Terzo quinto	15,4	54,9	28,7	0,9	17,5	54,9	26,8	0,8
Quarto quinto	14,6	55,5	29,1	0,9	17,9	55,0	26,7	0,4
Quinto quinto	14,8	55,8	28,3	1,1	15,7	56,4	27,0	1,0
Totale	17,0	54,5	27,4	1,1	18,0	55,2	25,9	0,9

Personne de 15 ans et plus et 65 ans et plus par niveau de soutien social perçu, sexe et quintiles de revenu familial (par 100 personnes avec les mêmes caractéristiques)

(Indagine Istat, 2018)



(2000)



**La visione “antica”, ma efficace del Cristianesimo.
“La gratitudine la deve avere chi dona, non chi
riceve, perché quest’ultimo è stato la causa di
un’opera buona”.**



Oggi Beveridge avrebbe aggiunto tra gli obiettivi primari dello stato sociale inglese, oltre all'ignoranza, alla povertà, alle malattie, anche la solitudine.



**Il ministero della Solitudine del governo UK
come tentativo di risposta.
Il suo valore "politico" e psicologico per creare
le condizioni verso una società integrata.**

Social isolation and loneliness

Aparna Shankar

Department of Epidemiology & Public Health

UCL



Institute for
Fiscal Studies



NatCen
Social Research



I fattori di rischio



“Your world dies before you do”:
**esprime l’intensità di una condizione senza speranza
che si pone nella prospettiva di una tragedia senza
confini.**

Varie sono le cause alla base di una condizione di solitudine: crisi della famiglia come luogo di compensazione e di equilibrio tra i componenti, problematiche demografiche derivanti dalla morte di molti coetanei, realtà abitative caratterizzate da una progressiva riduzione degli spazi, allentamento dei legami di amicizia e di vicinato, diffusione delle comunicazioni per via elettronica come surrogato di adeguati rapporti interpersonali. Va sottolineato che queste condizioni si associano tra di loro in modo complesso, per cui anche gli interventi devono essere condotti tenendo presente lo scenario umano che caratterizza il singolo o una data popolazione.

Gli uomini generalmente hanno meno probabilità di rivelare la propria solitudine a causa delle differenze culturali e di genere nell'espressione delle emozioni; la sociologa Arlie Hochschild chiama queste "le regole dei sentimenti". Queste dominanti nelle società occidentali, generalmente impediscono agli uomini di esprimere le emozioni più sensibili e quindi di cercare il contatto sociale, il sostegno e l'amicizia allo stesso modo delle donne (Hochschild, 2013). Per coloro che non sono circondati da persone che si prendono cura di loro, la solitudine può persistere a lungo. E' chiaro poi che la mancanza di contatti rappresenti un limite all'*help seeking* e all'ottenimento di informazioni utili a ottenere il miglior livello di assistenza e quindi di salute psico-fisica; nei soggetti anziani, la solitudine finisce per associarsi a una riduzione significativa della qualità di vita, oltre che dell'aspettativa di vita.

La solitudine è un fattore aggiuntivo a molti altri quali l'età, le patologie croniche e la perdita parziale o totale dell'autosufficienza, capace di accelerare il processo di "fragilizzazione" della persona anziana.

Il percorso vitale delle persone sole passa anche attraverso il rischio di un aumento della fragilità, cioè della capacità di mantenere l'omeostasi e la vulnerabilità di fronte ad agenti stressogeni a causa della riduzione delle riserve fisiologiche. La fragilità è associata con la solitudine e l'isolamento sociale, anche se non sono sempre chiare le cause di questa associazione; infatti è possibile che l'essere fragili induca a uno stile di vita caratterizzato da solitudine e isolamento. Per dimostrare invece la tendenza di senso opposto, cioè che solitudine e isolamento portino a un aumento della condizione di fragilità, è stato svolto uno studio sui dati dell'ELSA per misurare se alti livelli di solitudine inducessero una progressione della fragilità (Gale et al, 2017). E di fatto si è trovato che alti livelli di nevroticismo o bassi livelli di coscienza o estroversione possono risultare fattori di rischio per l'insorgere o la progressione di fragilità.

Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study

Lena Dahlberg^{a,b}, Lars Andersson^c and Carin Lennartsson^a

^aAging Research Center, Karolinska Institutet & Stockholm University, Stockholm, Sweden; ^bSchool of Education, Health and Social Studies, Dalarna University, Falun, Sweden; ^cNational Institute for the Study of Ageing and Later Life, Linköping University, Norrköping, Sweden

ABSTRACT

Objectives: The understanding of social phenomena is enhanced if individuals can be studied over longer periods. Regarding loneliness in old age, there is a general lack of longitudinal research. The aim of this study was to examine whether there is an association between loneliness in old age and social engagement 20 years earlier, as stated by life course theory and the convoy model.

Method: Data from the nationally representative Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (2002 and 2011 data collection waves) and the Swedish Level of Living Survey (1981 and 1991 data collection waves) were used. The sample included 823 individuals with an average age of 62.2 years at baseline and 82.4 years at follow-up.

Results: Each form of social engagement in old age was significantly associated with the same form of social engagement 20 years earlier. Close forms of social engagement were associated with loneliness in old age; as were more distant forms of social engagement, but only when they were considered solely in old age.

Conclusion: Patterns of social engagement in old age were established at least 20 years earlier and close forms of social engagement are long-term predictors of loneliness, although current social engagement tended to be more influential on loneliness. The study underlines the importance of interventions targeted at close relationships that can provide social support in old age.

ARTICLE HISTORY

Received 25 May 2016
Accepted 9 October 2016

KEYWORDS

Loneliness; social factors; life course; convoy model; longitudinal

The Precarity of Older Adults Living Alone With Cognitive Impairment.

Portacolone E¹, Rubinstein RL², Covinsky KE³, Halpern J⁴, Johnson JK^{1,5}.

Author information

Abstract

PURPOSE OF THE STUDY: To examine the lived experience of older adults living alone with cognitive impairment to better understand their needs and concerns. Based on our previous work suggesting that older adults living alone often experience a sense of precarity, we were interested in exploring this construct in older adults living alone with a diagnosis of cognitive impairment. The notion of precarity points to the uncertainty deriving from coping with cumulative pressures while trying to preserve a sense of independence.

DESIGN AND METHODS: This is a qualitative study of 12 adults aged 65 and older living alone with cognitive impairment. Six participants had a diagnosis of Alzheimer's disease; 6 had a diagnosis of mild cognitive impairment. Participants' lived experiences were elicited through 40 ethnographic interviews and participant observation in their homes. Using a qualitative content analysis approach, interview transcripts and fieldnotes were analyzed to identify codes and themes.

RESULTS: Qualitative analysis of transcripts revealed three themes. Theme 1 described the distress stemming from the uncertainty of having cognitive impairment that has an unpredictable course. Theme 2 drew attention to the tendency of participants to feel responsible for managing their cognitive impairment. Theme 3 described the pressures stemming from the lack of appropriate services to support independent living for persons with cognitive impairment.

IMPLICATIONS: These 3 themes all pointed to facets of precarity. Findings also suggest the dearth of programs to support older adults living alone with cognitive impairment and the need to develop novel programs and interventions.

KEYWORDS: Alzheimer's disease; Cognition; Dementia; Qualitative analysis: Content analysis; Social services

"I Feel Trapped": The Tension Between Personal and Structural Factors of Social Isolation and the Desire for Social Integration Among Older Residents of a High-Crime Neighborhood.

Portacolone E^{1,2}, Perissinotto C³, Yeh JC⁴, Greysen SR⁵.

Author information

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The aim of this study was to examine the factors contributing to the social isolation of older residents of a high-crime neighborhood through the in-depth examination of their lived experiences. A deeper understanding of factors contributing to social isolation can allow policymakers and health care providers to create policies and programs to alleviate the social isolation of these vulnerable and understudied individuals.

RESEARCH DESIGN AND METHODS: Participants were recruited through the support of the Housing Authority and Police and Fire Departments of Richmond, California, a town with a high-crime rate. Fifty-nine ethnographic interviews were conducted with 20 individuals of 58-95 years of age. Transcripts and fieldnotes were analyzed with a focus on the specific factors contributing to the social isolation of participants.

RESULTS: An overarching theme of tension between personal and structural factors of social isolation and desire for social integration emerged from qualitative content analysis. A tension emerged between a longing to participate in society and the immersion in a reality so dense with obstacles that made participation in society difficult to attain. Four specific themes also emerged. Three themes demonstrated underlying factors of social isolation stemming from the personal sphere and the physical and social environment. The fourth theme illustrated participants' desire for social integration.

DISCUSSION AND IMPLICATIONS: Findings demonstrate the salience of interventions and programs to make neighborhoods safe and accessible to older residents. Findings also suggest a need to reframe the conceptual framework for social isolation to better measure and alleviate this public health problem.

KEYWORDS: Crime; Disparities (health racial); Environment (ergonomics); Gerontology; Health care policy; Public policy; Social isolation; Sociology of aging/social; Urban

"Move or Suffer": Is Age-Segregation the New Norm for Older Americans Living Alone?

Portacolone E¹, Halpern J².



Author information

Abstract

Despite ethical claims that civic societies should foster intergenerational integration, age-segregation is a widespread yet understudied phenomenon. The purpose of this study was to understand the reasons that led community-dwelling older Americans to relocate into senior housing. Qualitative data were collected through participant observation and ethnographic interviews with 47 older adults living alone in San Francisco, California. Half of study participants lived in housing for seniors, the other half in conventional housing. Data were analyzed with standard qualitative methods. Findings illuminate the dynamics that favor age-segregation. Senior housing might be cheaper, safer, and offer more socializing opportunities than conventional housing. Yet, tenants of senior housing may also experience isolation, crime, and distress. Findings suggest that rather than individual preference, cultural, political, and economic factors inform the individual decision to relocate into age-segregated settings. Findings also call for an increased awareness on the ethical implications of societies increasingly segregated by age.

KEYWORDS: ageism; ethics; housing; independence; intergenerational relationships; relocation and transition; sociology of aging; urban sociology



Lo scenario clinico

Il team di ricercatori guidati da Cacioppo (l'autore finora più prolifico nell'area della *loneliness*) ha suggerito che le cellule immunitarie (leucociti) di persone in situazioni di solitudine presenterebbero un'attività a favore di geni pro-infiammazione e a detrimento di geni importanti per proteggere da agenti infettivi. In pratica, nei leucociti di persone solitarie i geni coinvolti nella risposta generica contro infezioni e virus sarebbero meno attivi. Ciò aumenterebbe il rischio di malattie. Gli stessi ricercatori hanno notato anche che la debolezza del sistema immunitario a sua volta è associata a un aumento del rischio di essere soli nel prossimo futuro (l'anno successivo ai test eseguiti su globuli bianchi); in breve, vi sarebbe un circolo vizioso che collega inestricabilmente l'essere soli a un sistema immunitario compromesso e viceversa. I ricercatori hanno confermato i risultati dei loro esperimenti anche attraverso l'utilizzo di animali da laboratorio: i macachi tenuti in isolamento risultavano particolarmente vulnerabili alle malattie infettive (Cole et al, 2015).

Alcune indagini su larga scala (per esempio, Cacioppo et al, 2010; Holwerda et al, 2012) indicano che la solitudine aumenta il rischio di mortalità, la presenza di patologie, e quindi il consumo di servizi sanitari, la riduzione delle funzioni cognitive e di depressione. In questo ambito gli studi epidemiologici hanno raggiunto un buon livello di affidabilità, per cui è oggi indiscutibile che *“loneliness can be deadly for elders”* (New York Times, 30.12.2016). Particolare attenzione alla problematica della solitudine in generale è stata dedicata in questi anni dall’*English Longitudinal Study of Aging* (ELSA) (Banks et al, 2016).

- **Gli anziani con i più alti livelli di solitudine sono quasi due volte più esposti alla probabilità di morire prematuramente di quelli con i livelli più bassi di solitudine (Cacioppo & Cacioppo, 2015).**
- **Perissinotto et al. (2012), su un campione di 1600 intervistati, hanno evidenziato che il 43% degli anziani viveva in una condizione di solitudine. A distanza di sei anni dalla prima intervista, i ricercatori hanno scoperto che chi viveva la solitudine aveva un rischio di morire del 45% più alto e che queste persone andavano incontro a un peggioramento della qualità della vita e a una riduzione dell'autonomia personale.**

Solitudine come emarginazione

- La solitudine intesa come emarginazione descrive uno stato emotivo negativo sperimentato quando c'è una differenza tra le relazioni che si desiderano avere e quelle che uno percepisce di avere in realtà (Cacioppo & Cacioppo, 2014).
- Le sensazioni sgradevoli della solitudine sono soggettive; i ricercatori hanno trovato che la solitudine non riguarda la quantità di tempo che si spende con altre persone o da soli. La solitudine è più correlata alla qualità dei rapporti, piuttosto che alla quantità.
- Una persona «sola» sente di non essere capita dagli altri e pensa di non avere rapporti significativi.

Solitudine e genere

- Gli studi di Franklin (2011, 2015) mostrano che gli uomini australiani sopportano periodi di solitudine più a lungo rispetto alle donne e sono meno in grado di affrontarla. La solitudine è particolarmente acuta tra gli uomini separati.
- Gli uomini australiani in generale spendono meno tempo in contatti sociali con amici e familiari al di fuori della famiglia.
- Allo stesso modo, gli uomini separati e i padri *single* godono di minor supporto sociale e hanno meno probabilità di avere amici con cui confidarsi degli uomini sposati e delle donne, sia sposate sia separate.
- Col pensionamento, gli uomini anziani (anche se sposati) trascorrono comunque meno tempo in contatti sociali rispetto alle loro mogli (Franklin, 2015).

Conseguenze della Solitudine

- La solitudine è un fattore di rischio per molti problemi di salute fisica, dal sonno frammentato e dalla demenza alla diminuzione della gittata cardiaca.
- Una mancanza di connessioni sociali pone un rischio di morte anticipata simile a indicatori fisici come l'obesità e il tabagismo.

Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review

Perspectives on Psychological Science
2015, Vol. 10(2) 227–237
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1745691614568352
pps.sagepub.com



Gli studi inclusi in questa *review* fornivano dati quantitativi sulla mortalità in relazione alla solitudine, all'isolamento sociale o all'essere soli. Le dimensioni medie ponderate dell'effetto corrispondevano ad una probabilità di mortalità rispettivamente del 29%, 26% e 32%. Gli autori non hanno trovato differenze tra misure di isolamento sociale obiettivo e soggettivo. I risultati rimangono coerenti tra i sessi, la durata del follow-up e la regione del mondo, ma lo stato di salute iniziale ha un'influenza sui risultati. In generale, l'influenza dell'isolamento sociale obiettivo e soggettivo sul rischio di mortalità è paragonabile a fattori di rischio ben consolidati per la mortalità.

(Holt-Lunstad et al, 2015)



Soc Personal Psychol Compass. Author manuscript; available in PMC 2014 May 15.

Published in final edited form as:

Soc Personal Psychol Compass. 2014 Feb 1; 8(2): 58–72.

Published online 2014 Feb 4. doi: [10.1111/spc3.12087](https://doi.org/10.1111/spc3.12087)

PMCID: PMC4021390

NIHMSID: NIHMS569625

Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation

[John T. Cacioppo](#)* and [Stephanie Cacioppo](#)

L'evidenza indica che la solitudine aumenta la sensibilità alle minacce sociali e motiva il rinnovamento delle connessioni sociali, ma può anche pregiudicare il funzionamento esecutivo, il sonno e il benessere mentale e fisico. Insieme, questi effetti contribuiscono a tassi più elevati di morbilità e mortalità negli adulti più soli.

Solitudine e depressione

- Anche se la solitudine e la depressione sono in parte correlate, sono differenti. La solitudine si riferisce specificamente ai sentimenti negativi sul mondo sociale, mentre la depressione si riferisce ad una serie più generale di sentimenti negativi.
- In uno studio che ha misurato la solitudine negli adulti più anziani durante un periodo di cinque anni, la solitudine risultava predittiva di depressione, ma il contrario non risultava vero (Cacioppo et al., 2010).
- La maggior parte degli studi sulla solitudine e sulla salute mentale si è concentrata esclusivamente su come la solitudine si riferisce alla depressione. Pochissimi studi si sono occupati dell'influenza sulla demenza.

Holwerda TJ et al, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2014;85(2):135-42.

Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)

La sensazione di essere soli, piuttosto che l'essere effettivamente soli, è associata a un aumento del rischio di demenza clinica in età avanzata e può essere considerata un fattore di rischio importante che, indipendentemente dalla malattia vascolare, dalla depressione e da altri fattori confondenti, merita attenzione clinica.

Vissuti di solitudine possono segnalare uno stadio prodromico di demenza. Una migliore comprensione delle ragioni alla base dei vissuti del sentirsi soli può aiutarci a individuare persone vulnerabili e sviluppare interventi per migliorare la prognosi delle persone anziane a rischio di demenza.

Solitudine e demenza

- In uno studio di Wilson et al (2007), 823 anziani privi di demenza all'atto dell'inclusione nello studio sono stati valutati ogni anno per 4 anni. Durante il follow-up, 76 soggetti hanno sviluppato la malattia di Alzheimer. Il rischio di sviluppare la demenza risultava più che raddoppiato nelle persone sole rispetto alle persone che non erano sole.
- La solitudine risultava associata a bassi livelli di performances cognitive e a una riduzione più rapida di queste durante il follow-up.
- Non c'erano cambiamenti significativi nella solitudine, e il grado medio di solitudine durante lo studio era fortemente associato al declino cognitivo e allo sviluppo della demenza.



December 2016

Association of Higher Cortical Amyloid Burden With Loneliness in Cognitively Normal Older Adults

Nancy J. Donovan, MD^{1,2,3,4}; Olivia I. Okereke, MD, SM³; Patrizia Vannini, PhD^{1,2}; [et al](#)

Author Affiliations

¹Center for Alzheimer Research and Treatment, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

²Department of Neurology, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

³Department of Psychiatry, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

⁴Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston

⁵Department of Neurology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston

⁶Department of Radiology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston

JAMA Psychiatry. 2016;73(12):1230-1237. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2657

Solitudine e demenza

- Un gruppo di ricercatori di Boston (Donovan et al, 2016) ha voluto analizzare l'associazione tra il livello di solitudine percepita e la presenza di placche di beta-amiloide, una proteina che si aggrega nel cervello dei pazienti affetti della malattia di Alzheimer (AD), in persone cognitivamente sane. Analizzando un gruppo di 79 anziani, gli autori hanno osservato che le persone positive alla beta-amiloide (quelle nel cui cervello si aggrega tale proteina) si sentivano 7,5 volte più sole rispetto a quelle negative.
- La solitudine potrebbe essere un sintomo neuropsichiatrico importante per l'AD allo stadio preclinico e potrebbe essere interessante studiarne i fattori neurobiologici sottostanti.

Loneliness, Social Integration, and Incident Dementia Over 6 Years: Prospective Findings From the English Longitudinal Study of Ageing

Snorri Bjorn Rafnsson, Martin Orrell, Eleonora d'Orsi, Eef Hogervorst, Andrew Steptoe

The Journals of Gerontology: Series B, gbx087, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx087>

Published: 27 June 2017 **Article history** ▼

Discussion:

Dementia risk is associated with loneliness and having fewer close relationships in later life. The underlying mechanisms remain to be elucidated, but efforts to enhance older peoples' relationship quality may be relevant to dementia risk.

Study Suggests Link Between Loneliness and Dementia – Alzheimer’s Society

Comments

🕒 1st November 2017 📁 News

Researchers studied six years of data based on the lifestyles of 6,677 people aged between 52 and 90 to see if there was any correlation between maintaining close relationships and conditions such as Alzheimer’s disease. They found that men and women who reported being single had a 35%-44% higher risk of dementia. This meant that being in a close relationship, not necessarily a marriage, meant the chances of developing the disease were about 60% less.



New Online

Views **10,461** | Citations **0** | Altmetric **98**

Medical News & Perspectives

ONLINE FIRST **FREE**

November 1, 2017

Loneliness Might Be a Killer, but What's the Best Way to Protect Against It?

Rita Rubin, MA

Article Information

JAMA. Published online November 1, 2017. doi:10.1001/jama.2017.14591



La solitudine si cura?

Why May Allopregnanolone Help Alleviate Loneliness?

S. Cacioppo, Ph.D.¹ and J. T. Cacioppo, Ph.D.²

¹Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, The Biological Science Division, The University of Chicago Pritzker School of Medicine; Chicago, IL

²The Center for Cognitive and Social Neuroscience, The University of Chicago; Chicago, IL

Abstract

Impaired biosynthesis of Allopregnanolone (ALLO), a brain endogenous neurosteroid, has been associated with numerous behavioral dysfunctions, which range from anxiety- and depressive-like behaviors to aggressive behavior and changes in responses to contextual fear conditioning in rodent models of emotional dysfunction. Recent animal research also demonstrates a critical role of ALLO in social isolation. Although there are likely aspects of perceived social isolation that are uniquely human, there is also continuity across species. Both human and animal research show that perceived social isolation (which can be defined behaviorally in animals and humans) has detrimental effects on physical health, such as increased hypothalamic pituitary adrenal (HPA) activity, decreased brain-derived neurotrophic factor (BDNF) expression, and increased depressive behavior. The similarities between animal and human research suggest that *perceived* social isolation (loneliness) may also be associated with a reduction in the synthesis of ALLO, potentially by reducing BDNF regulation and increasing HPA activity through the hippocampus, amygdala, and bed nucleus of the stria terminalis (BNST), especially during social threat processing. Accordingly, exogenous administration of ALLO (or ALLO precursor, such as pregnenolone), in humans may help alleviate loneliness. Congruent with our hypothesis, exogenous administration of ALLO (or ALLO precursors) in humans has been shown to improve various stress-related disorders that show similarities between animals and humans i.e., post-traumatic stress disorders, traumatic brain injuries. Because a growing body of evidence demonstrates the benefits of ALLO in socially isolated animals, we believe our ALLO hypothesis can be applied to loneliness in humans, as well.

Just one hour a week of social interaction helps dementia patients

Chatting to care-home residents about their interests boosts their quality of life, according to trial

Haroon Siddique

Wed 7 Feb 2018 00.01 GMT



- **Alcune forme di solitudine (non è completamente chiaro quali) possano riconoscere un'origine ereditaria. Del resto, da tempo si sostiene che l'introversione abbia una matrice genetica. Di certo l'introversione non antagonizza la solitudine: al contrario, la facilita. La matrice genetica spiegherebbe perché azioni contrastanti la solitudine come la spinta a lavori socializzanti o la presenza di supporti psicologici professionali sembrano sortire solo risultati modesti.**



L'impegno di AIP per la giornata a livello nazionale, il 15 novembre.

Il primo intervento da effettuare sarà a livello culturale, per incidere sull'individualismo che domina le modalità di vita di oggi e che è diffuso attraverso i media come mezzo di autorealizzazione e di autovalutazione. Senza considerare che la rottura dei legami tra le persone di ogni età permette di manipolare il singolo individuo, privo delle protezioni offerte dalla comunità. Questo messaggio, rivolto in particolare a chi crea consenso sulle grandi tematiche sociali, da parte di una società medico- scientifica potrebbe avere maggiori possibilità di incidere rispetto a considerazioni di origine sociologica o morale. Il punto cruciale è dare un significato all'invecchiamento collettivo, che deve continuare a rappresentare un momento vitale e non un tempo di rinuncia e di chiusura dei singoli cittadini.

Un secondo obiettivo è rappresentato da ogni individuo che invecchia, per fare in modo che nel tempo non trascuri di coltivare le diverse occasioni di reti relazionali che la vita offre durante il suo corso. Il richiamare l'attenzione sui rischi della solitudine in età avanzata potrebbe costituire un'importante strumento educativo rivolto alle persone di tutte le età, culture, sensibilità, con approcci personalizzati. Inoltre è importante un'adeguata formazione dell'anziano, perché sappia esprimere i propri bisogni e le conseguenti richieste di supporto, modificando atteggiamenti ancora prevalenti che tendono ad impedire in età avanzata la libera manifestazione del sentire individuale. Questo approccio dovrà essere modulato a seconda delle specificità individuali, in particolare quelle legate alla differenze di sesso. Infine non si devono trascurare le 'solitudini abitate'; si pensi, ad esempio, alle residenze per anziani dove molti ospiti sono incapaci di qualsiasi relazione e vivono davanti a una finestra in preda a fantasmi che non possiamo interpretare. Un'altra condizione peculiare, anche se di breve durata, è la solitudine dell'anziano durante il ricovero ospedaliero, quando la paura del futuro domina il tempo e le ore, la vicinanza dei familiari non è sempre gradita e il personale sanitario è oberato da una routine che non concede respiro (l'organizzazione del reparto non ha compreso l'importanza al fine del buon esito della cura di un rapporto significativo con l'ammalato).

In aggiunta, è necessario ricordare - per quantità e profondità della condizione - la solitudine della diade *caregiver*-anziano ammalato, specialmente quando l'assistenza è dedicata ad una persona affetta da demenza. Purtroppo è stato rilevato che il livello di solitudine di questa particolare coppia è aumentato in questi anni e supera il 30% del totale. Se si collega il dato con la ben nota condizione per cui bisogna dedicare "36 ore al giorno all'assistenza", si comprende la tragicità vitale di queste realtà, alle quali non si è data in questi anni un'adeguata attenzione.

Un terzo obiettivo dell'impegno di AIP (e dei suoi possibili alleati) è indurre le comunità a modificarsi dall'interno, attraverso la continua costruzione di ponti tra le persone. Le comunità possono avere molti ruoli in questo ambito; l'esempio delle *Alzheimer Friendly Community* rappresenta un punto di riferimento importante, perché mira a creare una rete che accompagna la vita delle persone ammalate e delle loro famiglie, rete il cui primo obiettivo è lenire la solitudine, dando risposte adeguate ai bisogni pratici e psicologici delle situazioni di fragilità. In questa prospettiva la comunità controlla anche il funzionamento dei servizi, che devono accompagnare nel tempo l'anziano ammalato e la sua famiglia, evitando la ricerca angosciante e solitaria di punti d'appoggio al momento del bisogno e di supporti nel corso di un intervento clinico-assistenziale.

Una tematica di grande complessità che richiede studi approfonditi, per costruire interventi efficaci.

La sensibilità che si sta formando in questi tempi è però una garanzia forte di attenzione e quindi un indicatore di possibili evoluzioni in senso non solo negativo.

The Power of Human Touch



David Brooks JAN. 18, 2018

It seems that the smarter we get about technology, the dumber we get about relationships. We live in a society in which loneliness, depression and suicide are on the rise. We seem to be treating each other worse. The guiding moral principle here is not complicated: Try to treat other people as if they possessed precious hearts and infinite souls. Everything else will follow.