

Newsletter AIP – 28 maggio 2021

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

non c'è pace a livello mondiale rispetto alla pandemia.

L'India ancora in crisi, l'Inghilterra preoccupata per una nuova variante, il Giappone che incomincia a vivere la crisi dei propri ospedali, dopo che fino ad ora era riuscito a controllare l'epidemia. Si ha l'impressione di dinamiche non prevedibili, che variano nel giro di pochi giorni; nemmeno i modelli matematici sembrano in grado di prevedere l'evoluzione dei fenomeni. Ciò rende poco sereno il futuro (per chi pensa, e non per chi pensa solo all'aperitivo); in questo momento di incertezza è però certa una cosa: **abbiamo il dovere di portare i vaccini anche nei paesi lontani**. Se non lo facciamo per generosità, dobbiamo assolutamente farlo come difesa delle nostre nazioni. Però si deve agire il più rapidamente possibile; a questo scopo bisogna produrre un numero molto maggiore di vaccini, evitando polemiche o difese di interessi di piccolo cabotaggio (abbiamo visto la fine che ha fatto il tanto strombazzato vaccino dell'autarchia...). È necessario evitare la formazione di sacche epidemiche che creerebbero una condizione ideale per lo sviluppo di varianti, potenzialmente in grado di sfuggire ai vaccini. Fino ad ora, invece, questi sembrano in grado di neutralizzare tutte le varianti; quella indiana, ad esempio, è molto più contagiosa, ma i vaccini noti sono in grado di bloccarla. Fino a quando però possiamo sentirci garantiti? Quanto dobbiamo aspettare un piano mondiale che difenda i paesi poveri insieme a quelli più ricchi? Mai come in questi momenti si ha l'impressione che la salvezza del mondo sia affidata alla diffusione di interventi a livello planetario; abbiamo capito che la salvezza dell'Africa sarà anche la nostra salvezza.

Intanto proseguono le ricerche per un vaccino in grado di immunizzare da solo contro molte varianti; sarà un'impresa difficile, però la letteratura internazionale inizia a dare segnali positivi rispetto all'identificazione di un vaccino pan-Coronavirus.

Continua ad essere aperto il problema delle vaccinazioni. L'Ordine dei medici di Torino ha svolto un'indagine conoscitiva, alla quale hanno preso parte 11.910 sanitari, da cui si evince che solo l'1.41% degli operatori già vaccinati ha contratto il SARS-CoV-2, cioè 168 su 11.910. Si tratta di un dato molto significativo, che conferma ancora una volta, se ve ne fosse bisogno, l'efficacia del vaccino nel controllare la malattia. L'indagine ha prodotto anche un altro importante risultato, perché 5.823 operatori sono stati sottoposti a tampone dopo la vaccinazione. I positivi sono risultati 179, il 3.07% degli esaminati. Il dato è ancora superiore tra i medici, con il 2.25% positivi al tampone. È di grande importanza il fatto che per un periodo di osservazione di circa 3 mesi un'altissima percentuale dei soggetti sottoposti al tampone dopo la vaccinazione non ospitava il virus nelle prime vie aeree, non risultando così un potenziale veicolo di contagio. In questa prospettiva si collocano gli appelli di molti medici ai nostri colleghi perché si vaccinino, contribuendo così in modo sostanziale alla difesa dei loro pazienti. A Brescia, ad esempio, l'appello "Siamo tutti Ippocrate" ha avuto un'ampia risonanza; peraltro, per chi continua a non accettare la vaccinazione è necessario adottare

le indicazioni previste dalla legge. Sarebbe, però, davvero spiacevole ricorrere a scelte impositive nei riguardi di colleghi che dovrebbero condividere la nostra stessa missione di cura.

Si deve anche considerare che ancora troppi anziani non sono stati vaccinati, per varie ragioni, tra le quali anche le paure, le incertezze, il timore di effetti collaterali. Mi permetto di ricordare, proprio dalla mia posizione di difensore quasi istituzionale delle persone anziane, che abbiamo imposto ai giovani una stretta feroce ai loro mondi (la scuola, gli incontri amicali, i divertimenti...) per difendere la vita degli anziani stessi, perché sono le persone più esposte a danni gravi, talvolta irreversibili, alla salute. Ritengo davvero poco opportuno che oggi gli anziani non sentano il dovere di “remunerare” il sacrificio dei giovani, sottoponendosi senza remore alla vaccinazione. Sono troppi ancora i milioni di loro non vaccinati; in questo modo non si raggiungerà mai l’immunità di gregge e nei prossimi mesi rischiamo di ricadere nell’ennesima ondata... Se gli anziani che si sottraggono non sentono il dovere civile di farsi vaccinare, lo facciano almeno per senso personale di responsabilità verso i giovani delle proprie famiglie.

Unisco queste considerazioni al tributo di onore al signor William Shakespeare, il primo vaccinato al mondo nel dicembre scorso, che è scomparso in questi giorni per una malattia non Covid-19. Come è stana la vita...

Una bella notizia: **la bozza del disegno di legge semplificazioni prevede per gli ospedali alcune facilitazioni rispetto alle mille regole farraginose che oggi regolano il comparto**. Così il permesso di costruire verrà rilasciato in deroga alla disciplina urbanistica e alle disposizioni di legge statali o regionali in materia di localizzazione delle opere pubbliche. In questo modo sarà possibile spendere in tempi certi 1,63 miliardi di euro stanziati dal PNRR (e da altre fonti) per ristrutturare 116 ospedali; tra l’altro, così si eviterà il blocco economico da parte dell’Europa. Solo un commento: dovevamo proprio ricevere un’imposizione dall’Europa per mettere in atto azioni indispensabili per il progresso del nostro Paese? Non sarebbe stato opportuno negli ultimi anni costruire un piano Next Generation Italy?

Un interessante editoriale di *JAMA* del 7 maggio indica come **la vicenda della pandemia abbia messo in crisi il modello, troppo facilmente accreditato, di medicina di precisione**. Il titolo: “La medicina di precisione per il Covid-19. Anarchia fenotipica o promessa realizzata?” descrive efficacemente come “non tutti i SARS-CoV-2 sono uguali; non tutti gli ospiti sono uguali, non tutte le risposte degli ospiti sono uguali”. Allora come è possibile impostare una realistica medicina di precisione rispetto a condizioni caratterizzate da un’altissima variabilità? È chiaramente una sfida che la realtà clinico-biologica pone alla nostra volontà di inquadrarle entro schemi precostituiti, in modo da mirare le risposte su un target “di precisione”. Forse solo l’intelligenza artificiale ci permetterà di organizzare interventi adeguati rispetto a situazioni sempre diverse, rapidamente mutevoli, complesse. È infatti fondata sulla raccolta di un numero infinito di dati sulla base dei quali identificare le risposte più efficaci. La pandemia con le sue dinamiche costituisce un’importante lezione per la medicina nel suo insieme, smascherando la debolezza di certe posizioni e mettendo in luce l’esigenza di adeguarsi, attraverso le tecnologie più avanzate, alle nuove realtà clinico-epidemiologiche.

Le RSA sono ancora esposte a situazioni difficili. Il nuovo regolamento del governo prevede per l’apertura delle piscine e dei locali da ballo una documentazione riguardante solo la prima dose di vaccino, mentre il testo dell’8 maggio sull’apertura delle RSA richiedeva che i parenti avessero ricevuto le due dosi di vaccino. Quale delle due indicazioni deve essere seguita? Si è pensato alla pressione dei parenti che cercheranno di ritenere valido il documento più recente? Quando

riusciremo a disporre di una burocrazia ministeriale attenta e competente, veramente dalla parte del cittadino, evitando pasticci e confusione, che provocano ulteriori danni a chi è già in difficoltà?

Il Gruppo Italiano Centri Diurni Alzheimer, coordinato dal Prof. Giulio Masotti (www.centridiurnialzheimer.it), ha condotto **una survey sul territorio nazionale relativa alla situazione dei Centri Diurni Alzheimer un anno dopo l'inizio della pandemia**. I risultati sono stati presentati mercoledì 26 maggio dal Dott. Enrico Mossello nel webinar "Centri Diurni Alzheimer e Covid-19. E adesso la rinascita", che ha riunito più di 200 partecipanti, dimostrando l'interesse degli operatori per un tema relativamente trascurato durante la pandemia. Gli 81 Centri Diurni Alzheimer che hanno risposto sono risultati chiusi per circa un terzo e il numero degli ospiti è attualmente inferiore al 50% rispetto al periodo pre-pandemico. A fronte di queste criticità, la grande maggioranza delle strutture ha attivato modalità di assistenza alternative durante il periodo di lockdown, essenzialmente assistenza domiciliare e teleassistenza. L'utilizzo della tecnologia è proseguito anche dopo la riapertura delle strutture, che hanno modificato la loro organizzazione interna, svolgendo attività psicosociali a piccoli gruppi e con il rispetto delle norme igieniche di sicurezza. La riduzione della paura del contagio associata alla diffusione della vaccinazione, insieme all'acquisizione di nuove competenze, consentono oggi a queste strutture di riprogettarsi, dimostrando vitalità e flessibilità.

Allegate a questa newsletter trovate le **diapositive presentate dal Prof. Fabio Cembrani** ad un recente convegno. Sono una revisione chiara delle problematiche legate alla **solitudine dell'anziano**, argomento al quale AIP dedica da alcuni anni grande attenzione di studio e ricerca. Colgo l'occasione per ricordare che il prossimo 15 novembre si terrà la 4° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano. Se le circostanze lo permetteranno, si svolgerà a Padova, altrimenti per via telematica. Presto saremo in grado di informare sulle modalità di svolgimento e sugli argomenti che verranno trattati.

Il **3 giugno** si terrà il **webinar AIP** dedicato a "**Contributo conoscitivo dalle autopsie eseguite sui deceduti per Covid-19**". Allego la locandina, segnalando che l'evento non si terrà, come di consueto, di mercoledì – che è giorno di festa – bensì di giovedì. Ricordo che la partecipazione è gratuita ma è necessario iscriversi, cliccando il link diretto presente nel programma allegato.

È attiva la linea HELPLINE "**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", alla quale può accedere gratuitamente (al numero: **800 699741**) chiunque avesse l'esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l'informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Ricordo infine la possibilità di **iscrizione o rinnovo all'AIP**, indispensabile per permetterci di lavorare con serenità ai molti progetti che abbiamo in corso e che potranno vedere la luce se davvero la pandemia sarà contenuta. Tutti i dettagli sono riportati sul sito AIP www.psicogeriatra.it ; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all'indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it .

Con la consueta amicizia

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Trento, 21 maggio 2021

Consiglio della Provincia autonoma di Trento

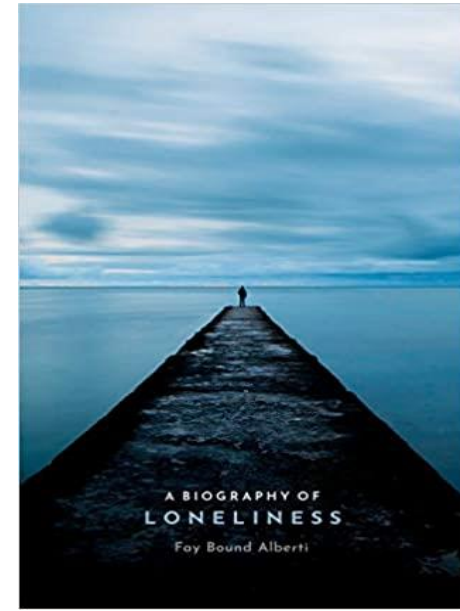
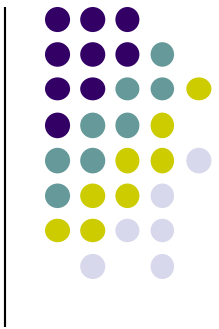
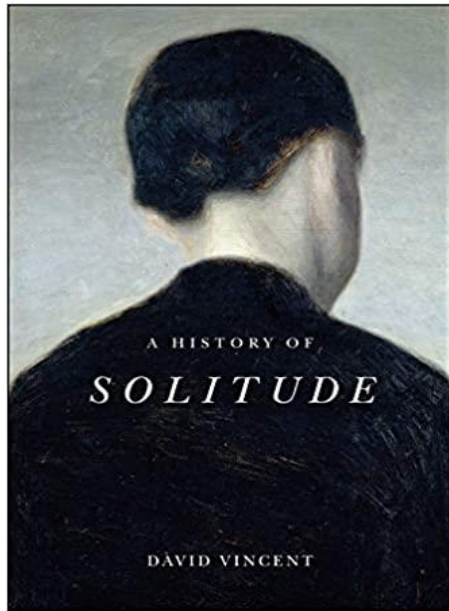
Conferenza di informazione: «La solitudine dell'anziano e dei suoi caregivers:
aspetti statistico-demografici del fenomeno e possibili proposte di intervento»



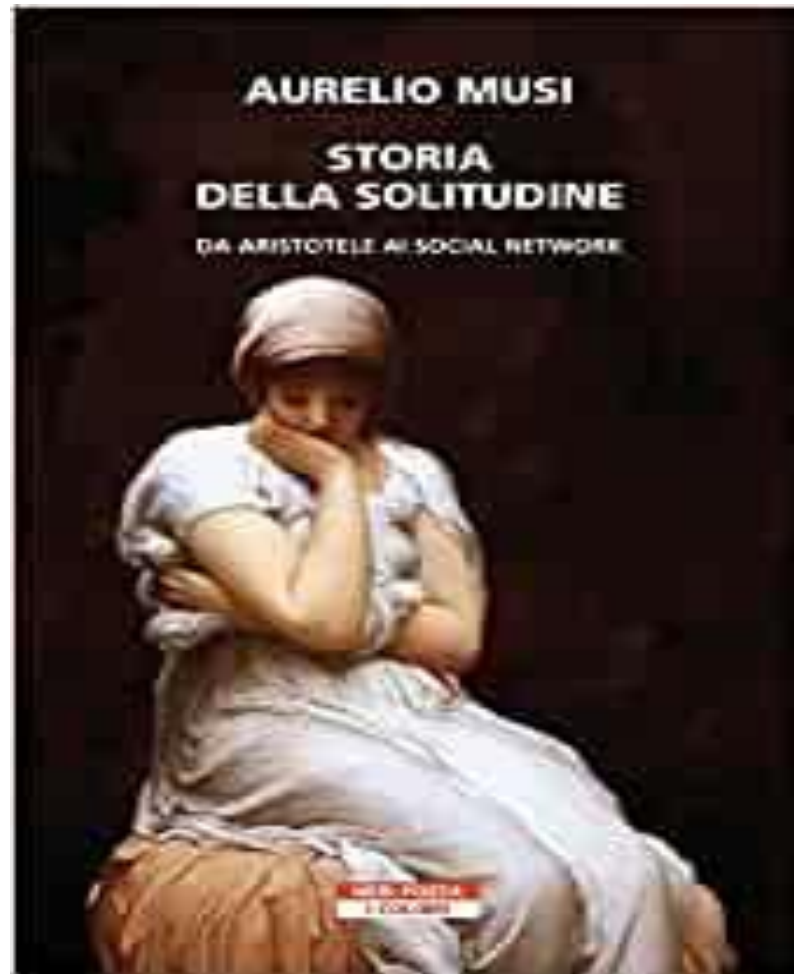
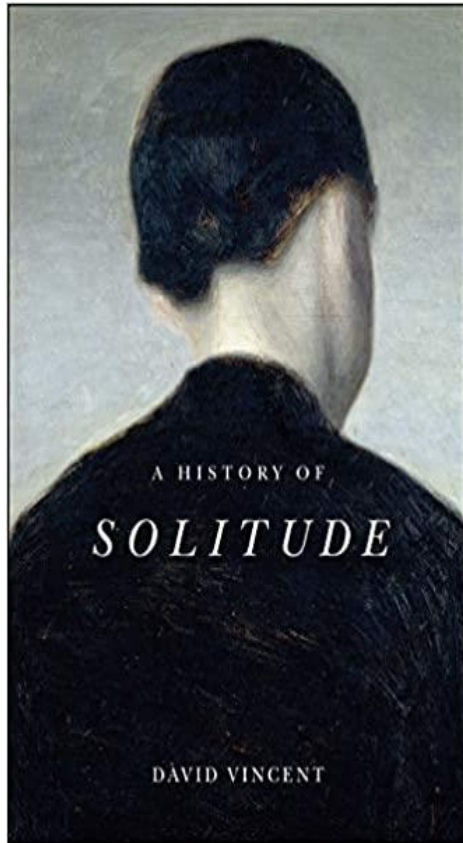
La solitudine della modernità: aspetti statistici e profili demografici

Fabio Cembrani,

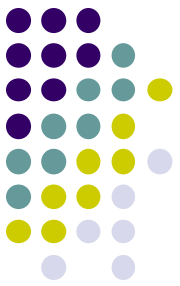
medico legale, responsabile area «Medicina legale, diritti della persona
e bioetica», Associazione italiana di Psicogeriatría (AIP)



A qualcuno potrà sembrare inopportuno interrompere il **triste monopolio dei bollettini virali** per riflettere sulla **solitudine** che rappresenta una straordinaria e drammatica emergenza sociale, subdola, purtroppo poco conosciuta e poco considerata nelle scelte politiche non solo sanitarie.



La solitudine della modernità ci costringe a muoverci in un vero e proprio labirinto dinamizzato da prospettive differenti (storiche, antropologiche, biologiche e cliniche) e da ambivalenze semantiche ...



Ambivalenze semantiche:

ἐρημία (eccezione negativa, abbandono, non alleanza in Tucidide)

μόνος (eccezione positiva, adattamento a tutto ciò che può accadere, estraneazione, fuga voluta dalla confusione del mondo, atarassia in Epitteto, nella tradizione greco-bizantina e nella cultura medioevale)

loneli-ness (destrutturazione, privazione) e **solitude** (scelta di vita, desiderio volontario, ritiro)

solitudine (solitude, soledumbre, solidào)

Nel primo libro di «De vita solitaria» Francesco Petrarca esalta i pregi della solitudine che preserva l'uomo dalle ambizioni mondane, moltiplica il tempo interiore e induce così a utilizzare nel miglior modo possibile il presente.

FRANCISCI
PETRARCHÆ

V. C.

De Vita solitaria,

LIBER PRIMVS.

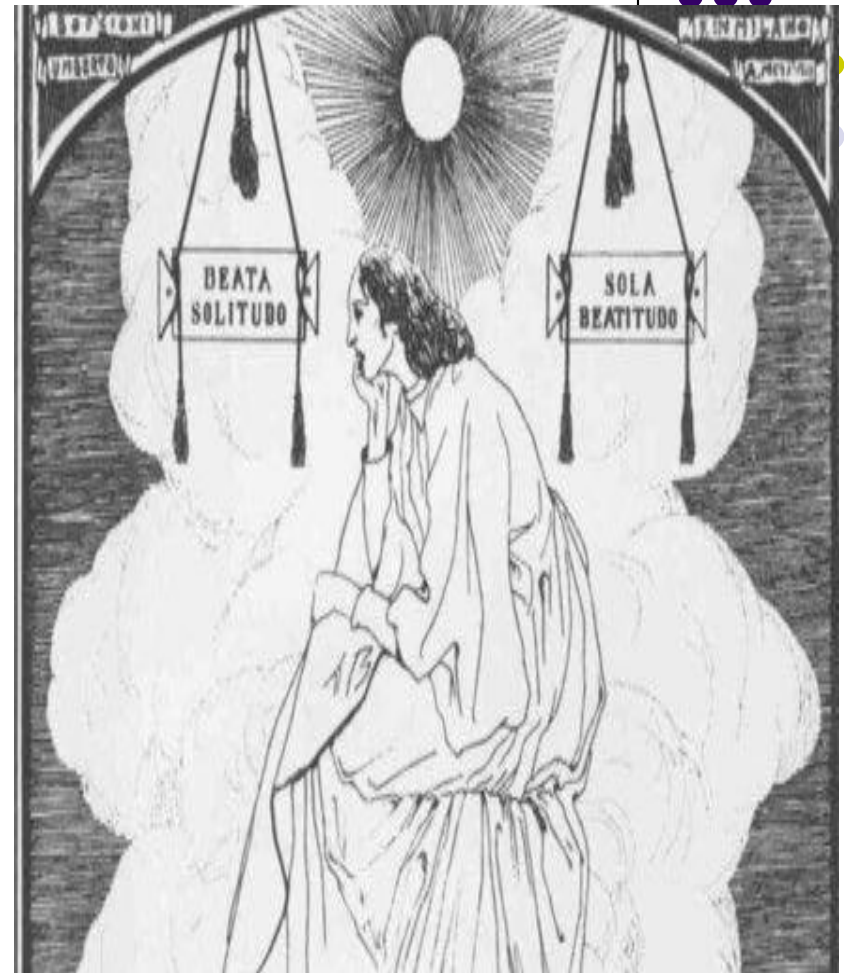
Ad Virum summæ reuerentiæ dignum
Philippum Patham eo tempore Causal-
licensem Episcopum mox Patriarcham
Hierosolymitanum, deinde S. R. E.
TIT. S. Sabinæ Cardinalem atque Le-
gatum, literis ornatum ac literatorum
patronum.



Excudebat Ioannes le Preux.

O beata solitudine
O sola beatitudine
Per chi ama il pio
monachesimo!
Come sono beati gli eletti
Che con le loro ali volano da te
lontano dalle persone
mondane!

Corneille Muys, Anversa 1566

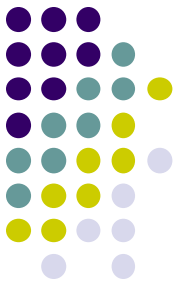


Vincenzo Boccioni, Beata solitudo sola beatitudo (inchiostro 1907-1908)

L'altro versante della parola esprime, invece, uno **stato emozionale negativo, doloroso, ansiogeno, fortemente angosciante**, facilmente mascherabile -spesso invisibile- che la persona umana sperimenta **quando c'è un saldo negativo tra le relazioni che si desidererebbero avere e quelle che in realtà si hanno** (Cacioppo, 2014): una percezione di alienazione dal contesto sociale che non sempre dipende dal numero di persone che si hanno attorno, **dal doppio carattere sia oggettivo** (spazio-tempo) **che soggettivo** (sentimenti vissuti spesso inestricabilmente fusi tra loro di isolamento, di infelicità senza speranza, di separazione effettiva, di frustrazione, di inutilità, di perdita di significato e di senso del sè).



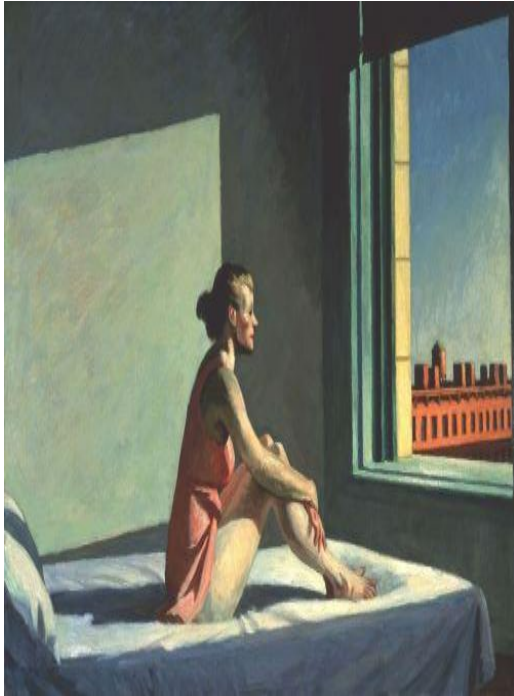
D. De Leo, M. Trabucchi, Maledetta solitudine, 2019



Dino Buzzati, *Il deserto dei Tartari* (1940)



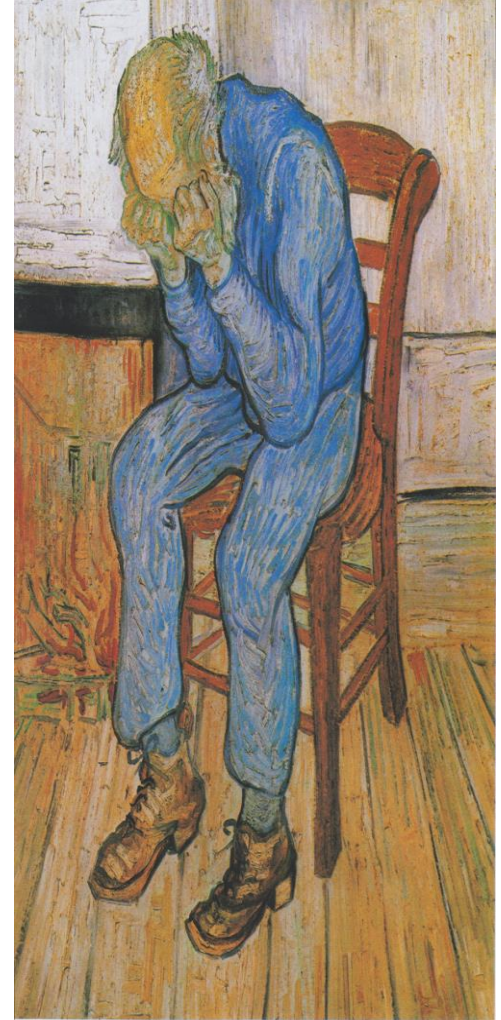
Taxi Driver, Martin Scorsese (1976)



E. Hopper, Sole di mattina (1952)



Mario Sironi, Solitudine (1925-1926)



Vincent Van Gogh, il vecchio che soffre (1890),

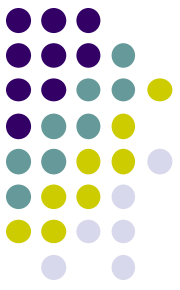


J.T. Cacioppo, S. Cacioppo, «The growing problem of loneliness»



Imagine a condition that makes a person irritable, depressed, and self-centred, **and is associated with a 26% increase in the risk of premature mortality.** Imagine too that in industrialised countries around a third of people are affected by this condition, **with one person in 12 affected severely, and that these proportions are increasing.** Income, education, sex, and ethnicity are not protective, and the condition is contagious. The effects of the condition are not attributable to some peculiarity of the character of a subset of individuals, they are a result of the condition affecting ordinary people. Such a condition exists—loneliness. Loneliness is often stigmatised, trivialised, or ignored, but—with the rapidly growing number of older adults in industrialised countries, the increased likelihood of premature mortality, and the deleterious effects of loneliness that have been identified in animal models and human longitudinal investigations—**loneliness is emerging as a public health problem.** Physicians are encountering this condition, but most do not have the information needed to deal effectively with loneliness in their patients.

Lancet, 3 febbraio 2018



La solitudine è una **epidemia silenziosa patogena** («Loneliness Kills») associata ad una riduzione della durata di vita simile a quella provocata dal fumare 15 sigarette al giorno e superiore a quella associata all'obesità

Is Loneliness a Health Epidemic?

By Eric Klinenberg, The New York Time, Feb. 9, 2018

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review” Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, J. Bradley Layton



Results: Across 148 studies (308,849 participants), the random effects weighted average effect size was $OR=1.50$ (95% CI 1.42 to 1.59), indicating a 50% increased likelihood of survival for participants with stronger social relationships. This finding remained consistent across age, sex, initial health status, cause of death, and follow-up period. Significant differences were found across the type of social measurement evaluated ($p<0.001$); the association was strongest for complex measures of social integration ($OR=1.91$; 95% CI 1.63 to 2.23) and lowest for binary indicators of residential status (living alone versus with others) ($OR=1.19$; 95% CI 0.99 to 1.44).

Conclusions

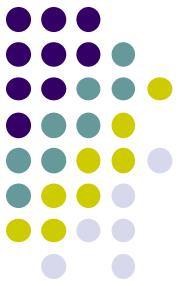
The influence of social relationships on risk for mortality is comparable with well-established risk factors for mortality.

“SOCIAL NETWORK TIES AND MORTALITY AMONG TILE ELDERLY IN THE ALAMEDA COUNTY STUDY”

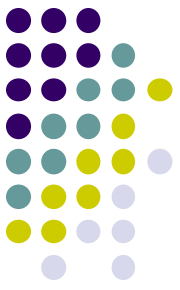
Seeman T.E., Kaplan G.A., Knudsen L., Cohen R., Guralnik J.

Proportional hazard analyses indicate **that social ties are also significant predictors of lower 17-year mortality risks for those aged 70 and older** after adjusting for age, sex, race, baseline health status, perceived health, depression, and health practices (relative hazard = 1.49 for Berkman-Syme Social Network index 95% confidence interval (CI) = 1.09–2.05)

American Journal of Epidemiology, Volume 126, Issue 4, October 1987,
Pages 714–723,



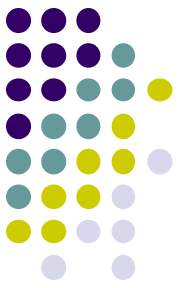
“Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up”



Páraic S. O'Súilleabháin, PhD, Stephen Gallagher, PhD, and Andrew Steptoe, PhD

Although social loneliness was not associated with mortality in those living alone, emotional loneliness was; with each 1 SD increase in emotional loneliness, **there was an 18.6% increased risk of all-cause mortality** in the fully adjusted model (HR = 1.186, $p = .029$). No associations emerged for social or emotional loneliness among those not living alone. Examinations of potential moderators revealed that with each 1 SD increase in functional status, the risk associated with emotional loneliness for all-cause mortality increased by 17.9% (hazard ratiointeraction = 1.179, $p = .005$) in those living alone. No interaction between personality traits with loneliness emerged.

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

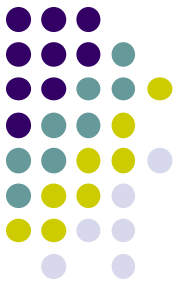


Rafnsson SB, Orrell M, d'Orsi E, Hogervorst E, Steptoe A.

Results: Two hundred twenty participants developed dementia during follow-up. **In multivariable analyses, dementia risk was positively related to greater loneliness** (hazard ratio 1.40, 95% confidence interval 1.09-1.80, $p = .008$), and inversely associated with number of close relationships ($p < .001$) and being married ($p = .018$). Sensitivity analyses testing for reverse causality and different criteria for diagnosing dementia confirmed the robustness of these findings. There was no association with social isolation.

J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020 Jan 1;75(1):114-124.

The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study

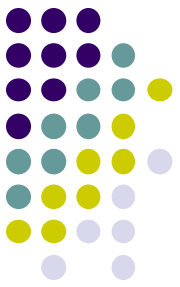


Jasper Nuyen, Marlous Tuithof, Ron de Graaf, Saskia van Dorsselaer, Marloes Kleinjan, Margreet Ten Have

Results: Loneliness predicted onset of severe CMD at follow-up in adults without CMDs at baseline, **and increased risk for persistent severe CMD at follow-up in those with CMD at baseline.** Conversely, severe CMD predicted onset of loneliness at follow-up in non-lonely adults at baseline, but was not associated with persistent loneliness at follow-up in lonely adults at baseline. Observed associations remained significant after controlling for perceived social support at baseline, except for the relationship between loneliness and persistent severe CMD. No longitudinal relationships were observed between loneliness and mild-moderate CMD.

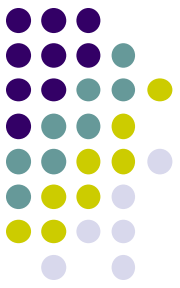
Cardiovascular and immunological implications of social distancing in the context of COVID-19

D'Acquisto F., Hamilton A.

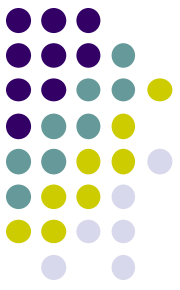


It is clear that social distancing measures such as lockdown during the COVID-19 pandemic will have subsequent effects on the body including the immune and cardiovascular systems, the extent of which will be dependent on the duration of such measures. The take-home message of these investigations is that social interaction is an integral part of a wide range of conditions that influence cardiovascular and immunological homeostasis. An appreciation of different aspects of lifestyle and living conditions should be the basis for future therapies, and the efficacy of these enhanced with drug-based therapies

Non abbiamo ancora completa contezza sui meccanismi di danno prodotti dalla solitudine anche se ciò che molti studi scientifici confermano è che essa è capace di produrre:



- un **prolungato distress immunitario sistemico** con incremento dei markers infiammatori (l'interleuchina 6, il fibrinogeno e la proteina C-reattiva) in grado di alterare i sistemi di sorveglianza dell'organismo;
- la **minor risposta dei globuli bianchi** contro i comuni agenti patogeni connessa alla abnorme attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con incremento del picco cortisolemico mattutino (J. Cacioppo);
- la **disregolazione del sistema nervoso autonomo** e la sua mancata risposta agli alert provenienti dal sistema neuro-endocrino, soprattutto quelli dell'Ossitocina (S. Govoni).



Certo, la solitudine ha radici antichissime ma **la sua parabola evolutiva si rivela essere una straordinaria lente di ingrandimento per poter rileggere la storia culturale dell'Occidente** a partire dall'età classica (Euripide ne parla nelle Troiane e Sofocle nel dramma di Antigone e Creonte) fino a giungere al tempo della società di massa consumistica ed interconnessa (chat e selfie) ma sempre più disconnessa sul piano dell'autenticità e dei valori comuni.

A. Musi, (2021), Storia della solitudine

Cause di progressione del fenomeno:



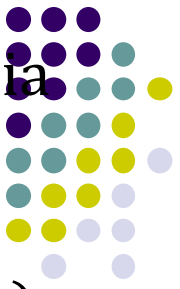
(1) Riduzione delle nascite

(2) Fragilizzazione della struttura familiare (sempre più unipersonale)

(3) Incremento della speranza di vita

(4) Pandemia da SARS-Cov-2

Nel Report «La dinamica demografica durante la pandemia Covid-19. Anno 2020» l'ISTAT ha stimato:



- Calo dello 0,6% della popolazione (59.257.566 persone), con punte maggiori di questa riduzione nel Sud e nelle isole
- Crollo dei matrimoni (-50,3%), compresi quelli civili
- 400.000 nuovi nati (- 3,8% rispetto al 2019)
- 746.000 decessi (+ 18% rispetto al 2019)
- un saldo negativo di 300.000 unità che non si verificava nel nostro Paese dal 1918 (epidemia di febbre spagnola)

Nell'«Annuario statistico italiano 2019»
l'ISTAT stima:



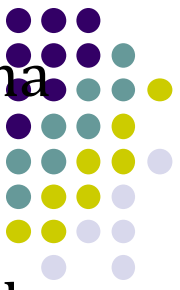
- crescita del numero di famiglie unipersonali (dal 21,5% nel 1997-1998 al 33% nel 2017-2018)
- riduzione del numero medio dei componenti (da 2,7 del 1997-1998 a 2,3 nel 2017-2018)
- quasi 2 milioni quelle in condizioni di povertà assoluta (mancanti di beni e servizi essenziali)

Nel Report «Il Benessere equo e sostenibile in Italia. Anno 2020», l'ISTAT stima:



- una speranza di vita media di 82,3 anni (0,9 anni perduti rispetto al 2019 con punte massime di 2,4 di speranza di vita in meno a causa del Covid-19 registrata in Lombardia)
- una grande eterogeneità a livello regionale
- il peggioramento complessivo specie nelle regioni del Nord degli indici di salute mentale
- l'incremento dei malati multi-cronici (3 o più patologie) che raggiunge il 48,8% della popolazione over75enne ed il 60,7% di quella over85enne

Nel «Rapporto annuale Anno 2018» l'ISTAT stima l'esistenza:

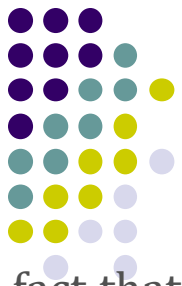


- di 7.058.755 gli anziani over75enni, l'11,7% del totale della popolazione (il 60% è composto da donne)
- di 8,5 milioni di italiani che vivono da soli (40% vedovi, 39% celibi, 21% separati) e che il tasso di solitudine cresce con l'età (38% negli over75enni)
- di 3,5 milioni di italiani che dichiarano di non avere una rete di amici o un sostegno cui riferirsi in caso di bisogno (percentuale doppia rispetto alla media europea)
- il 42,4% di chi vive in famiglia si dichiara molto soddisfatto della propria vita rispetto al 33,5% di chi vive da solo

Indagine Kaspersky condotta in 12 Paesi europei e Giappone con 10 mila interviste:



- Il 55% degli italiani contro il 52% degli europei ha dichiarato di essersi sentito solo durante il lockdown ammettendo che la tecnologia è servita a mitigare
- Il 40% allo stesso modo che prima dell'inizio della pandemia
- Trentino-Alto Adige, Calabria e Abruzzo le regioni in cui ci si è sentiti più soli
- A pagare il prezzo maggiore sarebbe stata la generazione «Z» (nati tra il 1994 ed il 2001) che ha ammesso, nel 73% dei casi, di aver subito la solitudine.

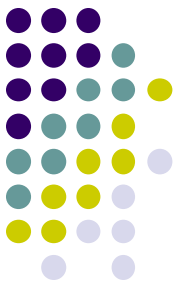


Offline: COVID-19 is not a pandemic Horton R.

As the world approaches 1 million deaths from COVID-19, we must confront the fact that we are taking a far too narrow approach to managing this outbreak of a new coronavirus. We have viewed the cause of this crisis as an infectious disease. All of our interventions have focused on cutting lines of viral transmission, thereby controlling the spread of the pathogen. The “science” that has guided governments has been driven mostly by epidemic modellers and infectious disease specialists, who understandably frame the present health emergency in centuries-old terms of plague. But what we have learned so far tells us that the story of COVID-19 is not so simple. Two categories of disease are interacting within specific populations—infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and an array of non-communicable diseases (NCDs). These conditions are clustering within social groups according to patterns of inequality deeply embedded in our societies. The aggregation of these diseases on a background of social and economic disparity exacerbates the adverse effects of each separate disease. **COVID-19 is not a pandemic. It is a syndemic.** The syndemic nature of the threat we face means that a more nuanced approach is needed if we are to protect the health of our communities.

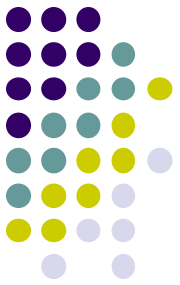
The Lancet, SEPTEMBER 26, 2020

Coesistenti malattie endemiche ed epidemiche, malattie non trasmissibili, malattie tropicali neglette e altre malattie infettive (umane e animali), nonché fragilità dei sistemi sociali, sfide ambientali a lungo trascurate, livello di alfabetizzazione sanitaria e questioni culturali non sono state prese in considerazione prima e, ora, **la sfida si profila più grande di prima poiché COVID-19 interagisce in modo “sindemico” con tutti questi problemi.**



La visione sindemica della attuale pandemia ha diverse implicazioni pratiche a partire dal suggerire la necessità di un approccio che trascende i confini geopolitici, basato su una buona scienza, una comunicazione trasparente e una solidarietà globale diffusa. Tra gli altri contributi, sicuramente la visione sindemica nel breve tempo può modificare l'attuale approccio alle chiusure e ai blocchi del mercato, migliorare il coordinamento e la collaborazione attiva tra parti interessate che rappresentano domini diversi e apparentemente incompatibili, esaminare in modo critico i dati, le informazioni, i modelli e i processi attraverso i quali vengono prese le decisioni e la loro logica nonché combinare l'approccio a breve termine in risposta alla crisi con una visione a lungo termine fornita dagli obiettivi di sviluppo sostenibile.

L. Piemonti, Quotidiano sanità, 30 aprile 2021



Mi avvio a concludere ...

La solitudine è una pandemia subdola e pericolosa:

- che riguarda e può colpire tutti (non solo gli anziani)
- probabilmente più le femmine che i maschi
- che fragilizza le persone specie quelle più deboli e fragili (gli anziani ed idisabili)
- che riduce la speranza di vita
- che ha elevatissimi costi sociali (plus di 1.600 dollari/anno in USA)
- trascurata nelle politiche sanitarie italiane (anche se alcune azioni previste dal PNRR potranno essere utili)
- che bisogna finalmente affrontare, senza stigmi, pregiudizi, paure o omertà, con l'apporto responsabile di tutti



«The growing problem of loneliness»

Cacioppo J.T., Cacioppo S.

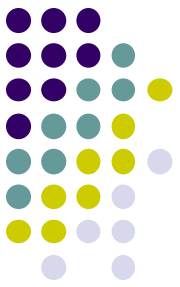
Immaginate una condizione che rende una persona depressa, irritabile e concentrata su di sé, e che allo stesso tempo si associa ad un incremento del rischio di morte prematura del 26%. Immaginate poi che nei Paesi industrializzati circa un terzo della popolazione soffre di questa condizione, una persona su 12 che ne soffre in forma severa e che questi tassi sono in aumento. Reddito, educazione, sesso ed etnia non sono fattori di protezione.

Questa condizione è contagiosa e non riguarda un particolare gruppo di individui vulnerabili, quanto piuttosto si manifesta in persone e situazioni ordinarie. Questa condizione esiste: la solitudine.

“Dove sono gli uomini?”
disse il Piccolo Principe
“Si è un po’ soli nel deserto”.
“Si è soli anche con gli uomini”
rispose il serpente.
*Antoine de Saint-Exupéry,
Il piccolo principe*



Tra genio e follia





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatría)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatría) rivolto agli anziani

webinar



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 3 GIUGNO 17:30-18:30

Contributo conoscitivo dalle autopsie eseguite sui deceduti per COVID 19

Introduce: *Marco Trabucchi*
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Intervengono: *Matteo Moretti (Pavia)*
Tino Emanuele Poloni (Abbiategrasso)

È necessario iscriversi, gratuitamente, entro il 1 giugno
[CLICCANDO QUI](#)

*Ricerca attuata con il finanziamento di:
Fondo Intesa progetto B-2020 - 0045*

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

Newsletter AIP – 21 maggio 2021

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

apro questa newsletter con un omaggio grato e devoto agli oltre 1000 medici e al grande numero, anche se ancora non noto, di operatori morti in queste settimane a causa dell'epidemia di Coronavirus in India. Anche i sopravvissuti hanno sofferto moltissimo per le condizioni nelle quali sono costretti a lavorare, nella grave mancanza di supporti tecnici e di strumenti di protezione. A questo pensiero sull'India collego il ricordo per i medici e gli operatori sanitari che in questi lunghissimi mesi si sono sacrificati per noi, volendo rispettare fino in fondo il dovere di curare.

Noi invece stiamo progressivamente ritornando alla normalità. Speriamo di saper gestire come cittadini questa fase non semplice, in modo da evitare un autunno nuovamente critico. Tipico di questa fase di incertezza mi è sembrato il [dibattito sull'uso delle mascherine](#), che si è aperto negli Stati Uniti. Da una parte la Food and Drug Administration, che indica la possibilità di liberarsene, dall'altra un folto gruppo di medici americani che, invece, ha invitato a conservare il distanziamento, le mascherine e l'igiene personale. Tutto il mondo è paese, si potrebbe dire: sarà da studiare con attenzione il fatto che la medicina sia per definizione più conservatrice di altre posizioni culturali e sociali presenti nella società, come sta avvenendo anche in Italia, pur tra molti distinguo. Forse non si tratta di considerazioni "scientifiche", parola molto impegnativa che lascerei da parte, ma solo di una visione complessiva della vita umana, che considera preminenti i danni provocati a chi si ammala anche rispetto al mantenimento della loro autonoma capacità di costruire il proprio futuro.

In questi giorni inizia per noi un tempo di responsabilità, che richiede grande capacità di discernimento: personalmente, e in collaborazione con gli organi dirigenziali di AIP, **seno fortemente la responsabilità di decidere per le prossime attività della nostra Associazione, in particolare per quanto riguarda la possibilità di svolgerle in presenza**. Per alcune riteniamo opportuno escludere la via telematica, perché la mancanza di rapporti diretti rende inefficace la riunione stessa; questo atteggiamento non deriva dal fatto che vorremmo farle diventare luoghi di psicoterapia di gruppo, ma perché la cultura e la formazione, particolarmente in certi momenti, viaggiano con la testa e le gambe fisiche delle persone ed è molto difficile farne a meno. È illusorio trasmettere contenuti tecnico-professionali se la persona soffre per preoccupazioni, angosce, solitudini non ancora superate.

Stiamo invece elaborando la possibilità di organizzare eventi ibridi, cioè con la partecipazione in vivo riservata a chi vuole, mentre tutti possono collegarsi da remoto. Così meglio si rispettano le attese dei nostri interlocutori, senza essere noi a decidere per tutti.

Ovviamente l'**Alzheimer Fest** di Cesenatico (10-12 settembre) sarà organizzato solo dal vivo, augurandoci di avere maggiore agibilità rispetto all'anno scorso (fu però un evento ugualmente molto apprezzato dai partecipanti). Speriamo che il convegno ormai tradizionale del 15 novembre sulla **solitudine dell'anziano** possa anch'esso svolgersi dal vivo, anche se siamo pronti a ripetere l'esperienza telematica dell'anno scorso, che fu seguita da migliaia di persone. AIP ritiene centrale tra i propri impegni culturali e operativi la tematica solitudine; la pandemia ha rappresentato anche

in questo ambito un campanello d'allarme, perché ci ha avvisato che la situazione di abbandono di molti anziani li rende fragilissimi di fronte a qualsiasi evento che interferisca con la normalità precaria di ogni giorno. In questa prospettiva, nei vari ambienti di vita occorre ripensare all'organizzazione della giornata delle persone anziane. Ad esempio, l'impegno preso dal PNRR di incrementare, anche attraverso adeguati finanziamenti, i servizi di assistenza domiciliare rischia di essere almeno in parte vanificato, se l'organizzazione del servizio non prevede la possibilità concreta per l'anziano fragile di realizzare quanto viene indicato dal professionista che organizza l'assistenza. Sempre più, quindi, sarà necessario prevedere interventi mirati all'assistenza psicologica del singolo che soffre per la solitudine e, allo stesso tempo, ad un'organizzazione che supporti l'anziano che da solo non riuscirebbe a organizzare praticamente un'adeguata assistenza nel proprio domicilio.

L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato [uno studio sugli effetti della vaccinazione contro il Covid-19](#). I dati sono impressionanti, perché ne mostrano l'efficacia indiscutibile rispetto al rischio di malattia e alle relative conseguenze. Riporto la sintesi iniziale del documento: "L'analisi ha evidenziato che il rischio di infezione dal SARS-CoV-2, ricovero e decesso diminuisce progressivamente dopo due settimane e fino a 35 giorni dopo la somministrazione della prima dose. Dopo i 35 giorni si osserva una stabilizzazione della riduzione che è circa dell'80% per il rischio di diagnosi, del 90% per il rischio di ricovero e per il 95% per il rischio di decesso". Il vero problema da affrontare seriamente nel prossimo futuro è quello di rendere questi dati, che sono incisivi e chiari, comprensibili anche rispetto all'impatto sui cittadini che resistono alla vaccinazione stessa. Infatti, mentre ritengo che i no vax rappresentino un problema di convincimento ideologico, con radici profonde e rispettabili, gli altri gruppi sociali potranno essere convinti solo dall'insistenza sugli effetti positivi della vaccinazione rispetto al benessere futuro e sul bassissimo rischio di gravi effetti indesiderati. Il *New York Times* del 18 maggio pubblica un articolo di grande interesse sulle tipologie di cittadini che resistono alla vaccinazione. L'8% sono "watchful", cioè in attesa di quello che accadrà, il 9% "cost-anxious", cioè persone che vorrebbero il vaccino, ma non sono in grado di avere il tempo e di supportare i costi, il 4% "system distrusters", cioè individui che ritengono di non essere stati trattati adeguatamente dal sistema, il 14% "covid skeptics", quelli che non credono nel pericolo indotto dal virus. Il resto è entusiasta. Lo stesso articolo si pone il problema delle grandi differenze regionali presenti negli USA; ad esempio, nel Vermont il 78% dei cittadini ha ricevuto almeno la prima dose, in Mississippi, invece, la percentuale scende al 42%. Con questo andamento non sarà mai possibile per Biden mantenere la promessa di vaccinare il 70% degli americani per l'Indipendence Day (una celebrazione storica che diventa la festa per la raggiunta indipendenza dal Covid-19). Ancora una volta, la realtà mostra quanto siano complesse le operazioni come la vaccinazione di una popolazione, a causa delle differenze culturali, psicologiche, organizzative, religiose... In Cina ciò non accade, però non farei il cambio!

Sempre più frequentemente vengono pubblicati sulle riviste mediche a livello internazionale dei contributi sul [possibile ruolo della telemedicina nelle varie fasi del processo diagnostico e terapeutico](#), spesso con un eccesso di entusiasmo sulla reale efficacia delle nuove metodologie di supporto al lavoro clinico. Il *Journal American Geriatric Society* pubblica un contributo secondo il quale la diagnosi di demenza può essere condotta agevolmente utilizzando le valutazioni delle funzioni cognitive in videoconferenza, ottenendo risultati comparabili a quelli con gli esami condotti di persona. Certo, si tratta di modalità che possono permettere l'esecuzione di indagini su un più grande numero di persone, evitando lo spostamento del paziente, non sempre agevole. Ritengo, però, che il contatto diretto, almeno rispetto ad alcune indagini che si basano anche su un alto contenuto relazionale, rappresenti una modalità irrinunciabile per la qualità dei risultati. Non vorrei, infatti, che l'uso di strumenti telematici possa giustificare indagini più superficiali, per cui chi ha già

la sfortuna di essere limitato negli spostamenti poi lo sia anche rispetto alla qualità delle cure che riceve. La telematica e l'insieme del progresso in ambito digitale, che caratterizzerà i prossimi anni, porterà ad enormi progressi; sarà, però, necessaria una particolare sorveglianza perché nella fruizione delle novità non si consideri la condizione dell'anziano al pari di quella di altre età della vita. Non sono problematiche etiche, ma condizioni irrinunciabili per il raggiungimento dei potenziali risultati.

Ieri si è svolto il webinar AIP dedicato alla **riapertura delle RSA**, con le presentazioni di Roberto Volpe e Ettore Muti, tema di attualità, seguito con grande interesse. In questi stessi giorni è giunta la notizia che il Ministero della Salute ha stipulato una convenzione con l'Arma dei Carabinieri per lo svolgimento di un censimento di tutte le residenze per anziani. Schematicamente: 1. mi pare gravissimo che le Regioni non siano in grado di trasmettere autonomamente al Ministero i dati sulle strutture presenti sui rispettivi territori; 2. trovo assurdo che una lettura della situazione non possa essere richiesta alle singole strutture; quelle che non rispondessero vanno chiuse; 3. mi sembra triste trasformare i Carabinieri, che sono depositari della nostra stima e della nostra sicurezza, in addetti al catasto.

Allego la locandina riguardante il prossimo dei nostri webinar settimanali, dedicato ai dati di estremo interesse prodotti da Abbiategrasso dalla Fondazione Golgi Cenci sull'encefalo delle persone decedute per Covid-19. L'evento si terrà mercoledì 3 giugno; la partecipazione è gratuita, ma è necessario iscriversi.

È attiva la linea HELPLINE "**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", alla quale può accedere gratuitamente (al numero: **800 699741**) chiunque avesse l'esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l'informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Infine, ricordo che è sempre possibile **isciversi o rinnovare l'iscrizione all'AIP**. Tutti i dettagli sono riportati sul sito AIP www.psicogeriatra.it; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all'indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it.

Con la consueta amicizia

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

webinar



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 3 GIUGNO 17:30-18:30

Contributo conoscitivo dalle autopsie eseguite sui deceduti per COVID 19

Introduce: *Marco Trabucchi*
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Intervengono: *Matteo Moretti (Pavia)*
Tino Emanuele Poloni (Abbiategrasso)

È necessario iscriversi, gratuitamente, entro il 1 giugno
[CLICCANDO QUI](#)

*Ricerca attuata con il finanziamento di:
Fondo Intesa progetto B-2020 - 0045*

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

Newsletter AIP - 14 maggio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

la crisi ha provocato tanti ripensamenti, in particolare riguardo l'organizzazione della nostra sanità. In questa logica nei giorni scorsi si è collocata la dichiarazione del presidente dell'Ordine, che ha evocato una "questione medica". Dobbiamo essere molto grati ad Anelli, perché ha portato in superficie il **disagio dei colleghi che vivono senza serenità e gratificazione il loro impegno, sempre qualificato e gravoso, e che in questi mesi è stato ancora più pesante sul piano fisico e psicologico**. La gratificazione deriva dal partecipare responsabilmente a scelte e decisioni che, mai come in questo periodo, hanno avuto un significato positivo sul piano clinico e organizzativo. Invece, sentirsi esclusi dalle scelte strategiche, ed essere relegati al ruolo di esecutori di scelte non condivise, è frustrante. Questa situazione ha spesso prodotto demotivazione, che si è manifestata in particolare quando la professione diventava anche "passione romantica". Poter essere utili alla causa comune con la propria abnegazione, generosità e cultura sarebbe stato estremamente motivante. L'aver depauperato un patrimonio di competenza e di "affettività" verso il proprio luogo di lavoro, proprio nel momento in cui si richiedeva al personale sanitario il massimo del sacrificio, è stato negativo (ed anche un segnale di scarsa capacità di leadership!).

Vi sono statistiche secondo le quali **il numero dei medici che nell'ultimo anno hanno deciso di lasciare l'incarico ammonta ad alcune migliaia**. Peraltro, solo nel giro delle mie personali conoscenze, annovero molti colleghe e colleghi che hanno preso una decisione non facile, talvolta molto dolorosa, perché il luogo di lavoro pubblico era diventato insopportabile a causa dell'atteggiamento delle autorità che gestiscono la sanità a livello locale. Troppi Direttori generali (e i relativi staff dirigenziali) si sono dimostrati incapaci di riconoscere l'importanza del lavoro dei loro dipendenti, non li hanno difesi quando subivano aggressioni e denunce, non si impegnavano ad organizzare razionalmente il lavoro, evitando le condizioni di confusione che si sono verificate in molti servizi, dentro e fuori dall'ospedale. I medici sono diventati il parafulmine di qualsiasi tensione e problema riguardante la sanità; il meccanismo è stato il seguente: al politico assai frequentemente interessa solo il consenso superficiale, non il funzionamento reale dei servizi; questi scarica sulle strutture di governo le richieste, senza esaminarne la reale importanza; queste a loro volta scaricano sui medici e sul personale sanitario in generale le loro frustrazioni, invece di assumersi la responsabilità di quanto avviene (eventualmente riservandosi senza clamore, e badando solo ai risultati, di sistemare le eventuali mancanze). Tale aspetto è stato chiaramente evidente nel fatto che in molti casi la stessa comunicazione dei dati e della loro evoluzione forniva già una lettura orientata.

Ricordo, per correttezza, che questi atteggiamenti non riguardano tutte le situazioni del nostro Paese; esistono, infatti, luoghi dove la politica che indirizza, la burocrazia che esegue tecnicamente e gli operatori sanitari che realizzano sono stati perfettamente in linea, con eccellenti risultati per la salute della popolazione.

In questi giorni si sono riaperte le RSA, secondo le indicazioni fornite dal governo. Allego le dichiarazioni di AIP su questo argomento, diffuse nei giorni scorsi. Con qualche preoccupazione ho rilevato una grande diversità di riposta da parte delle varie strutture; alcune hanno celebrato l'evento con soddisfazione (talvolta addirittura con emozione!), impegnandosi senza risparmio per identificare le modalità operative più efficaci. Altre, invece, hanno reagito con una predominante preoccupazione, mettendo in luce più gli aspetti negativi che quelli positivi. Non sono il maestro di nessuno; vorrei però cercare, anche attraverso l'impegno di AIP, di costruire, assieme alle diverse organizzazioni che raggruppano le RSA delle varie regioni, una linea comune di fronte ai problemi di oggi, ma soprattutto a quelli di domani. Se lo scenario futuro è quello delineato dal PNRR, cioè da un sostanziale disinteresse per le strutture residenziali degli anziani, vi sarà la forte esigenza di pensare insieme proposte per costruire il futuro. Mi rendo conto che non sarà facile raggiungere un atteggiamento condiviso, partendo dalle differenze, che però sono anche una ricchezza del settore. Sarà una strada obbligata, se la rete delle RSA vorrà continuare a rappresentare un segmento irrinunciabile dell'assistenza alle persone anziane fragili.

Alla riapertura delle RSA è dedicato il prossimo webinar AIP, che si terrà il **giovedì 20 maggio** dalle 17.30 alle 18.30 (iscrizione gratuita, ma obbligatoria). Sarà un'ulteriore occasione per arricchire le nostre conoscenze, e quindi la nostra operatività. Interverranno, come potete vedere dall'accluso avviso, Roberto Volpe, presidente dell'associazione delle RSA del Veneto, persona che in questi mesi ha combattuto senza sosta a favore delle residenze per anziani e della loro possibilità di offrire un'assistenza adeguata, ed Ettore Muti, direttore sanitario dell'Istituto Mazzali di Mantova, struttura che in molti campi ha fatto scuola.

Tra le tante crisi di questo momento, giustamente il *BMJ* del 12 maggio ha richiamato l'attenzione sullo **"scandalo del rifornimento di ossigeno a livello mondiale"**. Nei Paesi a basso reddito la problematica non è stata seriamente affrontata; peraltro, la situazione è il prodotto di una cronica mancanza di ossigeno che caratterizza molti Paesi e che si è resa drammaticamente evidente a causa del Covid-19. A questo proposito mi ha impressionato l'appello, riportato da *Nature*, del capo del governo nepalese che così recita: "I nostri sherpa hanno sempre condiviso l'ossigeno con i vostri scalatori in difficoltà; adesso, per favore, condividete le vostre disponibilità di ossigeno con la nostra popolazione disperata".

L'*Economist* del 7 maggio pubblica un articolo di ben tre pagine sulla **post-covid syndrome**. Inizia riferendo che altre pandemie (la Russa del 1890 e la Spagnola del 1918) hanno avuto gravi conseguenze anche sul sistema nervoso centrale. Uno dei sintomi più frequenti era la "letargia", evento così grave da provocare in Tanganika una grave carestia, causata dal fatto che molte persone erano troppo debilitate per raccogliere i frutti della terra. L'articolo si conclude così: "Quando la pandemia di Covid-19 sarà superata, resterà un grave problema. Infatti, le sindromi post-virali colpiranno non solo chi è stato ammalato, ma anche parte della collettività. È stato infatti dimostrato dagli studi più recenti che l'80% delle persone colpite dalla sindrome post-covid perde la capacità di lavorare e, inoltre, che il 40% perde la capacità di occuparsi degli altri.

Sempre nell'ambito delle problematiche legate al Covid-19, il *New York Times* del 13 maggio riporta un'analisi della distribuzione del vaccino dalla quale si evince chiaramente che **i gruppi sociali più fortunati sono quelli con una maggiore prevalenza di persone vaccinate**. Il dato USA è il seguente: le persone con un reddito inferiore ai 25.000 dollari sono state vaccinate, almeno alla prima dose, per il 76%, mentre chi ha un reddito superiore a 150.000 dollari la percentuale sale al 93%. La spiegazione è culturale (minore attenzione alle fake news, maggiore attenzione al dato scientifico), ma anche legata all'effettiva disponibilità di tempo da dedicare alla vaccinazione. Infatti, anche se

potrebbe sembrare un dato assurdo, si è rilevato che negli USA 30 milioni di abitanti non si sono organizzati per ricevere il vaccino, anche a causa di problemi organizzativi legati al lavoro: “we just haven’t figured when”. Il *NYT* riferisce che il governo americano sta studiando le modalità per indurre questa grande quantità di cittadini, che non ha alcuna motivazione (ideologica o dettata dalla paura), a recarsi nei luoghi della vaccinazione.

Con piacere riporto, in maniera anonima, il brano di una **lettera ricevuta da una paziente ricoverata per oltre un mese in un reparto Covid-19**: “Un ringraziamento particolare al primario per la forza e il coraggio che è riuscita a trasmettermi con tutta la sua fermezza e umanità, come quel giorno che, mentre piangevo, mi ha detto: –Su forza, le spazzolo i capelli– . La sua presenza è stata fondamentale”. Queste poche parole esprimono con efficacia sintetica il compito di un medico. Guidare la cura, essere fermi e umani, essere gentili... il gesto di pettinare i capelli testimonia che si tratta di una collega! Mi riferisco alla prima parte di questa newsletter: confidiamo che Anelli sollevi davvero la questione medica, per fare in modo che colleghe come quella della lettera sopradescritta siano valorizzate.

Sul sito AIP sarà ora possibile **consultare in anteprima gli articoli che verranno pubblicati sulla nostra rivista *Psicogeriatría***. Alla fine del quadrimestre, i diversi pezzi saranno raccolti nel n. 2/2021 della rivista.

Ricordo la possibilità di **iscrizione o rinnovo all’AIP**, indispensabile per permetterci di lavorare con serenità ai molti progetti che abbiamo in corso e che potranno vedere la luce se davvero la pandemia sarà contenuta. Tutti i dettagli sono riportati sul sito AIP www.psicogeriatría.it ; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all’indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it .

È attiva la linea HELPLINE “**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell’anziano**”, alla quale può accedere gratuitamente (al numero: **800 699741**) chiunque avesse l’esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l’informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Con viva cordialità, in attesa che la primavera diventi un evento rasserenante sul piano atmosferico, ma anche su quello professionale

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani

webinar



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 20 MAGGIO 17:30-18:30

Le RSA e la riapertura: un problema che riguarda tutta la comunità

Introduce: *Marco Trabucchi*
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrics

Intervengono: *Roberto Volpe* (Valdagno), *Ettore Muti* (Mantova)

È necessario iscriversi, gratuitamente, entro il 18 maggio
[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

Newsletter AIP – 7 maggio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

speriamo di essere sulla buona strada per il superamento della pandemia. Qualche tempo fa potevamo essere più ottimisti; oggi, invece, siamo più prudenti, perché condizionati da alcuni comportamenti collettivi e dai limiti del sistema delle vaccinazioni. In questo scenario è impedita anche la programmazione delle attività dei prossimi mesi, sia per quanto riguarda la nostra vita personale, sia quella collettiva. Ad esempio, come AIP guardiamo ancora con apprensione all'Alzheimer Fest di settembre, al tradizionale Congresso per gli infermieri di ottobre, alla Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano di novembre, al Brain Aging di Napoli di dicembre. Più in generale, **siamo colpiti da una serie di lavori usciti recentemente riguardanti la difficoltà di raggiungere entro l'anno la famosa immunità di gregge**, da alcuni ritenuta la tappa fondamentale per riprendere la vita di sempre.

Questo argomento è stato affrontato da *Nature* del 18 marzo con un articolo dal titolo: "5 ragioni perché è probabilmente impossibile raggiungere l'immunità di gregge per il Covid-19". Sono le seguenti: 1. Non è chiaro se i vaccini prevengano la trasmissione della malattia; 2. Troppa disparità nella distribuzione dei vaccini a livello mondiale; 3. Le varianti cambiano l'equazione per l'immunità di gregge; 4. L'immunità non durerà per sempre; 5. I vaccini possono cambiare in negativo i comportamenti umani. In un'intervista al *NYT* Anthony Fauci ha suggerito di non considerare più l'immunità di gregge come un obiettivo per gli USA, perché: "adesso bisogna vaccinare... vaccinare, poi si vedrà". Mi pare sia anche la posizione del generale Figliuolo, che oggi insiste per migliorare i ritmi delle vaccinazioni, tappa irrinunciabile per sperare in un'estate decente!

Nello scenario **iniziano a prendere posizione anche gli studiosi che si preoccupano giustamente per i Paesi in via di sviluppo**, per i quali solo da poco si inizia a intravedere qualche apertura. Peraltro, il disastro dell'India ha provocato la perdita del contributo importantissimo dell'industria farmaceutica di quel Paese alla preparazione dei vaccini, creando una crisi nella crisi. C'è anche chi guarda avanti; in un editoriale del 24 aprile *Lancet* riporta l'appello dell'immunologa dottoressa Osier, la quale scrive: "Abbiamo preparato vaccini efficaci contro il Covid-19; adesso, però, dobbiamo fare lo stesso contro la malaria". Speriamo vi siano volontà politiche e attenzione scientifica anche a questo enorme problema, che non riguarda solo i turisti, ma anche le persone generose che scelgono di andare a lavorare nei Paesi a rischio, spesso come operatori sanitari, oltre, ovviamente, agli abitanti dei Paesi a rischio.

Però alla fine... sono tutte preoccupazioni inutili; basterebbe che, come dice Bolsonaro: "Stop being a country of sissies" (vedi *BMJ* del 5 maggio). Noi saremo forse "femminucce", però è ora che a questi pazzi, che hanno nelle mani la vita di milioni di persone, venga chiusa la bocca (con metodi efficaci, anche se incruenti). Nel frattempo, **negli Stati Uniti stiamo assistendo ad un forte abbassamento dell'età delle persone ricoverate per Covid-19**; il *NYT* del 24 aprile riferisce che negli ospedali del Michigan, lo stato più colpito dall'epidemia, oggi viene ricoverato un numero doppio di 30-40enni rispetto all'autunno scorso. Il Center for Disease Control and Prevention attribuisce il fenomeno a tre fattori: la vaccinazione degli anziani, la variante B.1.1.7, l'allentamento delle

restrizioni che coinvolge soprattutto i più giovani. Penso che questi dati non abbiano bisogno di commenti; bastano ancora un paio di settimane d'attesa.

Tra i risultati della vaccinazione sono di grande interesse quelli forniti dalla Regione Lazio, secondo la quale **nella fascia di età degli over80 la vaccinazione ha ridotto drasticamente le ospedalizzazioni per Covid-19**. Nel periodo febbraio-metà aprile si sono infatti osservate 27 ospedalizzazioni per Covid-19 contro i 267 nelle persone non vaccinate, cioè una riduzione del rischio del 91%. Sono dati indiscutibili, che dovrebbero far pensare chi si oppone, per i motivi più diversi, alle vaccinazioni.

Stiamo aspettando l'emanazione di un provvedimento del governo, su indicazione delle regioni, per la **riapertura alle visite dei parenti nelle RSA**. Fino ad ora, infatti, il DPMC del 3 dicembre scorso bloccava qualsiasi iniziativa, perché poteva essere interpretata come in contrasto con lo stesso. In un'intervista a *La Stampa* del 5 maggio (il quotidiano è sempre molto attento alla condizione degli anziani fragili) mi sono permesso di criticare ogni provvedimento in questo campo che non si faccia carico anche dei costi economici e organizzativi dell'operazione di apertura: "Si carica sulle spalle delle famiglie e delle RSA ogni onere collegato all'apertura. Ancora una volta si danno ordini con i soldi degli altri. È la conferma della scarsa considerazione che le autorità di governo ai vari livelli nutrono per questo settore". Una conferma della scarsa centralità delle RSA rispetto ai problemi più gravi del Paese viene anche dalla lettura del PNRR, nel quale lo spazio dato alle RSA è limitato ai 300 milioni per la "costruzione di appartamenti derivati dalla riconversione delle RSA". Questa dimenticanza "politica" mi è sembrata un'offesa grave alla dignità degli ospiti e degli operatori! Certamente Draghi non poteva controllare tutto, e quindi si è lasciato condurre dalla stessa logica di questi mesi: le RSA sono focolai di rischio, l'assistenza all'anziano può essere strutturata anche senza di loro... Il tempo smentirà queste sciocchezze, ma oggi il disagio diffuso provoca danni: crisi economica, perdita di fiducia da parte delle famiglie, incertezze sul futuro. Sono in molti a non condividere questo atteggiamento; **AIP è da sempre impegnata perché prevalga una linea di studio e di sperimentazione per permettere nei prossimi anni alle RSA di prestare al meglio la loro opera**, con un'attenzione sempre più mirata alla dignità, alla libertà e al benessere delle persone anziane. Mi permetto di insistere: l'aggressione verbale e scritta alle strutture residenziali per gli anziani sono dannose, ma anche inutili. Non aiutano, infatti, l'evoluzione di una parte così importante del nostro sistema welfare. Ad un processo serio e razionale non contribuiscono le dichiarazioni di alcuni esponenti del sociale che non conoscono la storia e nemmeno la situazione di oggi. Tutti riteniamo indispensabile aumentare radicalmente i finanziamenti per l'assistenza domiciliare ma, allo stesso tempo, siamo certi che, oltre un certo livello di gravità delle condizioni di salute di una persona anziana, la risposta non può essere organizzata dalla famiglia, anche se appoggiata da un sistema di assistenze migliore rispetto a quello fornito oggi. Si creerebbero per la famiglia condizioni per un impegno senza speranza e soprattutto inadeguato rispetto al bisogno. Anche la proposta di creare centri diurni che fanno tornare l'anziano a casa di notte ha significato come hanno significato quelli già oggi funzionanti, che spesso sono risposte adeguate ed efficaci per la cura delle persone non autosufficienti. Però, quelli che osservano la realtà con occhi sinceri, e non dominati dall'ideologia, sanno bene che, oltre un certo livello di gravità del bisogno di salute, la famiglia non è in grado di gestire le 12 ore notturne di assistenza a casa delle quali dovrebbe farsi carico. Chi sacrificerebbe il proprio sonno? Caregiver che il giorno seguente devono recarsi al lavoro? Ovviamente ogni situazione è diversa; per questo la rete che ci auguriamo verrà costruita dovrà essere elastica, per adattarsi all'enorme variabilità delle condizioni di bisogno.

Un altro segnale di speranza nella cura dell'Alzheimer. Il *NEJM* del 6 maggio pubblica un lavoro, con il relativo editoriale, sui risultati incoraggianti della sperimentazione con il Donanemab, un

anticorpo monoclonale contro l'amiloide. Entro breve sapremo le decisioni della FDA americana sull'Aducanumab, che potrebbe essere il primo farmaco ad essere riconosciuto per la demenza di Alzheimer. L'area terapeutica si va fortunatamente arricchendo, anche attraverso la proposta di altri approcci di cura, oltre a quello anti-amiloide.

Il Consiglio Direttivo, riunitosi il 6 maggio, ha eletto il **Collegio di presidenza di AIP per il periodo 2021-2023**:

- Presidente: Marco Trabucchi
- Vicepresidenti: Giuseppe Bellelli, Giovanna Ferrandes, Giancarlo Logroscino, Claudio Vampini
- Segretario: Angelo Bianchetti
- Responsabile del Comitato di Garanzia e Indirizzo: Luigi Ferrannini
- Responsabile dei rapporti con le Sezioni regionali: Carlo Serrati
- Responsabile del Congresso: Alessandro Padovani
- Diego De Leo è stato eletto Presidente eletto per il periodo 2023-2025

Compite queste scelte, l'AIP può continuare a lavorare per i prossimi due anni secondo il proprio stile tradizionale, aprendosi alle nuove esigenze dei cittadini anziani fragili e ai progressi della tecnologia. Premessa a questo impegno è una forte attività di studio e di elaborazione, diffusa in tutta la nostra Associazione, la cui linea ispiratrice è sintetizzata adeguatamente dalla frase di Hannah Arendt: "È nel vuoto del pensiero che il male è iscritto".

Nei prossimi mesi continueranno i webinar AIP, calendarizzati per il 19 maggio, il 3, 16 e 30 giugno. Al momento opportuno verranno diffusi i relativi programmi. Ricordo anche che sul sito AIP possono essere consultate gratuitamente le videoregistrazioni di tutti i webinar organizzati in questi mesi.

È attiva la linea HELPLINE "**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", alla quale può accedere gratuitamente (al numero: 800 699741) chiunque avesse l'esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l'informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata.

Infine, il consueto appello all'**iscrizione all'AIP**. Tutti i dettagli relativi all'iscrizione o al rinnovo della quota associativa sono reperibili sul sito www.psicogeriatra.it ; per qualsiasi esigenza potete sempre rivolgervi alla Segreteria all'indirizzo: aipsegreteria@grg-bs.it . Vorremmo essere pronti, con il supporto di amici e colleghi, ad affrontare le sfide che ci porrà la ripresa, che saranno difficili e che avranno bisogno di tutto il nostro impegno colto e generoso.

Buon lavoro, con viva stima

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatría)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatría) rivolto agli anziani

Trento, 21 maggio 2021

Consiglio della Provincia autonoma di Trento

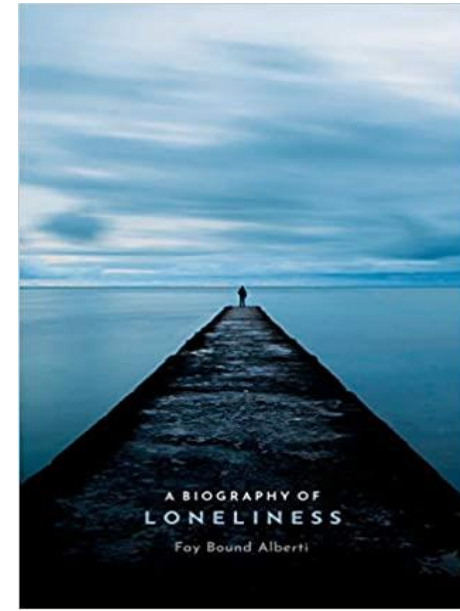
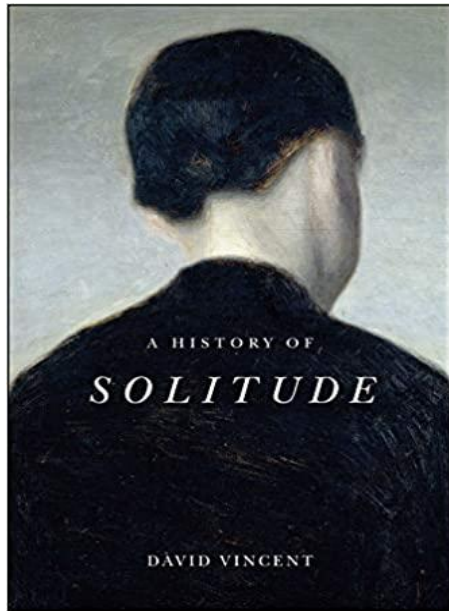
Conferenza di informazione: «La solitudine dell'anziano e dei suoi caregivers:
aspetti statistico-demografici del fenomeno e possibili proposte di intervento»



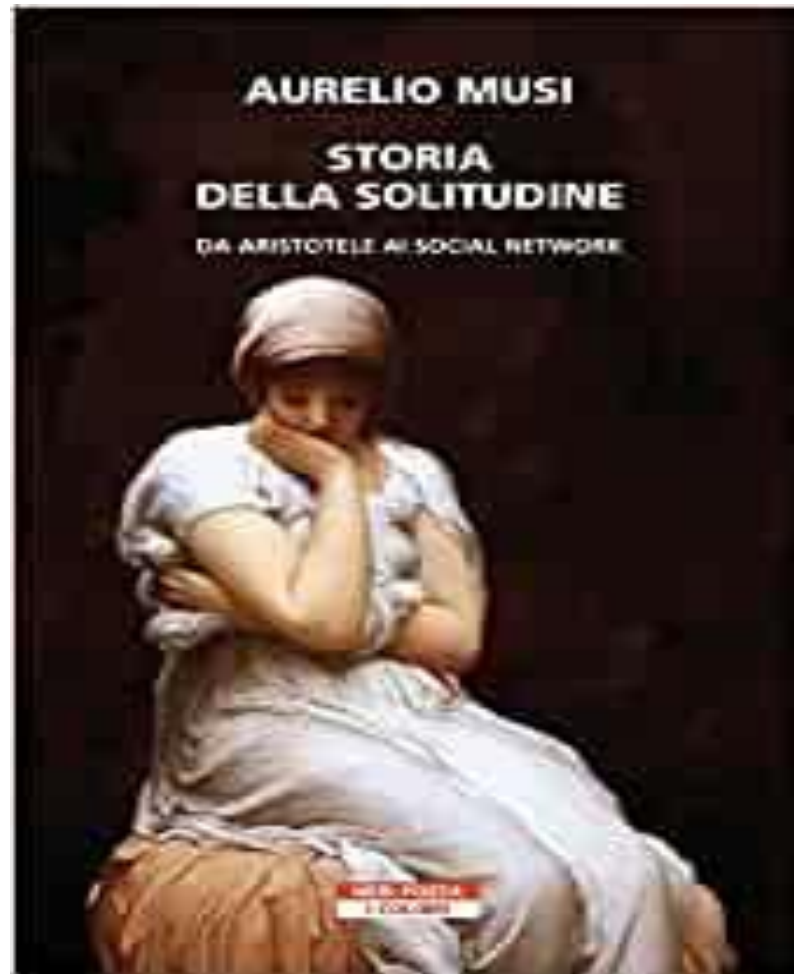
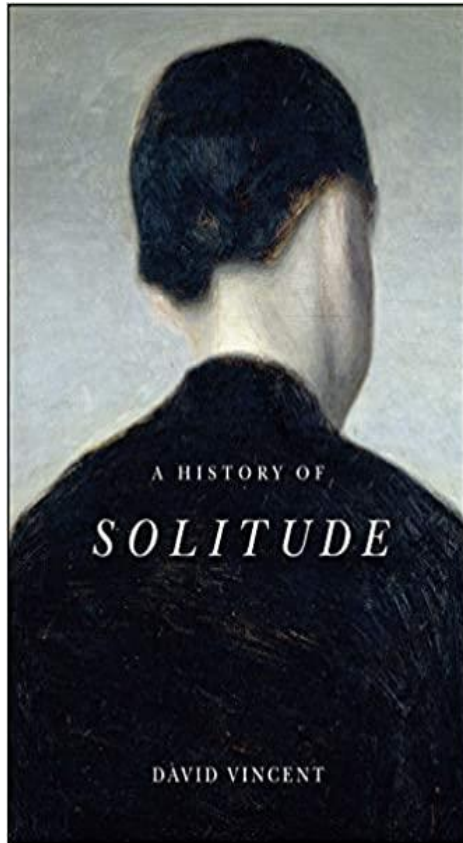
La solitudine della modernità: aspetti statistici e profili demografici

Fabio Cembrani,

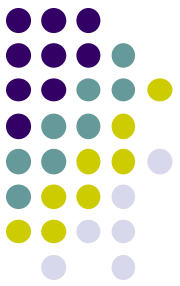
medico legale, responsabile area «Medicina legale, diritti della persona
e bioetica», Associazione italiana di Psicogeriatría (AIP)



A qualcuno potrà sembrare inopportuno interrompere il **triste monopolio dei bollettini virali** per riflettere sulla **solitudine** che rappresenta una straordinaria e drammatica emergenza sociale, subdola, purtroppo poco conosciuta e poco considerata nelle scelte politiche non solo sanitarie.



La solitudine della modernità ci costringe a muoverci in un vero e proprio labirinto dinamizzato da prospettive differenti (storiche, antropologiche, biologiche e cliniche) e da ambivalenze semantiche ...



Ambivalenze semantiche:

ἐρημία (eccezione negativa, abbandono, non alleanza in Tucidide)

μόνος (eccezione positiva, adattamento a tutto ciò che può accadere, estraneazione, fuga voluta dalla confusione del mondo, atarassia in Epitteto, nella tradizione greco-bizantina e nella cultura medioevale)

loneli-ness (destrutturazione, privazione) e **solitude** (scelta di vita, desiderio volontario, ritiro)

solitudine (solitude, soledumbre, solidào)

Nel primo libro di «De vita solitaria» Francesco Petrarca esalta i pregi della solitudine che preserva l'uomo dalle ambizioni mondane, moltiplica il tempo interiore e induce così a utilizzare nel miglior modo possibile il presente.

FRANCISCI
PETRARCHÆ

V. C.

De Vita solitaria,

LIBER PRIMVS.

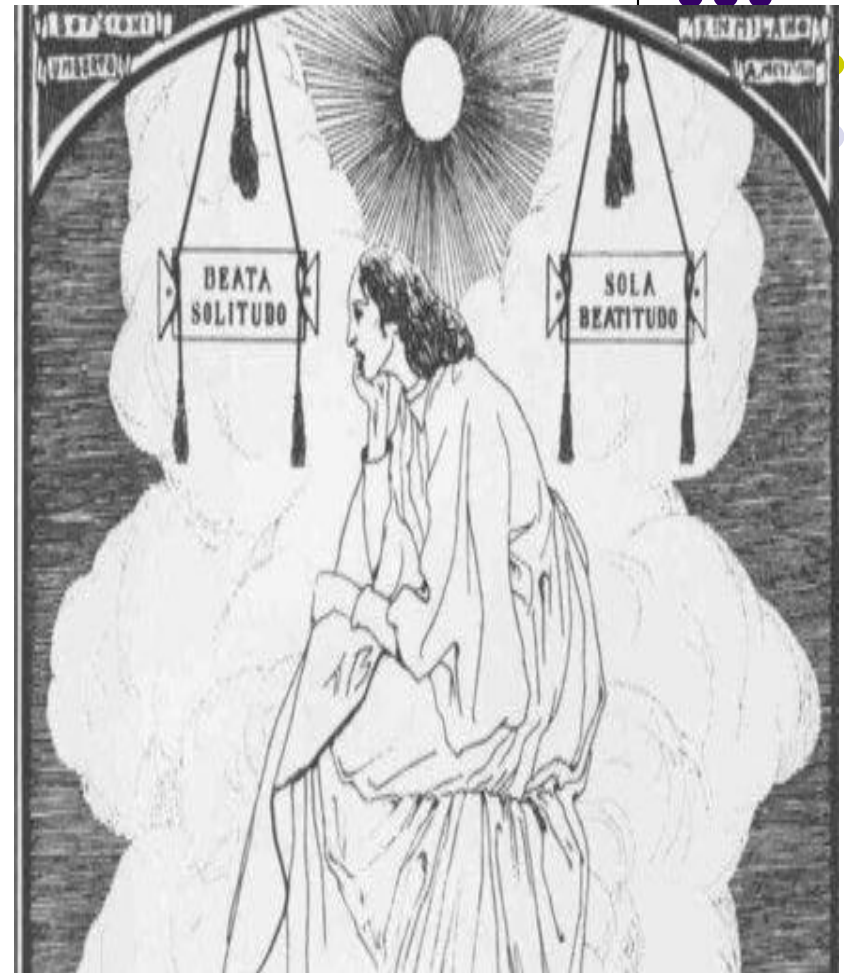
Ad Virum summæ reuerentiæ dignum
Philippum Patham eo tempore Causal-
licensem Episcopum mox Patriarcham
Hierosolymitanum, deinde S. R. E.
TIT. S. Sabinæ Cardinalem atque Le-
gatum, literis ornatum ac literatorum
patronum.



Excudebat Ioannes le Preux.

O beata solitudine
O sola beatitudine
Per chi ama il pio
monachesimo!
Come sono beati gli eletti
Che con le loro ali volano da te
lontano dalle persone
mondane!

Corneille Muys, Anversa 1566



Vincenzo Boccioni, Beata solitudo sola beatitudo (inchiostro 1907-1908)

L'altro versante della parola esprime, invece, uno **stato emozionale negativo, doloroso, ansiogeno, fortemente angosciante**, facilmente mascherabile -spesso invisibile- che la persona umana sperimenta **quando c'è un saldo negativo tra le relazioni che si desidererebbero avere e quelle che in realtà si hanno** (Cacioppo, 2014): una percezione di alienazione dal contesto sociale che non sempre dipende dal numero di persone che si hanno attorno, **dal doppio carattere sia oggettivo** (spazio-tempo) **che soggettivo** (sentimenti vissuti spesso inestricabilmente fusi tra loro di isolamento, di infelicità senza speranza, di separazione effettiva, di frustrazione, di inutilità, di perdita di significato e di senso del sè).



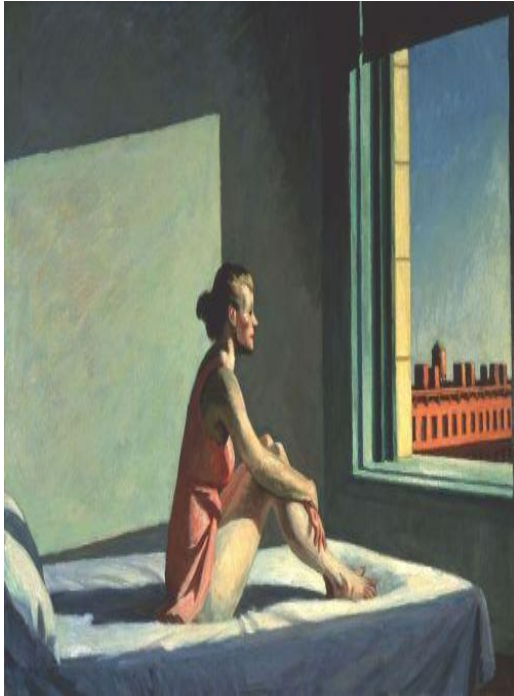
D. De Leo, M. Trabucchi, Maledetta solitudine, 2019



Dino Buzzati, *Il deserto dei Tartari* (1940)



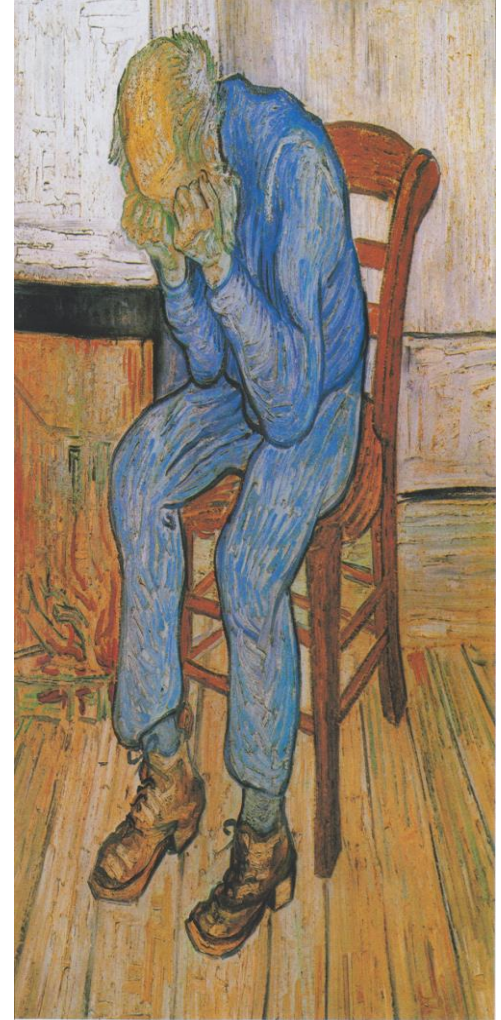
Taxi Driver, Martin Scorsese (1976)



E. Hopper, Sole di mattina (1952)



Mario Sironi, Solitudine (1925-1926)



Vincent Van Gogh, il vecchio che soffre (1890),

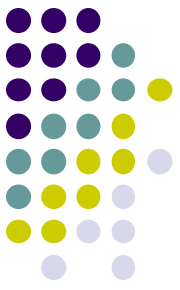


J.T. Cacioppo, S. Cacioppo, «The growing problem of loneliness»



Imagine a condition that makes a person irritable, depressed, and self-centred, **and is associated with a 26% increase in the risk of premature mortality.** Imagine too that in industrialised countries around a third of people are affected by this condition, **with one person in 12 affected severely, and that these proportions are increasing.** Income, education, sex, and ethnicity are not protective, and the condition is contagious. The effects of the condition are not attributable to some peculiarity of the character of a subset of individuals, they are a result of the condition affecting ordinary people. Such a condition exists—loneliness. Loneliness is often stigmatised, trivialised, or ignored, but—with the rapidly growing number of older adults in industrialised countries, the increased likelihood of premature mortality, and the deleterious effects of loneliness that have been identified in animal models and human longitudinal investigations—**loneliness is emerging as a public health problem.** Physicians are encountering this condition, but most do not have the information needed to deal effectively with loneliness in their patients.

Lancet, 3 febbraio 2018

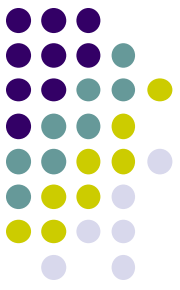


La solitudine è una **epidemia silenziosa patogena** («Loneliness Kills») associata ad una riduzione della durata di vita simile a quella provocata dal fumare 15 sigarette al giorno e superiore a quella associata all'obesità

Is Loneliness a Health Epidemic?

By Eric Klinenberg, The New York Time, Feb. 9, 2018

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review” Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, J. Bradley Layton



Results: Across 148 studies (308,849 participants), the random effects weighted average effect size was $OR=1.50$ (95% CI 1.42 to 1.59), indicating a 50% increased likelihood of survival for participants with stronger social relationships. This finding remained consistent across age, sex, initial health status, cause of death, and follow-up period. Significant differences were found across the type of social measurement evaluated ($p<0.001$); the association was strongest for complex measures of social integration ($OR=1.91$; 95% CI 1.63 to 2.23) and lowest for binary indicators of residential status (living alone versus with others) ($OR=1.19$; 95% CI 0.99 to 1.44).

Conclusions

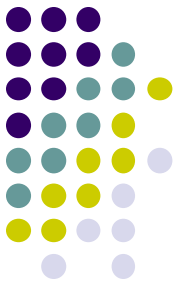
The influence of social relationships on risk for mortality is comparable with well-established risk factors for mortality.

“SOCIAL NETWORK TIES AND MORTALITY AMONG TILE ELDERLY IN THE ALAMEDA COUNTY STUDY”

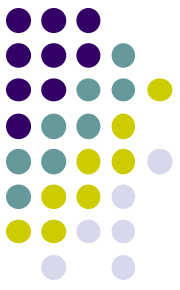
Seeman T.E., Kaplan G.A., Knudsen L., Cohen R., Guralnik J.

Proportional hazard analyses indicate **that social ties are also significant predictors of lower 17-year mortality risks for those aged 70 and older** after adjusting for age, sex, race, baseline health status, perceived health, depression, and health practices (relative hazard = 1.49 for Berkman-Syme Social Network index 95% confidence interval (CI) = 1.09–2.05

American Journal of Epidemiology, Volume 126, Issue 4, October 1987,
Pages 714–723,



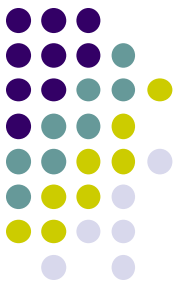
“Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up”



Páraic S. O'Súilleabháin, PhD, Stephen Gallagher, PhD, and Andrew Steptoe, PhD

Although social loneliness was not associated with mortality in those living alone, emotional loneliness was; with each 1 SD increase in emotional loneliness, **there was an 18.6% increased risk of all-cause mortality** in the fully adjusted model (HR = 1.186, $p = .029$). No associations emerged for social or emotional loneliness among those not living alone. Examinations of potential moderators revealed that with each 1 SD increase in functional status, the risk associated with emotional loneliness for all-cause mortality increased by 17.9% (hazard ratiointeraction = 1.179, $p = .005$) in those living alone. No interaction between personality traits with loneliness emerged.

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

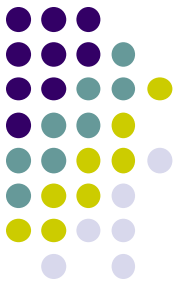


Rafnsson SB, Orrell M, d'Orsi E, Hogervorst E, Steptoe A.

Results: Two hundred twenty participants developed dementia during follow-up. **In multivariable analyses, dementia risk was positively related to greater loneliness** (hazard ratio 1.40, 95% confidence interval 1.09-1.80, $p = .008$), and inversely associated with number of close relationships ($p < .001$) and being married ($p = .018$). Sensitivity analyses testing for reverse causality and different criteria for diagnosing dementia confirmed the robustness of these findings. There was no association with social isolation.

J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2020 Jan 1;75(1):114-124.

The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study

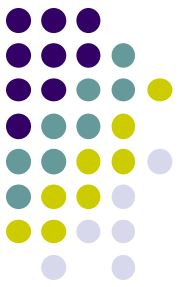


Jasper Nuyen, Marlous Tuithof, Ron de Graaf, Saskia van Dorsselaer, Marloes Kleinjan, Margreet Ten Have oc

Results: Loneliness predicted onset of severe CMD at follow-up in adults without CMDs at baseline, **and increased risk for persistent severe CMD at follow-up in those with CMD at baseline.** Conversely, severe CMD predicted onset of loneliness at follow-up in non-lonely adults at baseline, but was not associated with persistent loneliness at follow-up in lonely adults at baseline. Observed associations remained significant after controlling for perceived social support at baseline, except for the relationship between loneliness and persistent severe CMD. No longitudinal relationships were observed between loneliness and mild-moderate CMD.

Cardiovascular and immunological implications of social distancing in the context of COVID-19

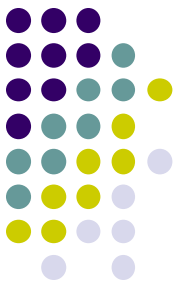
D'Acquisto F., Hamilton A.



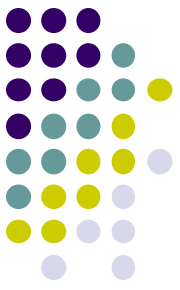
It is clear that social distancing measures such as lockdown during the COVID-19 pandemic will have subsequent effects on the body including the immune and cardiovascular systems, the extent of which will be dependent on the duration of such measures. The take-home message of these investigations is that social interaction is an integral part of a wide range of conditions that influence cardiovascular and immunological homeostasis. An appreciation of different aspects of lifestyle and living conditions should be the basis for future therapies, and the efficacy of these enhanced with drug-based therapies

Cardiovasc Res. 2020 Aug 1; 116(10)

Non abbiamo ancora completa contezza sui meccanismi di danno prodotti dalla solitudine anche se ciò che molti studi scientifici confermano è che essa è capace di produrre:



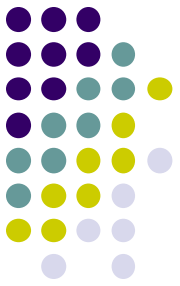
- un **prolungato distress immunitario sistemico** con incremento dei markers infiammatori (l'interleuchina 6, il fibrinogeno e la proteina C-reattiva) in grado di alterare i sistemi di sorveglianza dell'organismo;
- la **minor risposta dei globuli bianchi** contro i comuni agenti patogeni connessa alla abnorme attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con incremento del picco cortisolemico mattutino (J. Cacioppo);
- la **disregolazione del sistema nervoso autonomo** e la sua mancata risposta agli alert provenienti dal sistema neuro-endocrino, soprattutto quelli dell'Ossitocina (S. Govoni).



Certo, la solitudine ha radici antichissime ma **la sua parabola evolutiva si rivela essere una straordinaria lente di ingrandimento per poter rileggere la storia culturale dell'Occidente** a partire dall'età classica (Euripide ne parla nelle Troiane e Sofocle nel dramma di Antigone e Creonte) fino a giungere al tempo della società di massa consumistica ed interconnessa (chat e selfie) ma sempre più disconnessa sul piano dell'autenticità e dei valori comuni.

A. Musi, (2021), Storia della solitudine

Cause di progressione del fenomeno:



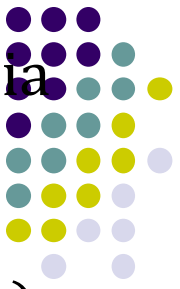
(1) Riduzione delle nascite

(2) Fragilizzazione della struttura familiare (sempre più unipersonale)

(3) Incremento della speranza di vita

(4) Pandemia da SARS-Cov-2

Nel Report «La dinamica demografica durante la pandemia Covid-19. Anno 2020» l'ISTAT ha stimato:



- Calo dello 0,6% della popolazione (59.257.566 persone), con punte maggiori di questa riduzione nel Sud e nelle isole
- Crollo dei matrimoni (-50,3%), compresi quelli civili
- 400.000 nuovi nati (- 3,8% rispetto al 2019)
- 746.000 decessi (+ 18% rispetto al 2019)
- un saldo negativo di 300.000 unità che non si verificava nel nostro Paese dal 1918 (epidemia di febbre spagnola)

Nell'«Annuario statistico italiano 2019»
l'ISTAT stima:



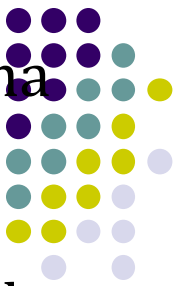
- crescita del numero di famiglie unipersonali (dal 21,5% nel 1997-1998 al 33% nel 2017-2018)
- riduzione del numero medio dei componenti (da 2,7 del 1997-1998 a 2,3 nel 2017-2018)
- quasi 2 milioni quelle in condizioni di povertà assoluta (mancanti di beni e servizi essenziali)

Nel Report «Il Benessere equo e sostenibile in Italia. Anno 2020», l'ISTAT stima:



- una speranza di vita media di 82,3 anni (0,9 anni perduti rispetto al 2019 con punte massime di 2,4 di speranza di vita in meno a causa del Covid-19 registrata in Lombardia)
- una grande eterogeneità a livello regionale
- il peggioramento complessivo specie nelle regioni del Nord degli indici di salute mentale
- l'incremento dei malati multi-cronici (3 o più patologie) che raggiunge il 48,8% della popolazione over75enne ed il 60,7% di quella over85enne

Nel «Rapporto annuale Anno 2018» l'ISTAT stima l'esistenza:

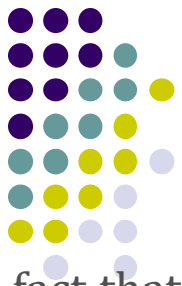


- di 7.058.755 gli anziani over75enni, l'11,7% del totale della popolazione (il 60% è composto da donne)
- di 8,5 milioni di italiani che vivono da soli (40% vedovi, 39% celibi, 21% separati) e che il tasso di solitudine cresce con l'età (38% negli over75enni)
- di 3,5 milioni di italiani che dichiarano di non avere una rete di amici o un sostegno cui riferirsi in caso di bisogno (percentuale doppia rispetto alla media europea)
- il 42,4% di chi vive in famiglia si dichiara molto soddisfatto della propria vita rispetto al 33,5% di chi vive da solo

Indagine Kaspersky condotta in 12 Paesi europei e Giappone con 10 mila interviste:



- Il 55% degli italiani contro il 52% degli europei ha dichiarato di essersi sentito solo durante il lockdown ammettendo che la tecnologia è servita a mitigare
- Il 40% allo stesso modo che prima dell'inizio della pandemia
- Trentino-Alto Adige, Calabria e Abruzzo le regioni in cui ci si è sentiti più soli
- A pagare il prezzo maggiore sarebbe stata la generazione «Z» (nati tra il 1994 ed il 2001) che ha ammesso, nel 73% dei casi, di aver subito la solitudine.

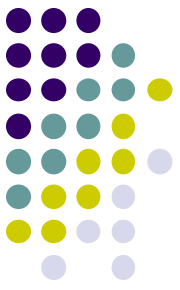


Offline: COVID-19 is not a pandemic Horton R.

As the world approaches 1 million deaths from COVID-19, we must confront the fact that we are taking a far too narrow approach to managing this outbreak of a new coronavirus. We have viewed the cause of this crisis as an infectious disease. All of our interventions have focused on cutting lines of viral transmission, thereby controlling the spread of the pathogen. The “science” that has guided governments has been driven mostly by epidemic modellers and infectious disease specialists, who understandably frame the present health emergency in centuries-old terms of plague. But what we have learned so far tells us that the story of COVID-19 is not so simple. Two categories of disease are interacting within specific populations—infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and an array of non-communicable diseases (NCDs). These conditions are clustering within social groups according to patterns of inequality deeply embedded in our societies. The aggregation of these diseases on a background of social and economic disparity exacerbates the adverse effects of each separate disease. **COVID-19 is not a pandemic. It is a syndemic.** The syndemic nature of the threat we face means that a more nuanced approach is needed if we are to protect the health of our communities.

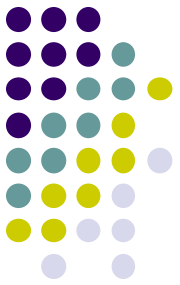
The Lancet, SEPTEMBER 26, 2020

Coesistenti malattie endemiche ed epidemiche, malattie non trasmissibili, malattie tropicali neglette e altre malattie infettive (umane e animali), nonché fragilità dei sistemi sociali, sfide ambientali a lungo trascurate, livello di alfabetizzazione sanitaria e questioni culturali non sono state prese in considerazione prima e, ora, **la sfida si profila più grande di prima poiché COVID-19 interagisce in modo “sindemico” con tutti questi problemi.**



La visione sindemica della attuale pandemia ha diverse implicazioni pratiche a partire dal suggerire la necessità di un approccio che trascende i confini geopolitici, basato su una buona scienza, una comunicazione trasparente e una solidarietà globale diffusa. Tra gli altri contributi, sicuramente la visione sindemica nel breve tempo può modificare l'attuale approccio alle chiusure e ai blocchi del mercato, migliorare il coordinamento e la collaborazione attiva tra parti interessate che rappresentano domini diversi e apparentemente incompatibili, esaminare in modo critico i dati, le informazioni, i modelli e i processi attraverso i quali vengono prese le decisioni e la loro logica nonché combinare l'approccio a breve termine in risposta alla crisi con una visione a lungo termine fornita dagli obiettivi di sviluppo sostenibile.

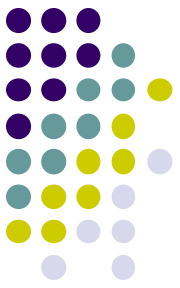
L. Piemonti, Quotidiano sanità, 30 aprile 2021



Mi avvio a concludere ...

La solitudine è una pandemia subdola e pericolosa:

- che riguarda e può colpire tutti (non solo gli anziani)
- probabilmente più le femmine che i maschi
- che fragilizza le persone specie quelle più deboli e fragili (gli anziani ed idisabili)
- che riduce la speranza di vita
- che ha elevatissimi costi sociali (plus di 1.600 dollari/anno in USA)
- trascurata nelle politiche sanitarie italiane (anche se alcune azioni previste dal PNRR potranno essere utili)
- che bisogna finalmente affrontare, senza stigmi, pregiudizi, paure o omertà, con l'apporto responsabile di tutti



«The growing problem of loneliness»

Cacioppo J.T., Cacioppo S.

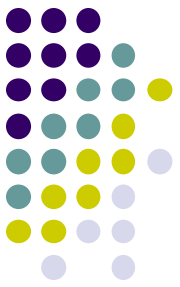
Immaginate una condizione che rende una persona depressa, irritabile e concentrata su di sé, e che allo stesso tempo si associa ad un incremento del rischio di morte prematura del 26%. Immaginate poi che nei Paesi industrializzati circa un terzo della popolazione soffre di questa condizione, una persona su 12 che ne soffre in forma severa e che questi tassi sono in aumento. Reddito, educazione, sesso ed etnia non sono fattori di protezione.

Questa condizione è contagiosa e non riguarda un particolare gruppo di individui vulnerabili, quanto piuttosto si manifesta in persone e situazioni ordinarie. Questa condizione esiste: la solitudine.

“Dove sono gli uomini?”
disse il Piccolo Principe
“Si è un po’ soli nel deserto”.
“Si è soli anche con gli uomini”
rispose il serpente.
*Antoine de Saint-Exupéry,
Il piccolo principe*



Tra genio e follia





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

webinar



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 3 GIUGNO 17:30-18:30

Contributo conoscitivo dalle autopsie eseguite sui deceduti per COVID 19

Introduce: *Marco Trabucchi*
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Intervengono: *Matteo Moretti (Pavia)*
Tino Emanuele Poloni (Abbiategrasso)

È necessario iscriversi, gratuitamente, entro il 1 giugno
[CLICCANDO QUI](#)

*Ricerca attuata con il finanziamento di:
Fondo Intesa progetto B-2020 - 0045*

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

Newsletter AIP – 21 maggio 2021

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

apro questa newsletter con un omaggio grato e devoto agli oltre 1000 medici e al grande numero, anche se ancora non noto, di operatori morti in queste settimane a causa dell'epidemia di Coronavirus in India. Anche i sopravvissuti hanno sofferto moltissimo per le condizioni nelle quali sono costretti a lavorare, nella grave mancanza di supporti tecnici e di strumenti di protezione. A questo pensiero sull'India collego il ricordo per i medici e gli operatori sanitari che in questi lunghissimi mesi si sono sacrificati per noi, volendo rispettare fino in fondo il dovere di curare.

Noi invece stiamo progressivamente ritornando alla normalità. Speriamo di saper gestire come cittadini questa fase non semplice, in modo da evitare un autunno nuovamente critico. Tipico di questa fase di incertezza mi è sembrato il [dibattito sull'uso delle mascherine](#), che si è aperto negli Stati Uniti. Da una parte la Food and Drug Administration, che indica la possibilità di liberarsene, dall'altra un folto gruppo di medici americani che, invece, ha invitato a conservare il distanziamento, le mascherine e l'igiene personale. Tutto il mondo è paese, si potrebbe dire: sarà da studiare con attenzione il fatto che la medicina sia per definizione più conservatrice di altre posizioni culturali e sociali presenti nella società, come sta avvenendo anche in Italia, pur tra molti distinguo. Forse non si tratta di considerazioni "scientifiche", parola molto impegnativa che lascerei da parte, ma solo di una visione complessiva della vita umana, che considera preminenti i danni provocati a chi si ammala anche rispetto al mantenimento della loro autonoma capacità di costruire il proprio futuro.

In questi giorni inizia per noi un tempo di responsabilità, che richiede grande capacità di discernimento: personalmente, e in collaborazione con gli organi dirigenziali di AIP, **seno fortemente la responsabilità di decidere per le prossime attività della nostra Associazione, in particolare per quanto riguarda la possibilità di svolgerle in presenza**. Per alcune riteniamo opportuno escludere la via telematica, perché la mancanza di rapporti diretti rende inefficace la riunione stessa; questo atteggiamento non deriva dal fatto che vorremmo farle diventare luoghi di psicoterapia di gruppo, ma perché la cultura e la formazione, particolarmente in certi momenti, viaggiano con la testa e le gambe fisiche delle persone ed è molto difficile farne a meno. È illusorio trasmettere contenuti tecnico-professionali se la persona soffre per preoccupazioni, angosce, solitudini non ancora superate.

Stiamo invece elaborando la possibilità di organizzare eventi ibridi, cioè con la partecipazione in vivo riservata a chi vuole, mentre tutti possono collegarsi da remoto. Così meglio si rispettano le attese dei nostri interlocutori, senza essere noi a decidere per tutti.

Ovviamente l'**Alzheimer Fest** di Cesenatico (10-12 settembre) sarà organizzato solo dal vivo, augurandoci di avere maggiore agibilità rispetto all'anno scorso (fu però un evento ugualmente molto apprezzato dai partecipanti). Speriamo che il convegno ormai tradizionale del 15 novembre sulla **solitudine dell'anziano** possa anch'esso svolgersi dal vivo, anche se siamo pronti a ripetere l'esperienza telematica dell'anno scorso, che fu seguita da migliaia di persone. AIP ritiene centrale tra i propri impegni culturali e operativi la tematica solitudine; la pandemia ha rappresentato anche

in questo ambito un campanello d'allarme, perché ci ha avvisato che la situazione di abbandono di molti anziani li rende fragilissimi di fronte a qualsiasi evento che interferisca con la normalità precaria di ogni giorno. In questa prospettiva, nei vari ambienti di vita occorre ripensare all'organizzazione della giornata delle persone anziane. Ad esempio, l'impegno preso dal PNRR di incrementare, anche attraverso adeguati finanziamenti, i servizi di assistenza domiciliare rischia di essere almeno in parte vanificato, se l'organizzazione del servizio non prevede la possibilità concreta per l'anziano fragile di realizzare quanto viene indicato dal professionista che organizza l'assistenza. Sempre più, quindi, sarà necessario prevedere interventi mirati all'assistenza psicologica del singolo che soffre per la solitudine e, allo stesso tempo, ad un'organizzazione che supporti l'anziano che da solo non riuscirebbe a organizzare praticamente un'adeguata assistenza nel proprio domicilio.

L'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato [uno studio sugli effetti della vaccinazione contro il Covid-19](#). I dati sono impressionanti, perché ne mostrano l'efficacia indiscutibile rispetto al rischio di malattia e alle relative conseguenze. Riporto la sintesi iniziale del documento: "L'analisi ha evidenziato che il rischio di infezione dal SARS-CoV-2, ricovero e decesso diminuisce progressivamente dopo due settimane e fino a 35 giorni dopo la somministrazione della prima dose. Dopo i 35 giorni si osserva una stabilizzazione della riduzione che è circa dell'80% per il rischio di diagnosi, del 90% per il rischio di ricovero e per il 95% per il rischio di decesso". Il vero problema da affrontare seriamente nel prossimo futuro è quello di rendere questi dati, che sono incisivi e chiari, comprensibili anche rispetto all'impatto sui cittadini che resistono alla vaccinazione stessa. Infatti, mentre ritengo che i no vax rappresentino un problema di convincimento ideologico, con radici profonde e rispettabili, gli altri gruppi sociali potranno essere convinti solo dall'insistenza sugli effetti positivi della vaccinazione rispetto al benessere futuro e sul bassissimo rischio di gravi effetti indesiderati. Il *New York Times* del 18 maggio pubblica un articolo di grande interesse sulle tipologie di cittadini che resistono alla vaccinazione. L'8% sono "watchful", cioè in attesa di quello che accadrà, il 9% "cost-anxious", cioè persone che vorrebbero il vaccino, ma non sono in grado di avere il tempo e di supportare i costi, il 4% "system distrusters", cioè individui che ritengono di non essere stati trattati adeguatamente dal sistema, il 14% "covid skeptics", quelli che non credono nel pericolo indotto dal virus. Il resto è entusiasta. Lo stesso articolo si pone il problema delle grandi differenze regionali presenti negli USA; ad esempio, nel Vermont il 78% dei cittadini ha ricevuto almeno la prima dose, in Mississippi, invece, la percentuale scende al 42%. Con questo andamento non sarà mai possibile per Biden mantenere la promessa di vaccinare il 70% degli americani per l'Indipendence Day (una celebrazione storica che diventa la festa per la raggiunta indipendenza dal Covid-19). Ancora una volta, la realtà mostra quanto siano complesse le operazioni come la vaccinazione di una popolazione, a causa delle differenze culturali, psicologiche, organizzative, religiose... In Cina ciò non accade, però non farei il cambio!

Sempre più frequentemente vengono pubblicati sulle riviste mediche a livello internazionale dei contributi sul [possibile ruolo della telemedicina nelle varie fasi del processo diagnostico e terapeutico](#), spesso con un eccesso di entusiasmo sulla reale efficacia delle nuove metodologie di supporto al lavoro clinico. Il *Journal American Geriatric Society* pubblica un contributo secondo il quale la diagnosi di demenza può essere condotta agevolmente utilizzando le valutazioni delle funzioni cognitive in videoconferenza, ottenendo risultati comparabili a quelli con gli esami condotti di persona. Certo, si tratta di modalità che possono permettere l'esecuzione di indagini su un più grande numero di persone, evitando lo spostamento del paziente, non sempre agevole. Ritengo, però, che il contatto diretto, almeno rispetto ad alcune indagini che si basano anche su un alto contenuto relazionale, rappresenti una modalità irrinunciabile per la qualità dei risultati. Non vorrei, infatti, che l'uso di strumenti telematici possa giustificare indagini più superficiali, per cui chi ha già

la sfortuna di essere limitato negli spostamenti poi lo sia anche rispetto alla qualità delle cure che riceve. La telematica e l'insieme del progresso in ambito digitale, che caratterizzerà i prossimi anni, porterà ad enormi progressi; sarà, però, necessaria una particolare sorveglianza perché nella fruizione delle novità non si consideri la condizione dell'anziano al pari di quella di altre età della vita. Non sono problematiche etiche, ma condizioni irrinunciabili per il raggiungimento dei potenziali risultati.

Ieri si è svolto il webinar AIP dedicato alla **riapertura delle RSA**, con le presentazioni di Roberto Volpe e Ettore Muti, tema di attualità, seguito con grande interesse. In questi stessi giorni è giunta la notizia che il Ministero della Salute ha stipulato una convenzione con l'Arma dei Carabinieri per lo svolgimento di un censimento di tutte le residenze per anziani. Schematicamente: 1. mi pare gravissimo che le Regioni non siano in grado di trasmettere autonomamente al Ministero i dati sulle strutture presenti sui rispettivi territori; 2. trovo assurdo che una lettura della situazione non possa essere richiesta alle singole strutture; quelle che non rispondessero vanno chiuse; 3. mi sembra triste trasformare i Carabinieri, che sono depositari della nostra stima e della nostra sicurezza, in addetti al catasto.

Allego la locandina riguardante il prossimo dei nostri webinar settimanali, dedicato ai dati di estremo interesse prodotti da Abbiategrasso dalla Fondazione Golgi Cenci sull'encefalo delle persone decedute per Covid-19. L'evento si terrà mercoledì 3 giugno; la partecipazione è gratuita, ma è necessario iscriversi.

È attiva la linea HELPLINE "**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", alla quale può accedere gratuitamente (al numero: **800 699741**) chiunque avesse l'esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l'informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Infine, ricordo che è sempre possibile **isciversi o rinnovare l'iscrizione all'AIP**. Tutti i dettagli sono riportati sul sito AIP www.psicogeriatra.it; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all'indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it.

Con la consueta amicizia

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

webinar



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 3 GIUGNO 17:30-18:30

Contributo conoscitivo dalle autopsie eseguite sui deceduti per COVID 19

Introduce: *Marco Trabucchi*
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Intervengono: *Matteo Moretti (Pavia)*
Tino Emanuele Poloni (Abbiategrasso)

È necessario iscriversi, gratuitamente, entro il 1 giugno
[CLICCANDO QUI](#)

*Ricerca attuata con il finanziamento di:
Fondo Intesa progetto B-2020 - 0045*

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

Newsletter AIP - 14 maggio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

la crisi ha provocato tanti ripensamenti, in particolare riguardo l'organizzazione della nostra sanità. In questa logica nei giorni scorsi si è collocata la dichiarazione del presidente dell'Ordine, che ha evocato una "questione medica". Dobbiamo essere molto grati ad Anelli, perché ha portato in superficie il **disagio dei colleghi che vivono senza serenità e gratificazione il loro impegno, sempre qualificato e gravoso, e che in questi mesi è stato ancora più pesante sul piano fisico e psicologico**. La gratificazione deriva dal partecipare responsabilmente a scelte e decisioni che, mai come in questo periodo, hanno avuto un significato positivo sul piano clinico e organizzativo. Invece, sentirsi esclusi dalle scelte strategiche, ed essere relegati al ruolo di esecutori di scelte non condivise, è frustrante. Questa situazione ha spesso prodotto demotivazione, che si è manifestata in particolare quando la professione diventava anche "passione romantica". Poter essere utili alla causa comune con la propria abnegazione, generosità e cultura sarebbe stato estremamente motivante. L'aver depauperato un patrimonio di competenza e di "affettività" verso il proprio luogo di lavoro, proprio nel momento in cui si richiedeva al personale sanitario il massimo del sacrificio, è stato negativo (ed anche un segnale di scarsa capacità di leadership!).

Vi sono statistiche secondo le quali **il numero dei medici che nell'ultimo anno hanno deciso di lasciare l'incarico ammonta ad alcune migliaia**. Peraltro, solo nel giro delle mie personali conoscenze, annovero molti colleghe e colleghi che hanno preso una decisione non facile, talvolta molto dolorosa, perché il luogo di lavoro pubblico era diventato insopportabile a causa dell'atteggiamento delle autorità che gestiscono la sanità a livello locale. Troppi Direttori generali (e i relativi staff dirigenziali) si sono dimostrati incapaci di riconoscere l'importanza del lavoro dei loro dipendenti, non li hanno difesi quando subivano aggressioni e denunce, non si impegnavano ad organizzare razionalmente il lavoro, evitando le condizioni di confusione che si sono verificate in molti servizi, dentro e fuori dall'ospedale. I medici sono diventati il parafulmine di qualsiasi tensione e problema riguardante la sanità; il meccanismo è stato il seguente: al politico assai frequentemente interessa solo il consenso superficiale, non il funzionamento reale dei servizi; questi scarica sulle strutture di governo le richieste, senza esaminarne la reale importanza; queste a loro volta scaricano sui medici e sul personale sanitario in generale le loro frustrazioni, invece di assumersi la responsabilità di quanto avviene (eventualmente riservandosi senza clamore, e badando solo ai risultati, di sistemare le eventuali mancanze). Tale aspetto è stato chiaramente evidente nel fatto che in molti casi la stessa comunicazione dei dati e della loro evoluzione forniva già una lettura orientata.

Ricordo, per correttezza, che questi atteggiamenti non riguardano tutte le situazioni del nostro Paese; esistono, infatti, luoghi dove la politica che indirizza, la burocrazia che esegue tecnicamente e gli operatori sanitari che realizzano sono stati perfettamente in linea, con eccellenti risultati per la salute della popolazione.

In questi giorni si sono riaperte le RSA, secondo le indicazioni fornite dal governo. Allego le dichiarazioni di AIP su questo argomento, diffuse nei giorni scorsi. Con qualche preoccupazione ho rilevato una grande diversità di riposta da parte delle varie strutture; alcune hanno celebrato l'evento con soddisfazione (talvolta addirittura con emozione!), impegnandosi senza risparmio per identificare le modalità operative più efficaci. Altre, invece, hanno reagito con una predominante preoccupazione, mettendo in luce più gli aspetti negativi che quelli positivi. Non sono il maestro di nessuno; vorrei però cercare, anche attraverso l'impegno di AIP, di costruire, assieme alle diverse organizzazioni che raggruppano le RSA delle varie regioni, una linea comune di fronte ai problemi di oggi, ma soprattutto a quelli di domani. Se lo scenario futuro è quello delineato dal PNRR, cioè da un sostanziale disinteresse per le strutture residenziali degli anziani, vi sarà la forte esigenza di pensare insieme proposte per costruire il futuro. Mi rendo conto che non sarà facile raggiungere un atteggiamento condiviso, partendo dalle differenze, che però sono anche una ricchezza del settore. Sarà una strada obbligata, se la rete delle RSA vorrà continuare a rappresentare un segmento irrinunciabile dell'assistenza alle persone anziane fragili.

Alla riapertura delle RSA è dedicato il prossimo webinar AIP, che si terrà il **giovedì 20 maggio** dalle 17.30 alle 18.30 (iscrizione gratuita, ma obbligatoria). Sarà un'ulteriore occasione per arricchire le nostre conoscenze, e quindi la nostra operatività. Interverranno, come potete vedere dall'accluso avviso, Roberto Volpe, presidente dell'associazione delle RSA del Veneto, persona che in questi mesi ha combattuto senza sosta a favore delle residenze per anziani e della loro possibilità di offrire un'assistenza adeguata, ed Ettore Muti, direttore sanitario dell'Istituto Mazzali di Mantova, struttura che in molti campi ha fatto scuola.

Tra le tante crisi di questo momento, giustamente il *BMJ* del 12 maggio ha richiamato l'attenzione sullo **"scandalo del rifornimento di ossigeno a livello mondiale"**. Nei Paesi a basso reddito la problematica non è stata seriamente affrontata; peraltro, la situazione è il prodotto di una cronica mancanza di ossigeno che caratterizza molti Paesi e che si è resa drammaticamente evidente a causa del Covid-19. A questo proposito mi ha impressionato l'appello, riportato da *Nature*, del capo del governo nepalese che così recita: "I nostri sherpa hanno sempre condiviso l'ossigeno con i vostri scalatori in difficoltà; adesso, per favore, condividete le vostre disponibilità di ossigeno con la nostra popolazione disperata".

L'*Economist* del 7 maggio pubblica un articolo di ben tre pagine sulla **post-covid syndrome**. Inizia riferendo che altre pandemie (la Russa del 1890 e la Spagnola del 1918) hanno avuto gravi conseguenze anche sul sistema nervoso centrale. Uno dei sintomi più frequenti era la "letargia", evento così grave da provocare in Tanganika una grave carestia, causata dal fatto che molte persone erano troppo debilitate per raccogliere i frutti della terra. L'articolo si conclude così: "Quando la pandemia di Covid-19 sarà superata, resterà un grave problema. Infatti, le sindromi post-virali colpiranno non solo chi è stato ammalato, ma anche parte della collettività. È stato infatti dimostrato dagli studi più recenti che l'80% delle persone colpite dalla sindrome post-covid perde la capacità di lavorare e, inoltre, che il 40% perde la capacità di occuparsi degli altri.

Sempre nell'ambito delle problematiche legate al Covid-19, il *New York Times* del 13 maggio riporta un'analisi della distribuzione del vaccino dalla quale si evince chiaramente che **i gruppi sociali più fortunati sono quelli con una maggiore prevalenza di persone vaccinate**. Il dato USA è il seguente: le persone con un reddito inferiore ai 25.000 dollari sono state vaccinate, almeno alla prima dose, per il 76%, mentre chi ha un reddito superiore a 150.000 dollari la percentuale sale al 93%. La spiegazione è culturale (minore attenzione alle fake news, maggiore attenzione al dato scientifico), ma anche legata all'effettiva disponibilità di tempo da dedicare alla vaccinazione. Infatti, anche se

potrebbe sembrare un dato assurdo, si è rilevato che negli USA 30 milioni di abitanti non si sono organizzati per ricevere il vaccino, anche a causa di problemi organizzativi legati al lavoro: “we just haven’t figured when”. Il *NYT* riferisce che il governo americano sta studiando le modalità per indurre questa grande quantità di cittadini, che non ha alcuna motivazione (ideologica o dettata dalla paura), a recarsi nei luoghi della vaccinazione.

Con piacere riporto, in maniera anonima, il brano di una **lettera ricevuta da una paziente ricoverata per oltre un mese in un reparto Covid-19**: “Un ringraziamento particolare al primario per la forza e il coraggio che è riuscita a trasmettermi con tutta la sua fermezza e umanità, come quel giorno che, mentre piangevo, mi ha detto: –Su forza, le spazzolo i capelli– . La sua presenza è stata fondamentale”. Queste poche parole esprimono con efficacia sintetica il compito di un medico. Guidare la cura, essere fermi e umani, essere gentili... il gesto di pettinare i capelli testimonia che si tratta di una collega! Mi riferisco alla prima parte di questa newsletter: confidiamo che Anelli sollevi davvero la questione medica, per fare in modo che colleghe come quella della lettera sopradescritta siano valorizzate.

Sul sito AIP sarà ora possibile **consultare in anteprima gli articoli che verranno pubblicati sulla nostra rivista *Psicogeriatría***. Alla fine del quadrimestre, i diversi pezzi saranno raccolti nel n. 2/2021 della rivista.

Ricordo la possibilità di **iscrizione o rinnovo all’AIP**, indispensabile per permetterci di lavorare con serenità ai molti progetti che abbiamo in corso e che potranno vedere la luce se davvero la pandemia sarà contenuta. Tutti i dettagli sono riportati sul sito AIP www.psicogeriatría.it ; per qualsiasi necessità vi invito a contattare la Segreteria all’indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it .

È attiva la linea HELPLINE “**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell’anziano**”, alla quale può accedere gratuitamente (al numero: **800 699741**) chiunque avesse l’esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l’informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata. In allegato la locandina.

Con viva cordialità, in attesa che la primavera diventi un evento rasserenante sul piano atmosferico, ma anche su quello professionale

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

webinar



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 20 MAGGIO 17:30-18:30

Le RSA e la riapertura: un problema che riguarda tutta la comunità

Introduce: *Marco Trabucchi*
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrics

Intervengono: *Roberto Volpe* (Valdagno), *Ettore Muti* (Mantova)

È necessario iscriversi, gratuitamente, entro il 18 maggio
[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsereteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

Newsletter AIP – 7 maggio 2021

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

speriamo di essere sulla buona strada per il superamento della pandemia. Qualche tempo fa potevamo essere più ottimisti; oggi, invece, siamo più prudenti, perché condizionati da alcuni comportamenti collettivi e dai limiti del sistema delle vaccinazioni. In questo scenario è impedita anche la programmazione delle attività dei prossimi mesi, sia per quanto riguarda la nostra vita personale, sia quella collettiva. Ad esempio, come AIP guardiamo ancora con apprensione all'Alzheimer Fest di settembre, al tradizionale Congresso per gli infermieri di ottobre, alla Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano di novembre, al Brain Aging di Napoli di dicembre. Più in generale, **siamo colpiti da una serie di lavori usciti recentemente riguardanti la difficoltà di raggiungere entro l'anno la famosa immunità di gregge**, da alcuni ritenuta la tappa fondamentale per riprendere la vita di sempre.

Questo argomento è stato affrontato da *Nature* del 18 marzo con un articolo dal titolo: "5 ragioni perché è probabilmente impossibile raggiungere l'immunità di gregge per il Covid-19". Sono le seguenti: 1. Non è chiaro se i vaccini prevengano la trasmissione della malattia; 2. Troppa disparità nella distribuzione dei vaccini a livello mondiale; 3. Le varianti cambiano l'equazione per l'immunità di gregge; 4. L'immunità non durerà per sempre; 5. I vaccini possono cambiare in negativo i comportamenti umani. In un'intervista al *NYT* Anthony Fauci ha suggerito di non considerare più l'immunità di gregge come un obiettivo per gli USA, perché: "adesso bisogna vaccinare... vaccinare, poi si vedrà". Mi pare sia anche la posizione del generale Figliuolo, che oggi insiste per migliorare i ritmi delle vaccinazioni, tappa irrinunciabile per sperare in un'estate decente!

Nello scenario **iniziano a prendere posizione anche gli studiosi che si preoccupano giustamente per i Paesi in via di sviluppo**, per i quali solo da poco si inizia a intravedere qualche apertura. Peraltro, il disastro dell'India ha provocato la perdita del contributo importantissimo dell'industria farmaceutica di quel Paese alla preparazione dei vaccini, creando una crisi nella crisi. C'è anche chi guarda avanti; in un editoriale del 24 aprile *Lancet* riporta l'appello dell'immunologa dottoressa Osier, la quale scrive: "Abbiamo preparato vaccini efficaci contro il Covid-19; adesso, però, dobbiamo fare lo stesso contro la malaria". Speriamo vi siano volontà politiche e attenzione scientifica anche a questo enorme problema, che non riguarda solo i turisti, ma anche le persone generose che scelgono di andare a lavorare nei Paesi a rischio, spesso come operatori sanitari, oltre, ovviamente, agli abitanti dei Paesi a rischio.

Però alla fine... sono tutte preoccupazioni inutili; basterebbe che, come dice Bolsonaro: "Stop being a country of sissies" (vedi *BMJ* del 5 maggio). Noi saremo forse "femminucce", però è ora che a questi pazzi, che hanno nelle mani la vita di milioni di persone, venga chiusa la bocca (con metodi efficaci, anche se incruenti). Nel frattempo, **negli Stati Uniti stiamo assistendo ad un forte abbassamento dell'età delle persone ricoverate per Covid-19**; il *NYT* del 24 aprile riferisce che negli ospedali del Michigan, lo stato più colpito dall'epidemia, oggi viene ricoverato un numero doppio di 30-40enni rispetto all'autunno scorso. Il Center for Disease Control and Prevention attribuisce il fenomeno a tre fattori: la vaccinazione degli anziani, la variante B.1.1.7, l'allentamento delle

restrizioni che coinvolge soprattutto i più giovani. Penso che questi dati non abbiano bisogno di commenti; bastano ancora un paio di settimane d'attesa.

Tra i risultati della vaccinazione sono di grande interesse quelli forniti dalla Regione Lazio, secondo la quale **nella fascia di età degli over80 la vaccinazione ha ridotto drasticamente le ospedalizzazioni per Covid-19**. Nel periodo febbraio-metà aprile si sono infatti osservate 27 ospedalizzazioni per Covid-19 contro i 267 nelle persone non vaccinate, cioè una riduzione del rischio del 91%. Sono dati indiscutibili, che dovrebbero far pensare chi si oppone, per i motivi più diversi, alle vaccinazioni.

Stiamo aspettando l'emanazione di un provvedimento del governo, su indicazione delle regioni, per la **riapertura alle visite dei parenti nelle RSA**. Fino ad ora, infatti, il DPMC del 3 dicembre scorso bloccava qualsiasi iniziativa, perché poteva essere interpretata come in contrasto con lo stesso. In un'intervista a *La Stampa* del 5 maggio (il quotidiano è sempre molto attento alla condizione degli anziani fragili) mi sono permesso di criticare ogni provvedimento in questo campo che non si faccia carico anche dei costi economici e organizzativi dell'operazione di apertura: "Si carica sulle spalle delle famiglie e delle RSA ogni onere collegato all'apertura. Ancora una volta si danno ordini con i soldi degli altri. È la conferma della scarsa considerazione che le autorità di governo ai vari livelli nutrono per questo settore". Una conferma della scarsa centralità delle RSA rispetto ai problemi più gravi del Paese viene anche dalla lettura del PNRR, nel quale lo spazio dato alle RSA è limitato ai 300 milioni per la "costruzione di appartamenti derivati dalla riconversione delle RSA". Questa dimenticanza "politica" mi è sembrata un'offesa grave alla dignità degli ospiti e degli operatori! Certamente Draghi non poteva controllare tutto, e quindi si è lasciato condurre dalla stessa logica di questi mesi: le RSA sono focolai di rischio, l'assistenza all'anziano può essere strutturata anche senza di loro... Il tempo smentirà queste sciocchezze, ma oggi il disagio diffuso provoca danni: crisi economica, perdita di fiducia da parte delle famiglie, incertezze sul futuro. Sono in molti a non condividere questo atteggiamento; **AIP è da sempre impegnata perché prevalga una linea di studio e di sperimentazione per permettere nei prossimi anni alle RSA di prestare al meglio la loro opera**, con un'attenzione sempre più mirata alla dignità, alla libertà e al benessere delle persone anziane. Mi permetto di insistere: l'aggressione verbale e scritta alle strutture residenziali per gli anziani sono dannose, ma anche inutili. Non aiutano, infatti, l'evoluzione di una parte così importante del nostro sistema welfare. Ad un processo serio e razionale non contribuiscono le dichiarazioni di alcuni esponenti del sociale che non conoscono la storia e nemmeno la situazione di oggi. Tutti riteniamo indispensabile aumentare radicalmente i finanziamenti per l'assistenza domiciliare ma, allo stesso tempo, siamo certi che, oltre un certo livello di gravità delle condizioni di salute di una persona anziana, la risposta non può essere organizzata dalla famiglia, anche se appoggiata da un sistema di assistenze migliore rispetto a quello fornito oggi. Si creerebbero per la famiglia condizioni per un impegno senza speranza e soprattutto inadeguato rispetto al bisogno. Anche la proposta di creare centri diurni che fanno tornare l'anziano a casa di notte ha significato come hanno significato quelli già oggi funzionanti, che spesso sono risposte adeguate ed efficaci per la cura delle persone non autosufficienti. Però, quelli che osservano la realtà con occhi sinceri, e non dominati dall'ideologia, sanno bene che, oltre un certo livello di gravità del bisogno di salute, la famiglia non è in grado di gestire le 12 ore notturne di assistenza a casa delle quali dovrebbe farsi carico. Chi sacrificerebbe il proprio sonno? Caregiver che il giorno seguente devono recarsi al lavoro? Ovviamente ogni situazione è diversa; per questo la rete che ci auguriamo verrà costruita dovrà essere elastica, per adattarsi all'enorme variabilità delle condizioni di bisogno.

Un altro segnale di speranza nella cura dell'Alzheimer. Il *NEJM* del 6 maggio pubblica un lavoro, con il relativo editoriale, sui risultati incoraggianti della sperimentazione con il Donanemab, un

anticorpo monoclonale contro l'amiloide. Entro breve sapremo le decisioni della FDA americana sull'Aducanumab, che potrebbe essere il primo farmaco ad essere riconosciuto per la demenza di Alzheimer. L'area terapeutica si va fortunatamente arricchendo, anche attraverso la proposta di altri approcci di cura, oltre a quello anti-amiloide.

Il Consiglio Direttivo, riunitosi il 6 maggio, ha eletto il **Collegio di presidenza di AIP per il periodo 2021-2023**:

- Presidente: Marco Trabucchi
- Vicepresidenti: Giuseppe Bellelli, Giovanna Ferrandes, Giancarlo Logroscino, Claudio Vampini
- Segretario: Angelo Bianchetti
- Responsabile del Comitato di Garanzia e Indirizzo: Luigi Ferrannini
- Responsabile dei rapporti con le Sezioni regionali: Carlo Serrati
- Responsabile del Congresso: Alessandro Padovani
- Diego De Leo è stato eletto Presidente eletto per il periodo 2023-2025

Compite queste scelte, l'AIP può continuare a lavorare per i prossimi due anni secondo il proprio stile tradizionale, aprendosi alle nuove esigenze dei cittadini anziani fragili e ai progressi della tecnologia. Premessa a questo impegno è una forte attività di studio e di elaborazione, diffusa in tutta la nostra Associazione, la cui linea ispiratrice è sintetizzata adeguatamente dalla frase di Hannah Arendt: "È nel vuoto del pensiero che il male è iscritto".

Nei prossimi mesi continueranno i webinar AIP, calendarizzati per il 19 maggio, il 3, 16 e 30 giugno. Al momento opportuno verranno diffusi i relativi programmi. Ricordo anche che sul sito AIP possono essere consultate gratuitamente le videoregistrazioni di tutti i webinar organizzati in questi mesi.

È attiva la linea HELPLINE "**SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", alla quale può accedere gratuitamente (al numero: 800 699741) chiunque avesse l'esigenza di contattare operatori esperti per affrontare le difficoltà degli anziani e delle loro famiglie in questo momento di diffuse criticità. Raccomando di diffondere l'informazione in ogni ambiente dove vivono persone che potrebbero giovare di una guida competente ed equilibrata.

Infine, il consueto appello all'**iscrizione all'AIP**. Tutti i dettagli relativi all'iscrizione o al rinnovo della quota associativa sono reperibili sul sito www.psicogeriatra.it ; per qualsiasi esigenza potete sempre rivolgervi alla Segreteria all'indirizzo: aipsegreteria@grg-bs.it . Vorremmo essere pronti, con il supporto di amici e colleghi, ad affrontare le sfide che ci porrà la ripresa, che saranno difficili e che avranno bisogno di tutto il nostro impegno colto e generoso.

Buon lavoro, con viva stima

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani