



Foglio d'informazione 132

Transizioni biografiche ed eventi critici della vita in età avanzata

Informazioni per le persone responsabili della promozione della salute nei Cantoni e nei Comuni e per le persone responsabili dei progetti

Introduzione

Le transizioni biografiche e gli eventi critici della vita rappresentano al tempo stesso sfide e opportunità. In queste occasioni molte persone mostrano una particolare apertura per i cambiamenti nel proprio comportamento e verso le offerte volte a rafforzare la resilienza. Gli eventi di vita e le transizioni biografiche possono però anche risultare fortemente vulnerabilizzanti.

La **parte 1** di questo foglio d'informazione illustra i concetti di «transizione biografica» e «evento critico della vita» e approfondisce i fattori scatenanti (*trigger*), le conseguenze e le strategie di gestione (*coping*). Pasqualina Perrig-Chiello, professoressa emerita e psicologa dello sviluppo specializzata in mezza età ed età avanzata, descrive le **principali sfide** delle transizioni di vita sia durante la «giovane vecchiaia» (65-80 anni), con particolare riferimento a divorzio in età avanzata e pensionamento, sia della «grande vecchiaia» (a partire dagli 80 anni), segnatamente il crescente bisogno di assistenza e cura, l'ingresso in una struttura di cura e la vedovanza.

Nella **parte 2** del foglio d'informazione, Promozione Salute Svizzera riassume le riflessioni sul tema della promozione della salute nell'ambito dei programmi d'azione cantonali (PAC) e del sostegno di progetti PAC.

Indice

Parte 1: Transizioni biografiche ed eventi critici della vita nella terza età – Sfide, strategie di gestione, rilevanza per la salute pubblica

1.1	Transizioni biografiche ed eventi critici della vita	2
1.2	Transizioni ed eventi critici della vita nella terza età	3
1.3	Transizioni ed eventi critici della vita nella quarta età	5
1.4	Prospettive	8

Parte 2: Considerazioni riassuntive per la promozione della salute nelle transizioni biografiche e negli eventi critici della vita

2.1	I quattro livelli delle misure dei PAC	9
2.2	Pari opportunità e partecipazione	11
2.3	Necessità e bisogni individuali	11
2.4	Partner di progetto rilevanti	11

	Riferimenti bibliografici	12
--	---------------------------	----

Parte 1: Transizioni biografiche ed eventi critici della vita nella terza età – Sfide, strategie di gestione, rilevanza per la salute pubblica

Contributo specialistico della professoressa emerita, dr.ssa Pasqualina Perrig-Chiello

Crisi e transizioni fanno parte della vita. Queste situazioni possono essere affrontate perlopiù agevolmente grazie alle risorse personali e al sostegno esterno e hanno il potenziale di rafforzare la resilienza. Esse nascondono tuttavia anche il rischio di una **vulnerabilizzazione psicologica**. Questi momenti di profondo cambiamento possono essere più o meno prevedibili e impegnativi a seconda dei fattori scatenanti. Ad esempio, le transizioni fisiologiche o sociali legate all'età, come la menopausa o il pensionamento, sono facilmente prevedibili e quindi anche più semplici da gestire. La situazione cambia per le transizioni individuali non legate all'età, come un trasloco, un divorzio, la vedovanza, malattie gravi, incidenti, migrazione o fuga: simili scenari sono più difficili da prevedere e, laddove sono vissuti come episodi negativi e non auto-iniziati, risultano essere fonte di stress. In questi casi parliamo dunque di eventi critici della vita.

1.1 Transizioni biografiche ed eventi critici della vita

Le transizioni di vita sono periodi di profondo cambiamento, caratterizzati dall'abbandono di condizioni di vita e ruoli abituali e dal confronto con scenari inediti da ripensare ex novo. A ciò è sempre associata una ridefinizione dell'identità: dopo il pensionamento o la vedovanza, una persona si trova in una situazione di vita diversa rispetto a prima dell'evento. Il passaggio tra una fase della vita con ruoli familiari e una quotidianità consolidata e una nuova fase ancora incerta può generare insicurezza ed essere destabilizzante per il benessere e la salute. A seconda delle risorse fisiche, psicologiche e sociali disponibili, nel migliore dei casi le transizioni possono rappresentare sfide accompagnate da nuove opportunità oppure, nel peggiore dei casi, possono invece sfociare in una situazione di stress cronico. Quando una transizione costituisce un'esperienza estrema acuta a livello di resistenza psicofisica per le persone coinvolte, si parla di un evento critico della vita (Perrig-Chiello, 2024). Nel novero degli eventi critici della vita più frequenti e difficili rientrano la perdita di una perso-

na cara (sia per morte, separazione o divorzio) così come le malattie gravi (Lindert et al., 2020). La probabilità di insorgenza di tali eventi aumenta con l'avanzare dell'età e rappresenta un rischio significativo di vulnerabilità. Ciò vale in particolare in età molto avanzata, a causa delle crescenti limitazioni sul piano della salute (riduzione delle capacità visive e uditive, calo della mobilità) e delle molteplici conseguenze negative ad esse associate (Lindert et al., 2020). Queste riguardano in particolare la salute fisica e mentale, l'organizzazione della vita quotidiana, la partecipazione sociale, ma anche lo stile di vita, segnatamente l'alimentazione e l'attività fisica nonché, più in generale, la qualità della vita.

A prescindere dal grado di difficoltà delle transizioni e degli eventi critici della vita, si possono tuttavia osservare ampie differenze individuali nell'approccio con cui tali situazioni vengono affrontate, riconducibili a fattori personali, sociali e societali (Perrig-Chiello, 2024). Dal punto di vista societale, un ruolo rilevante è svolto dalla crescente individualizzazione e dalla pluralizzazione dei valori: tali aspetti offrono infatti un ampio ventaglio di possibilità di organizzare la propria vita, per quanto al contempo questa libertà abbia un prezzo. Le transizioni di vita sono diventate una questione privata, il che si traduce in una crescente pressione in termini di responsabilità individuale e nel rischio di un sovraccarico delle competenze di autogestione. Inoltre, le incertezze sul piano politico ed economico, così come la fragilità dei legami sociali, mettono a dura prova la fiducia nella società, nella famiglia, nel/nella partner o nella cerchia di amicizie, e tale dinamica è spesso associata a una perdita del senso di autoefficacia. Alla luce di questi elementi, appare evidente come la conoscenza delle transizioni biografiche e degli eventi critici della vita, nonché delle possibilità di affrontarli, rappresenti una priorità centrale per la promozione della salute pubblica.

Per fare fronte alle transizioni di vita, le **reti sociali** rappresentano in ogni caso un importante **fattore protettivo**: si tratta in primo luogo delle relazioni sociali strette (partner, famiglia, amicizie), ma anche delle relazioni all'interno di una rete sociale, segnatamente l'appartenenza a un gruppo (club sportivi,

associazioni, ecc.). In ultima analisi, tuttavia, sono i **tratti della personalità** e i **punti di forza del carattere** a risultare decisivi per una buona capacità di fare fronte a queste situazioni. In questo senso, la resilienza psicologica, ovvero la capacità di reagire in modo flessibile agli eventi critici della vita e di affrontare con efficacia le difficoltà, si dimostra costantemente un fattore di rilevanza primaria (Perrig-Chiello, 2015). I fattori distintivi delle persone resilienti sono punti di forza caratteriali quali il senso di autoresponsabilità, la forza di volontà, la proattività, la competenza sociale e la speranza. Le persone con un elevato senso di responsabilità individuale sono infatti altamente propense ad assumersi l'incombenza per il proprio destino e stato di salute. Allo stesso tempo attivano le proprie risorse sociali e, in caso di effettiva necessità, chiedono aiuto. Tra i fattori individuali rientrano inoltre caratteristiche sociodemografiche quali la formazione, il genere o l'estrazione culturale. Il **livello di istruzione**, in particolare, rappresenta un importante elemento predittivo per l'aspettativa di vita, la salute e il benessere. In questo contesto emerge l'importanza della **psicoeducazione** come misura di promozione della salute. Infatti, sia l'istruzione che la maturazione dei punti di forza caratteriali sono necessarie e possibili sull'arco dell'intera vita (Perrig-Chiello, 2024).

I programmi d'azione cantonali offrono un valido quadro di riferimento per misure di promozione della salute nel contesto degli eventi critici della vita e delle transizioni biografiche. **La parte 2 di questo foglio d'informazione illustra gli ambiti e le modalità con cui è possibile intervenire e indica la documentazione alla quale si può fare riferimento.**

1.2 Transizioni ed eventi critici della vita nella terza età

Pensionamento

La crescente individualizzazione nella nostra società e la conseguente eterogeneità dei progetti di vita della generazione dei baby boomer (1946-1964), che sta entrando nella vecchiaia o l'ha già raggiunta, si riflettono anche nelle modalità di gestione della transizione dalla vita professionale all'età pensioni-

stica. Quest'ultima si caratterizza per un ampio ventaglio di declinazioni, in funzione di fattori di natura personale, professionale, aziendale ed economica. Ci sono molte persone che continuano a svolgere un'attività lavorativa, mentre altre si reinventano professionalmente o si impegnano per il bene comune e altre ancora vivono il pensionamento come una liberazione e puntano principalmente su libertà e tempo libero (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2009). Sebbene in un confronto intergenerazionale la soddisfazione per la propria vita risulti essere mediamente più elevata tra i 65 e gli 80 anni, non bisogna dimenticare che esiste un'elevata variabilità. In effetti, il pensionamento non è associato soltanto a nuove libertà, ma anche a sfide significative nelle quali è insito un chiaro potenziale di vulnerabilizzazione. La **povertà** in età avanzata, per esempio, è un dato di fatto che in Svizzera riguarda non poche persone dopo il pensionamento. Il 20% delle persone in età pensionabile è povero o a rischio di povertà, con una prevalenza significativamente maggiore tra le **donne** (il 18% vive al di sotto della soglia di povertà) (Gabriel & Kubat, 2022). La condizione di povertà è perlopiù associata a un basso livello di istruzione e a un rischio aumentato di soffrire di limitazioni fisiche e psichiche (Weber, 2020). Un'ulteriore sfida, che riguarda tutte le neopensionate e i neopensionati, a prescindere dal livello di istruzione e dal genere, e la cui portata come fattore di vulnerabilizzazione è spesso sottovalutata anche da esperte ed esperti, è rappresentata dagli **stereotipi negativi legati all'età**. Nella nostra società l'età è considerata un problema demografico, tanto che spesso e volentieri si parla di «invecchiamento della società». Con una generalizzazione eccessiva, le persone anziane sono percepite come poco flessibili e scarsamente capaci di apprendere e vengono trattate di conseguenza. Questa forma di discriminazione legata all'età emargina le persone, mette a rischio la coesione sociale e porta alla perdita di importanti risorse umane attraverso l'invalidazione degli anziani. Molte persone anziane tendono infatti a interiorizzare questi stereotipi legati all'età, il che si traduce in una valutazione negativa delle proprie competenze, in una ridotta autoefficacia e in una mancanza di prospettive. Vari studi hanno attestato in modo convincente l'effetto negativo delle rappresentazioni della vecchiaia sull'aspettativa di vita, sullo stato di salute e sulle capacità cognitive (Mikton et al., 2021).

Grey divorce – Il divorzio in età avanzata

Il pensionamento è una transizione biografica che inevitabilmente rimescola le carte anche nella relazione di coppia. La quotidianità deve essere riorganizzata e occorre definire una nuova gestione condivisa del tempo e delle attività durante la giornata, tanto che la nuova vita a due può trasformarsi in una fonte di stress. Poiché le neopensionate e i neopensionati si trovano in un processo di ridefinizione di sé, eventuali problemi di coppia già esistenti possono amplificarsi. Alla luce della prospettiva di vivere ancora molti anni in buona salute, un riorientamento della relazione di coppia costituisce un'opzione per una platea sempre più ampia di persone in questo gruppo di età. Non a caso, le statistiche indicano che i divorzi tra persone sposate da 30 anni o più sono aumentati in modo significativo (Rausa, 2020). A ciò si aggiunge il fatto che molte donne, non da ultimo grazie a un livello di istruzione più elevato e a una crescente autonomia finanziaria, non sono più disposte a rimanere in matrimoni poco appaganti, il che fa sì che a prendere l'iniziativa per le separazioni coniugali e i divorzi in età avanzata siano perlopiù le mogli (Perrig-Chiello, 2017).

Nonostante la loro frequenza, i divorzi (siano essi auto-iniziati o meno) rientrano tra gli eventi di vita più stressanti, con effetti negativi sui comportamenti legati alla salute, sullo stato di salute stesso e sul benessere delle persone coinvolte (Rausa, 2020; Ding et al., 2021). Le persone divorziate soffrono in misura significativamente maggiore di disturbi d'ansia, depressione e solitudine, presentano ricoveri ospedalieri più frequenti, un maggiore consumo di sostanze, un tasso di suicidio più elevato e un rischio di mortalità superiore rispetto alla popolazione generale (Sander et al., 2020). A tale riguardo, emerge che soprattutto la fase della separazione rappresenta il periodo di maggiore vulnerabilità. Secondo i risultati di un sondaggio Gallup condotto su un campione di 131 159 soggetti negli Stati Uniti, le persone separate mostrano, rispetto a quelle divorziate e sposate, i livelli più bassi di salute mentale e fisica (Witters & Sharpe, 2014).

Anche se i divorzi rappresentano eventi critici della vita, peraltro con effetti molto incisivi, si osservano ampie differenze nella gestione individuale di questo evento. Uno dei pochi studi a lungo termine sulle conseguenze di un divorzio in età avanzata mostra che la maggioranza delle persone coinvolte riesce a superare bene l'evento (Perrig-Chiello, 2017). In

questo studio, condotto su un campione di oltre 1000 persone divorziate dopo un matrimonio di lunga durata, a sei anni dall'evento la grande maggioranza si era adattata bene sul piano mentale, fisico e sociale alla nuova situazione di vita. Una minoranza (circa il 20%) rimaneva invece cronicamente sotto stress e presentava un grado di soddisfazione per la vita significativamente più basso, sintomi depressivi più frequenti, sentimenti di disperazione e di solitudine, nonché una peggiore salute soggettiva. Tra i fattori di vulnerabilizzazione che contribuivano ad aumentare l'intensità e la durata delle difficoltà di adattamento figuravano **tratti problematici della personalità** (nevroticismo, forte introversione, bassa amicalità), **deficit nelle competenze comunicative**, **sostegno sociale insufficiente** e **problemi finanziari** (Perrig-Chiello, 2017).

Come in altri studi incentrati sulla capacità di affrontare eventi critici della vita, anche in questo caso sono emerse **differenze di genere** di portata significativa. Le donne ricorrevano molto più frequentemente al **sostegno sociale ed emotivo** da parte della propria rete di amicizie e della comunità professionale rispetto agli uomini. Questi ultimi, invece, riferivano in prevalenza di affrontare la situazione soprattutto da soli e di non avere bisogno di aiuto. Questo mancato riconoscimento della propria vulnerabilità e l'incapacità di accettare aiuto possono avere conseguenze tragiche. Come mostrano vari studi di revisione, in caso di separazione e divorzio gli uomini presentano un rischio di suicidio significativamente maggiore rispetto alle donne, anche considerando fattori di controllo quali età e livello di istruzione (Kposowa, 2000; Kölves et al., 2010).

I divorzi in età avanzata, e in particolare anche le differenze di genere sopra menzionate, rivestono una forte rilevanza per la sanità pubblica. A livello sociale è essenziale affrontare e destigmatizzare il tema del divorzio tardivo, sensibilizzare sulle conseguenze negative per la salute e creare un contesto di condizioni favorevoli per la diagnosi precoce, la consulenza e misure specifiche, ad esempio contro la solitudine (gruppi di auto-aiuto, offerte per il tempo libero, iniziative di prevenzione del suicidio).

1.3 Transizioni ed eventi critici della vita nella quarta età

Anche se negli ultimi anni l'aspettativa di vita in buona salute si è allungata in misura significativa, la tarda età rimane tuttora una fase caratterizzata da un accresciuto fabbisogno di aiuto, assistenza e cura a causa di fattori quali multimorbidità, maggiore incidenza di malattie dementigene nonché perdita di persone care, partner, amiche, amici e conoscenti.

Assistenza e cura di persone care e bisogno individuale di assistenza e cura

L'età avanzata è accompagnata da una progressiva fragilizzazione: le limitazioni dell'udito e della vista, così come i problemi di mobilità, possono rendere difficoltoso lo svolgimento delle attività quotidiane e la partecipazione alla vita sociale. Passo dopo passo cresce così l'esigenza di diverse forme di supporto. In Svizzera, circa il 40% delle persone al di sopra degli 80 anni che vivono a casa propria necessita di assistenza (santésuisse, 2024). Il crescente bisogno di aiuto e di cure pone molte persone in età avanzata di fronte a un profondo cambiamento di ruolo. Si tratta di lasciar andare e distaccarsi da un ruolo di lunga data come persone autonome, ricercando al contempo nuove possibilità di organizzazione della propria vita a fronte di una crescente necessità di aiuto. Queste possibilità presentano tuttavia un rapporto di diretta dipendenza dal sostegno da parte di altre persone, e ciò implica quindi anche la necessità di imparare a chiedere e accettare aiuto. Dipendenza e indipendenza sono esigenze ambivalenti e contraddittorie. Da un lato si è dipendenti dall'aiuto esterno, dall'altro si è però esitanti o riluttanti ad accettarlo per timore di perdere la propria indipendenza. In questa fase difficile, la maggior parte delle persone desidera inoltre poter rimanere il più a lungo possibile nell'ambiente familiare delle proprie mura domestiche. La maggioranza delle persone anziane bisognose di cura in Svizzera è effettivamente assistita a domicilio. In età molto avanzata, l'onere di cura spetta in genere alla partner o al partner, che nella maggior parte dei casi ha parimenti un'età elevata e deve far fronte a problemi di salute individuali. La transizione verso il ruolo di **familiare curante** è spesso un processo graduale e impercettibile, durante il quale la persona che assiste tende a trascurare la cura di sé. Di norma, questo lavoro di

assistenza e cura non solo è molto dispendioso in termini di tempo (soprattutto in presenza di malattie dementigene della persona assistita), ma anche gravoso dal punto di vista emotivo e fisico. Il coinvolgimento cronico, il frequente isolamento sociale che ne deriva, ma anche la carenza di adeguate possibilità di alleggerire il proprio carico di mansioni e la mancanza di prospettive di miglioramento, conducono spesso a condizioni di esaurimento psicofisico. Non a caso, nella letteratura specialistica i familiari curanti sono definiti anche «hidden patients», ovvero pazienti nascosti (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

Sulla scorta di questi elementi appare evidente che l'assistenza di una persona cara non è soltanto una questione privata, bensì costituisce anche un compito di rilevanza sociale. Di seguito alcune misure che risultano essere necessarie nel campo della sanità pubblica:

- ampliare e flessibilizzare le offerte ambulatoriali e semi-stazionarie nonché i servizi di informazione e consulenza;
- garantire un lavoro coordinato tra tutte le persone coinvolte nelle attività di assistenza e cura;
- predisporre informazioni facilmente accessibili per i familiari curanti, volte a sfruttare e rafforzare le loro risorse individuali (ad es. acquisizione di nuove competenze), le risorse sociali nonché le offerte di sostegno e di alleggerimento;
- promuovere la partecipazione sociale mediante comunità solidali (c.d. *caring communities*), figure di riferimento a livello sociale, luoghi di incontro e piattaforme digitali.



Informazioni sul tema dei familiari curanti di Promozione Salute Svizzera:

- Pagina tematica [Familiari curanti](#)
- Opuscolo [Promozione della salute psichica delle persone che assistono e curano congiunti anziani](#)
- Valutazione: [Offerte per la promozione della salute psichica dei familiari curanti – Valutazione](#) (in tedesco e francese)
- Opuscolo per gruppi target: [Sono un familiare curante](#)



Ingresso in una struttura di cura

Quando l'aiuto e le cure fornite in seno alla famiglia raggiungono i propri limiti, diventa inevitabile l'ingresso in un istituto di cura. Si tratta di un passaggio biografico profondamente incisivo sia per le persone interessate che per i familiari coinvolti: mentre questi ultimi devono spesso confrontarsi con sentimenti contrastanti di sollievo e di colpa, le prime sono talvolta costrette, in modo anche doloroso, ad abbandonare ruoli e routine finora familiari e ad acquisirne di nuovi. Una sfida notevole è rappresentata dalla perdita di autodeterminazione, un elemento centrale di libertà e dignità, che deve essere ridefinito ex novo. Un buon adattamento alla nuova situazione presuppone un atteggiamento responsabile nei confronti dell'invecchiamento e l'età avanzata, che considera l'invecchiamento come un compito da affrontare con consapevolezza. Anche se la capacità di adattarsi a circostanze ineluttabili dipende dagli atteggiamenti e dai comportamenti individuali, è comunque necessario un ambiente di sostegno che favorisca uno sviluppo in tale direzione. Quanto questo aspetto sia determinante è dimostrato da uno studio gerontologico, ormai divenuto un classico (Rodin & Langer, 1977). In tale lavoro, i nuovi ingressi in una casa per anziani sono stati assegnati casualmente a un gruppo sperimentale e a un gruppo di controllo, che hanno preso alloggio su piani differenti della struttura. Nel gruppo sperimentale, le persone in entrata hanno ricevuto informazioni rilevanti sul piano del controllo, ossia sono state incoraggiate a prendere in mano nel modo più autonomo possibile la gestione del nuovo ambiente e della propria vita (ad esempio per quanto riguarda l'organizzazione degli spazi e del tempo, oppure la possibilità di esercitare un'influenza). Per contro, alle persone del gruppo di controllo (collocate su un altro piano) è stato indicato di rivolgersi per qualsiasi domanda o problema al personale della struttura, il quale si sarebbe poi occupato delle necessità emerse. Nel prosieguo dello studio, il benessere e lo stato di salute delle persone residenti a cui era stata attribuita un'elevata responsabilità personale sono progressivamente migliorati, mentre nel gruppo di controllo sono stati osservati livelli crescenti di insoddisfazione, una maggiore propensione a sviluppare malattie e persino una mortalità più elevata.

Organizzazioni che offrono informazioni, consulenza e altri servizi in relazione all'ingresso in una casa per anziani e alla vita in struttura:

- [Pro Senectute](#)
- [Alzheimer Svizzera](#)
- [CURAVIVA](#), l'associazione di categoria dei fornitori di servizi per persone anziane

Vedovanza

La vedovanza rappresenta l'evento critico di vita più frequente in età avanzata; peraltro si tratta di un evento che riguarda soprattutto le donne. All'età di 85 anni e oltre, circa il 70% di tutte le donne è in stato vedovile, mentre tra gli uomini la quota è poco inferiore al 25% (Perrig-Chiello, 2019). La morte della partner o del partner rientra tra gli eventi più provanti nella vita di una persona. Costringe la persona che rimane a ridefinire la propria identità come persona sola e a riorganizzare la vita quotidiana, per di più in una fase della vita generalmente caratterizzata da una fragilità sul fronte della salute. La sfida più difficile indicata dalla maggioranza di queste persone è la solitudine. Le ricerche più recenti mostrano che il 37% delle persone sopra gli 85 anni lamenta sentimenti di solitudine; si noti che tale percentuale corrispondeva alla quota di persone vedove nel campione esaminato (Pro Senectute, 2024). La ricerca mostra che la solitudine è associata a conseguenze negative sullo stato di salute, sul benessere e sui comportamenti legati alla salute, tra cui figurano problemi di salute, stati depressivi dell'umore, sentimenti di disperazione, apatia, disturbi del sonno, malnutrizione, nonché un aumento del consumo di farmaci, tabacco e alcol (Ding et al., 2021). Le conseguenze negative possono acuirsi in presenza di altri fattori di carico pregressi, quali una mobilità ridotta e un cattivo stato di salute.

Sebbene i primi sei mesi dopo la perdita siano generalmente considerati una fase vulnerabile, il processo di elaborazione del lutto si caratterizza per ampie differenze individuali. In uno studio a lungo termine condotto in Svizzera è stato analizzato l'adattamento psicosociale successivo a un evento di vedovanza in circa 600 persone di età superiore ai 70 anni colpite dal lutto da poco tempo. I risultati mostrano che, dopo una fase di iniziale vulnerabilizzazione, la mag-

gior parte delle persone ha mostrato una buona capacità di recupero e, a distanza di sei anni, solo una minoranza di poco inferiore al 10% lamentava ancora un forte senso di solitudine, disperazione e sintomi depressivi (Perrig-Chiello, 2019). Oltre al sostegno sociale ricevuto, i tratti di personalità si sono rivelati il principale fattore determinante per una buona capacità di adattamento. Il gruppo delle persone ben adattate si caratterizzava principalmente per tratti di personalità quali estroversione, coscienziosità e resilienza; esse cercavano con frequenza maggiore il sostegno sociale e si impegnavano anche maggiormente ad allacciare nuove relazioni. Coscienziosità e autodisciplina le hanno aiutate a organizzare meglio la nuova quotidianità e a mantenere uno stile di vita sano. Queste persone si distinguevano pertanto per una maggiore resilienza psichica, intesa come capacità di attivare le risorse personali e sociali disponibili e di scoprirne di nuove. Studi di revisione attuali confermano che in realtà solo una minoranza di persone non riesce in questo intento. Questa reazione di lutto complessa e persistente viene definita lutto complicato, con un tasso di prevalenza stimato in circa il 10% (Thiemann et al., 2023).

È dimostrato che una reazione di lutto complessa e persistente è associata a un aumento del rischio di morte a breve distanza e di sindrome del cuore infranto (sindrome di Takotsubo). La principale caratteristica della sindrome del cuore infranto, che colpisce in prevalenza le donne, è l'accresciuto rilascio di ormoni dello stress a seguito del forte carico emotivo del lutto, che a sua volta può provocare problemi cardiaci acuti (simili a un infarto del miocardio) e, in ultima istanza, anche infiammazioni e danni al muscolo cardiaco (Díaz-Navarro, 2021). Il fenomeno della cosiddetta «morte a breve distanza» descrive invece la circostanza per cui, in età avanzata, il coniuge superstite muore spesso poco tempo dopo la scomparsa della persona cara. Lo stress generato dalla morte della partner o del partner indebolisce infatti il sistema immunitario e causa un aumento dei marcatori infiammatori. Qualora il livello di questi ultimi rimanga elevato nel tempo, aumenta il rischio di infarto miocardico o di ictus, e ciò può condurre al decesso in presenza di patologie pregresse. È dimostrato che, nell'anno successivo al lutto, gli uomini presentano un rischio di mortalità superiore del 70% rispetto ai loro coetanei non vedovi; per le vedove tale aumento è invece pari al 27% (Katsiferis et al., 2023). Negli uomini, un aumento

del rischio di mortalità è tuttavia riconducibile anche al suicidio. I risultati di ricerca indicano che la vedovanza, in particolare tra gli uomini molto anziani, è associata a un incremento delle ideazioni suicidarie e a un rischio più accentuato di suicidio (Grande et al., 2024). Purtroppo, la suicidalità in età avanzata viene ancora troppo spesso analizzata in misura non sufficientemente critica anche da parte della comunità professionale e le motivazioni addotte sono accettate come apparentemente razionali e oggettive (Etzersdorfer, 2024).

Queste differenze di genere rispecchiano le diverse modalità di elaborazione del lutto da parte di donne e uomini, nelle quali sono soprattutto due fattori ad assumere particolare rilevanza: da un lato, per molti uomini risulta difficile confrontarsi con un volume tanto elevato di emozioni negative. In misura maggiore rispetto alle donne, essi continuano infatti ad avere difficoltà nel manifestare «debolezza» e ammettere di aver bisogno di aiuto. In ragione della loro concezione dei ruoli di genere, gli uomini tendono perlopiù a cercare di ristabilire rapidamente il controllo sulle proprie emozioni e di risolvere la situazione da soli. Poiché ciò non sempre risulta facilmente attuabile, per molti uomini una possibile soluzione consiste nel ricorrere ad alcol, medicinali e altre sostanze che creano dipendenza. Dall'altro lato, a differenza delle donne, nel corso dell'intero arco di vita gli uomini tendono a disporre di reti sociali di sostegno meno solide. Per molti, la partner costituiva infatti l'unica persona di fiducia intima. Oltre al partner, le donne hanno invece generalmente più persone di riferimento all'interno della famiglia e della cerchia di amicizie. Esse incontrano inoltre minori difficoltà sia nel parlare dei propri problemi e delle sofferenze interiori sia nel chiedere e accettare aiuto (Perrig-Chiello, 2024).

Le misure preventive dovrebbero pertanto concentrarsi in particolare sulle persone che presentano già un rischio accentuato (persone socialmente e finanziariamente svantaggiate, ma anche uomini in età molto avanzata) e soprattutto sulla fase vulnerabile dei primi mesi successivi alla perdita. Poiché inoltre temi come la solitudine o il carico psicofisico legato all'assistenza ai familiari sono spesso oggetto di tabù, è necessario informare e sensibilizzare maggiormente a questo argomento sia la popolazione, sia chi fornisce le cure mediche di base, le persone volontarie e il personale specializzato attivo nei settori di assistenza infermieristica, psicologia e lavoro sociale.

1.4 Prospettive

Sebbene le transizioni biografiche e gli eventi critici della vita siano di natura individuale e privata, si collocano in un rapporto di stretta interdipendenza con le realtà sociali e le condizioni quadro della società. Per questo motivo, le misure dovrebbero intervenire a livello individuale, relazionale e anche societale. Importanti ambiti di intervento sono in ogni caso la capacità da parte di specialiste e specialisti di individuare e affrontare problematiche oggetto di tabù oppure poco conosciute, quali ad esempio la solitudine dei gruppi a rischio in fasi critiche della vita, nonché la creazione di condizioni contestuali favorevoli al riconoscimento e all'intervento precoce e alla consulenza. Tuttavia, per riuscire a riconoscere in modo tempestivo e mirato la presenza di una situazione difficile è fondamentale garantire un'informazione facilmente accessibile per quanto riguarda i processi e le possibilità di aiuto. Per rendere possibile a livello strutturale la partecipazione sociale occorrono comuni e quartieri a misura di anziano, servizi di visita a domicilio e opportunità di incontro. Anche gli stereotipi negativi legati all'età devono essere opportunamente tematizzati e contrastati. Per quanto riguarda infine il gruppo target delle persone direttamente interessate, rivestono un ruolo fondamentale gli interventi di psicoeducazione su strategie di promozione della resilienza, l'apprendimento permanente, l'educazione digitale nonché forme di aiuto all'auto-aiuto come strumenti online, programmi di auto-aiuto, caffè narrativi o caffè del lutto.

Le persone mettono in atto comportamenti resilienti non solo nonostante le circostanze avverse, bensì soprattutto a causa di esse. Risorse e punti di forza vengono infatti generalmente attivati appieno solo in presenza di esperienze di stress estremo. Un approccio consapevole e positivo verso transizioni di vita difficili e fasi di crisi può indurre le persone a riferire di apprezzare maggiormente la vita, a intensificare le relazioni personali, scoprire nuove possibilità di organizzazione della propria esistenza nonché conquistare una maggiore resilienza verso le avversità del destino. Non esiste un limite di età per tali processi, ma senza un adeguato sostegno sociale e societale una loro attuazione è di norma molto difficoltosa.

Parte 2: Considerazioni riassuntive per la promozione della salute nelle transizioni biografiche e negli eventi critici della vita

Promozione Salute Svizzera

La promozione della salute riveste un ruolo fondamentale per quanto concerne la capacità di affrontare gli eventi critici della vita e le transizioni. Si tratta infatti di periodi di riorientamento durante i quali le persone risultano spesso più aperte verso i cambiamenti. Si può cogliere questa occasione per riflettere e modificare in modo duraturo i comportamenti rilevanti per la salute, come le abitudini alimentari o motorie, ma anche le strategie per migliorare la gestione dello stress, la regolazione emotiva, la comunicazione, le capacità decisionali, ecc. In questo senso vi è un ampio potenziale per lo sviluppo di misure e progetti destinati a gruppi target specifici prima, durante e dopo il verificarsi di un evento o una transizione. **I programmi d'azione cantonali (PAC) offrono un quadro di riferimento adeguato** (cfr. [punto 2.1](#)).

Le disuguaglianze sociali e i fattori di carico derivanti da eventi e transizioni si rafforzano reciprocamente. In questo contesto risulta fondamentale garantire **l'equità di accesso** (cfr. [punto 2.2](#)).

Le situazioni che emergono a seguito di eventi critici della vita e transizioni sono molto diverse tra loro, così come le risorse di cui le persone dispongono per farvi fronte. Le misure devono tenere conto dell'**esperienza individuale del carico psicofisico** e vanno oltre le misure di promozione della salute in senso stretto (cfr. [punto 2.3](#)).

La **collaborazione con partner adeguati** è determinante per la pianificazione, l'attuazione e l'ulteriore sviluppo degli interventi nonché per l'elaborazione di nuovi progetti (cfr. [punto 2.4](#)).

2.1 I quattro livelli delle misure dei PAC

I quattro livelli dei PAC offrono numerosi spunti per sostenere in modo mirato le persone che si trovano ad affrontare una transizione o una situazione di crisi.

Ulteriori informazioni

[Condizioni quadro PAC](#)



Comunicazione

Nell'ambito della comunicazione, riveste un ruolo fondamentale la sensibilizzazione verso le opportunità e le sfide legate all'età avanzata. Nel novero dei temi rilevanti rientrano in particolare le seguenti misure:

- rendere visibili e promuovere rappresentazioni differenziate della vecchiaia;
- abbattere i tabù relativi ai temi percepiti come gravosi;
- informare e sensibilizzare sui rischi per la salute e per il benessere psicosociale insiti nelle crisi e nelle transizioni biografiche;
- dare maggiore visibilità alle offerte di sostegno e normalizzare il loro utilizzo;
- promuovere una narrazione positiva sui diversi modelli di vita e sulle diverse possibilità di sviluppo.



Ulteriori informazioni

- Programmi d'azione cantonali: [Pubbliche relazioni](#)
- Lista di controllo [Misure di comunicazione dei PAC nell'ambito del livello «pubbliche relazioni»](#)
- «Invecchiare in salute», parte 3: [Le immagini della vecchiaia](#)



Interventi

Per fare fronte ai carichi psicofisici legati agli eventi della vita e alle transizioni biografiche, nonché per avviare cambiamenti comportamentali, servono offerte e misure specifiche nei seguenti ambiti:

- rafforzamento dell'autoefficacia
- promozione delle competenze di vita (in particolare capacità di comunicazione, autoriflessione, regolazione delle emozioni, competenze sociali, gestione dello stress e capacità decisionali)
- rafforzamento delle risorse sociali
- trasmissione di conoscenze e psicoeducazione



Per la trasmissione delle conoscenze e la psicoeducazione si possono sviluppare opuscoli informativi o corsi. In questo contesto svolgono un ruolo centrale le moltiplicatrici e i moltiplicatori, che possono raggiungere tempestivamente, informare, motivare, sostenere e accompagnare le persone interessate. In questa categoria rientrano, tra gli altri, i medici di famiglia, le organizzazioni della terza età, i servizi sociali, le offerte di assistenza spirituale, le associazioni di pensionati, le auto-organizzazioni di migranti, le casse malati nonché, a seconda del tipo di transizione, le organizzazioni specialistiche come Parkinson Svizzera, Alzheimer Svizzera oppure le cliniche di riabilitazione, gli studi legali, le autorità di protezione degli adulti, le imprese di onoranze funebri, ecc. Le moltiplicatrici e i moltiplicatori devono essere a loro volta opportunamente sensibilizzati e formati, affinché possano trasmettere le informazioni in modo efficace e, a seconda del ruolo e delle competenze, fornire anche un sostegno più approfondito.



Ulteriori informazioni

- [Lista di orientamento](#) (progetti)
- Opuscolo [Competenze di vita e salute psichica in età avanzata](#) (in francese e tedesco)
- Foglio di lavoro 49 [Promozione delle competenze di vita in età avanzata](#)
- Pagina tematica [Promozione dell'autoefficacia](#)
- Pagina tematica [Sostegno sociale](#), e in particolare:
 - Opuscolo [Risorse sociali](#)
 - Guida [Come raggiungiamo gli uomini over 65?](#)
 - Progetto [«geben&annehmen»](#) (in tedesco), con informazioni sulla promozione dell'accettazione di sostegno su base volontaria
- Opuscolo [Manifestazioni e corsi per la promozione della salute in età avanzata](#) (in francese e tedesco)
- [Promozione dell'autogestione e educazione terapeutica](#) nel setting dell'assistenza sanitaria
- Opuscolo [Promozione della salute psichica delle persone che assistono e curano congiunti anziani](#)
- Valutazione: [Offerte per la promozione della salute psichica dei familiari curanti](#) (in tedesco e francese)



Messa in rete

Il lavoro di rete con diversi ambiti del mondo professionale e politico, unitamente al coinvolgimento del gruppo target, è essenziale per creare strutture in grado di promuovere la salute. Nelle fasi di transizione, gli ambiti di vita spesso cambiano e si influenzano reciprocamente. Per questo motivo sono necessarie reti coordinate di figure professionali in grado di riunire il sostegno psicosociale, giuridico, finanziario e sanitario e di integrarlo nelle risorse sociali e comunitarie disponibili (ad es. progetti intergenerazionali). Queste reti rafforzano la capacità delle persone di affrontare una crisi, favorendo la resilienza e la partecipazione in una prospettiva di lungo periodo.



Ulteriori informazioni

- Programmi d'azione cantonali: [Messa in rete](#)
- [Promozione della salute e prevenzione nei comuni e nelle città](#)



Policy

Tutte le misure di policy che contribuiscono alla promozione della salute sono rilevanti anche per la gestione degli eventi di vita e delle transizioni. Le misure di policy possono inoltre creare un quadro di riferimento per un sostegno stabile nelle fasi di transizione, ad esempio attraverso:

- l'integrazione degli eventi critici della vita e delle transizioni biografiche nelle strategie di sanità pubblica (ad es. linee guida per la terza età o concetti per la promozione della salute e la prevenzione sull'arco di tutte le fasi della vita)
- il potenziamento delle offerte di consulenza e di sostegno per questioni specifiche nelle fasi di transizione e di crisi
- la promozione di un accesso equo alle offerte di formazione
- il riconoscimento e la tutela del lavoro di assistenza e cura svolto in ambito familiare



Ulteriori informazioni

Programmi d'azione cantonali: [Policy](#)

2.2 Pari opportunità e partecipazione

Gli eventi critici della vita accrescono la vulnerabilità, in particolare per le persone che versano in condizioni sociali difficili. Le loro possibilità di affrontare questi eventi sono spesso limitate. È pertanto fondamentale tenere adeguatamente conto delle loro esperienze, esigenze e risorse nella pianificazione e attuazione delle misure. In quest'ottica, rivestono un ruolo centrale gli approcci partecipativi e attenti alle pari opportunità.



Ulteriori informazioni

- Rapporto di base [Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera](#)
- [Versione breve del rapporto di base](#) sulle pari opportunità
- Foglio d'informazione [Vulnerabilità nelle diverse fasi della vita](#), incl. transizioni biografiche ed eventi critici della vita come fattore di vulnerabilità
- «Invecchiare in salute», parte 1: [Partecipazione](#) (in francese e tedesco)

2.3 Necessità e bisogni individuali

Gli interventi devono essere commisurati alle esigenze individuali e al fabbisogno specifico di ciascuna persona. Le transizioni comportano livelli di carico molto diversi; di conseguenza, anche il sostegno dovrebbe essere opportunamente differenziato:

- **Fabbisogno basso:** enfasi su aspetti quali rafforzamento delle risorse e prevenzione, cambiamenti comportamentali, resilienza, offerte di gruppo e partecipazione sociale.
- **Fabbisogno intermedio:** misure che apportano una struttura come case management, offerte per rafforzare la resilienza od offerte di affiancamento.
- **Fabbisogno elevato:** in presenza di un forte carico psichico o di traumatizzazione sono necessari interventi di crisi, consulenza individuale o supporto terapeutico.

Un **buon lavoro di rete** tra la promozione della salute e l'ambito delle cure facilita le transizioni e favorisce il rilevamento e l'intervento precoce.

2.4 Partner di progetto rilevanti

Per la pianificazione, l'attuazione e l'ulteriore sviluppo delle misure, nonché per l'elaborazione di nuovi progetti è fondamentale la collaborazione con partner rilevanti. Tra questi rientrano:

- persone con competenza pratica derivante dall'esperienza (persone direttamente interessate, familiari e persone vicine)
- rappresentanze di figure esperte con esperienza (organizzazioni di auto-aiuto, associazioni e gruppi di interesse negli ambiti migrazione e LGBTIQ+, consigli degli anziani, ecc.)
- partner con competenze specialistiche (attività fisica, alimentazione, psicologia, consulenza nutrizionale, ergoterapia, consulenza per la terza età, consulenza infermieristica, ecc.)
- partner con competenze relative a contesti specifici e accessi (Pro Senectute, Spitex, Caritas, leghe, chiese e comunità religiose, Croce Rossa, lavoro di quartiere, assistenza sociale, responsabili per la terza età a livello comunale, farmacie nonché contesti alternativi come negozi di alimentari, parrucchiere/i, pedicure, ecc.)
- partner con competenze strategiche, politiche e finanziarie (servizi specialistici e responsabili a livello comunale per salute, socialità, casse malati, integrazione, politiche abitative, sviluppo territoriale, mobilità, ecc.)



Ulteriori informazioni

Foglio d'informazione [Vulnerabilità nelle diverse fasi della vita](#)

Riferimenti bibliografici

- Díaz-Navarro, R. (2021). Takotsubo syndrome: the broken-heart syndrome. *The British journal of cardiology*, 28(1), 11.
<https://doi.org/10.5837/bjc.2021.011>
- Ding, D., Gale, J., Bauman, A., Phongsavan, P. & Nguyen, B. (2021). Effects of divorce and widowhood on subsequent health behaviours and outcomes in a sample of middle-aged and older Australian adults. *Scientific reports*, 11(1), 15237.
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-93210-y>
- Etzersdorfer, E. (2024). Suizidprävention im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 57(3), 186–191. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02303-6>
- Gabriel, R. & Kubat, S. (2022). *Pro Senectute Altersmonitor: Altersarmut in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz.
- Grande, E., Alicandro, G., Vichi, M., Pompili, M. & Frova, L. (2024). Suicide After Partner's Death in the Elderly Population. *The American journal of geriatric psychiatry*, 32(7), 825–831.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.01.031>
- Katsiferis, A., Bhatt, S., Mortensen, L. H., Mishra, S. & Westendorp, R. G. J. (2023). Sex differences in health care expenditures and mortality after spousal bereavement. *PLOS ONE* 18(3), e0282892.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282892>
- Kölves, K., Ide, N. & De Leo, D. (2010). Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: Gender differences. *Journal of Affective Disorders*, 120, Issues 1–3, 48–53.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.019>
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of epidemiology and community health*, 54(4), 254–261. <https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254>
- Lindert, J., Lee, L. O., Weisskopf, M. G., McKee, M., Sehner, S. & Spiro, A. (2020). Threats to Belonging – Stressful Life Events and Mental Health Symptoms in Aging Men. A Longitudinal Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 575979.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575979>
- Mikton, C., de la Fuente-Núñez, V., Officer, A. & Krug, E. (2021). Ageism: a social determinant of health that has come of age. *Lancet*, 397(10282), 1333–1334.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00524-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00524-9)
- Perrig-Chiello, P. (2015). Vulnerabilität und Wachstum über die Lebensspanne. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Wege aus der Verletzlichkeit* (S. 21–49). Seismo Verlag.
- Perrig-Chiello, P. (2017). *Wenn die Liebe nicht mehr jung ist. Warum viele langjährige Beziehungen zerbrechen und viele andere nicht*. Hogrefe.
- Perrig-Chiello, P. (2019). Widowhood. In D. Gu & M. Dupre (Hrsg.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_330-1
- Perrig-Chiello, P. (2024). *Own your Age. Stark und selbstbestimmt in der zweiten Lebenshälfte*. Beltz-Verlag.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). *Die Baby-boomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. NZZ-Verlag libro.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (Hrsg.) (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Huber.
- Pro Senectute (2024). *Monitoraggio dell'anzianità «Solitudine»*. Consultato in data 06.02.2026 da <https://www.prosenectute.ch/it/info/quotidianita-tempo-libero/solitudine.html>
- Rausa, F. (2020). *Scheidungen*. BFS Aktuell, Demos 1/2020. Bundesamt für Statistik.
- Rodin, J. & Langer, E. J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(12), 897–902.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.12.897>
- Sander, S., Strizzi, J. M., Øverup, C. S., Cipric, A. & Hald, G. M. (2020). When Love Hurts – Mental and Physical Health Among Recently Divorced Danes. *Frontiers in psychology*, 11, 578083.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578083>
- santésuisse (2024). *Rapport 2024 sur les soins de longue durée (in tedesco e francese)*. Consultato in data 30.09.2024 da https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/Pflegereport_2024_FR.pdf
- Thiemann, P., Street, A. N., Heath, S. E., Quince, T., Kuhn, I. & Barclay, S. (2023). Prolonged grief disorder prevalence in adults 65 years and over: a systematic review. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e1), e30–e42.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002845>
- Weber, D. (2020). *Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione in Svizzera. Definizioni, introduzione teorica, raccomandazioni per la prassi*. Rapporto di base. PSCH, UFSP & CDS.
- Witters, D. & Sharpe, L. (2014). Women's Well-Being Suffers More When Marriage Ends. Consultato in data 12.01.2026 da <https://news.gallup.com/poll/178553/women-suffers-marriage-ends.aspx>

Impressum

Editrice

Promozione Salute Svizzera

Direzione del progetto

Promozione Salute Svizzera

Sabine Dobler, responsabile di progetto
Salute mentale persone anziane

Autrici

- Parte 1: prof.ssa em. dr. Pasqualina Perrig-Chiello
- Parte 2: Promozione Salute Svizzera

Immagine di copertina

iStock

Reihe und Nummer

Promozione Salute Svizzera,
Foglio d'informazione 132

© Promozione Salute Svizzera, marzo 2026

Informazioni

Promozione Salute Svizzera
Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch/pubblicazioni