Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Aprile 2026

Revisione completa a aprile 2026



Risorse sociali

La promozione delle risorse sociali fornisce un contributo importante alla salute mentale e a una buona qualità di vita

Impressum

Editrice
Promozione Salute Svizzera

Autrice
Dr.ssa phil. Nicole Bachmann, Scuola universitaria per il lavoro sociale,
Scuola universitaria professionale della Svizzera nordoccidentale (FHNW)
Si ringraziano per le preziose indicazioni: Carlo Fabian, Jutta Guhl, Nadine Käser, Hilde Schäffler e Andrea Zumbrunn.

Direzione del progetto
Cornelia Waser e Sabine Dobler, Promozione Salute Svizzera
Integrazione «Partecipazione sociale»: Charlotte den Hollander, Promozione Salute Svizzera

Materiale fotografico
© iStock

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

Numero di ordinazione
02.0325.IT 04.2026

La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese
(numeri di ordinazione 02.0325.DE 04.2026 e 02.0325.FR 04.2026).

Download PDF
www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

© Promozione Salute Svizzera, aprile 2026

Indice

1 Introduzione 4

Parte 1: Nozioni di base 5

2 Basi e fatti 5
2.1 Cosa sono le risorse sociali? 5
2.2 In che modo le risorse sociali incidono sulla salute mentale? 6
2.3 In Svizzera, l'accesso alle risorse sociali si caratterizza per una distribuzione molto eterogenea 7
2.4 Come si sviluppano le risorse sociali? 9
2.5 Il rischio dei circoli viziosi 10
2.6 Perché per alcune persone è particolarmente difficile chiedere o accettare aiuto? 12

Parte 2: Raccomandazioni di intervento 15

3 Cosa si può fare a livello cantonale e comunale per promuovere le risorse sociali? 15
3.1 Infanzia e adolescenza 16
3.2 Persone anziane 18

4 Bibliografia 22

Indice delle figure

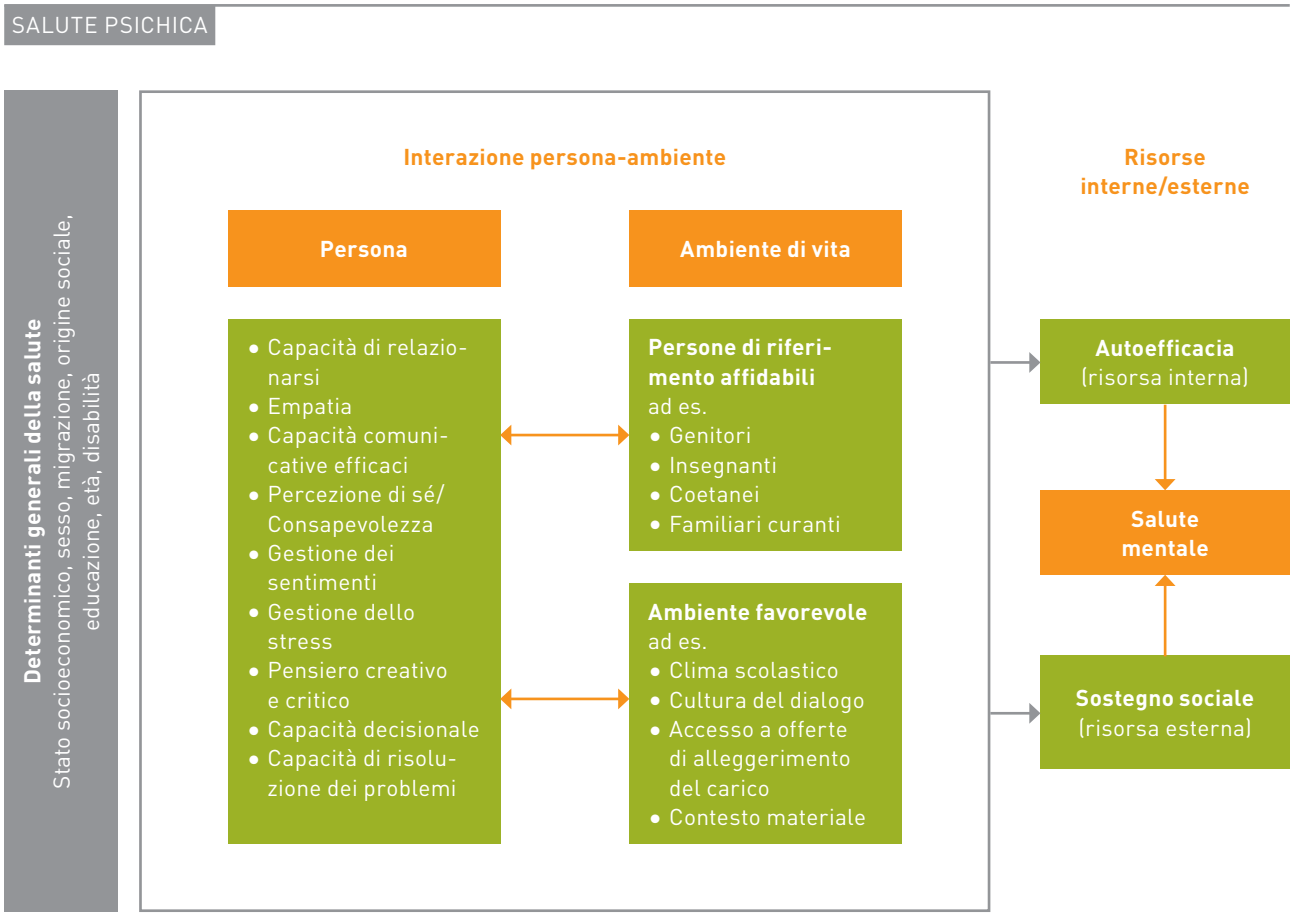
Salute psichica 4
Risorse sociali 6
Senso di solitudine nella popolazione di età compresa tra 15 e 24 anni 8
Circolo vizioso 10

1 Introduzione

Nel rapporto di base «Salute psichica lungo l'intero arco della vita», Promozione Salute Svizzera ha identificato il sostegno sociale come risorsa esterna di rilevanza centrale. Il **sostegno sociale** è una dimensione importante delle risorse sociali e interagisce con una risorsa interna di fondamentale importanza, ovvero il senso di **autoefficacia** (che indica la convinzione di essere in grado, sulla base delle proprie competenze, di portare a termine con successo delle attività e di saper gestire anche situazioni difficili). Attraverso la promozione di queste due risorse è possibile rafforzare la salute mentale.

Nella prima parte il presente opuscolo descrive, sulla scorta delle attuali conoscenze scientifiche, cosa sono le risorse sociali, perché sono importanti per la salute mentale e quali fattori contribuiscono a rafforzarle. Il testo mette anche in evidenza la distribuzione disomogenea delle risorse sociali e illustra i circoli viziosi che spingono le persone verso un crescente isolamento, mettendo l'accento sulla presenza di situazioni particolarmente difficili che possono ostacolare o impedire la ricerca e l'accettazione di aiuto.

La seconda parte dell'opuscolo illustra quali misure si possono realizzare a livello comunale e cantonale per promuovere queste risorse così importanti.



Parte 1: Nozioni di base

2 Basi e fatti

2.1 Cosa sono le risorse sociali?

Le risorse sociali si possono suddividere in diverse dimensioni. Sotto il profilo della salute rivestono particolare significato la partecipazione sociale, le reti sociali e il sostegno sociale.

La **partecipazione sociale** indica il coinvolgimento di una persona in una comunità, dunque la sua **integrazione** sociale. Questo concetto include anche il contributo offerto dalla persona allo sviluppo di una comunità, della quale entra così a **far parte** (Rosenbrock & Hartung, 2012). La comunità è intesa come una rete di relazioni sociali, che include la famiglia, le amicizie, il vicinato, la scuola, ma anche la vita all'interno di un quartiere o di un paese e la società nel suo complesso. La partecipazione sociale si manifesta nella vita quotidiana e nell'ambiente di vita concreto. La promozione della salute persegue l'obiettivo di rafforzare la partecipazione sociale del maggior numero di persone possibile per assicurare un ampio sostegno sociale. In particolare intende garantire una (maggiore) partecipazione alla vita sociale alle persone con limitazioni di salute e difficoltà di carattere psicosociale. A questo scopo è necessario abbattere le barriere che possono essere presenti nell'ambiente fisico e sociale, ma anche nella persona stessa.

La partecipazione sociale è il presupposto necessario per la creazione di reti sociali. Le **reti sociali** descrivono la struttura e le caratteristiche delle relazioni interpersonali. Numero, tipologia e qualità delle relazioni sono caratteristiche importanti di una rete sociale. Di notevole rilevanza è anche l'equilibrio tra dare e ricevere (reciprocità dello scambio). Il principio della reciprocità può impedire in particolare alle persone che si trovano in situazioni di vita precarie di cercare aiuto o di accettare l'aiuto offerto per il timore di non poter adeguatamente restituire l'aiuto ricevuto (cfr. considerazioni al capitolo 2.6). Le relazioni asimmetriche, nelle quali è sempre una persona a dare aiuto mentre l'altra persona lo riceve, sono percepite da entrambe le parti come insoddisfacenti e gravose. Nell'ambito di relazioni intime, strette, la restituzione dell'aiuto ricevuto può avvenire anche a grande distanza di tempo (ad es. figlie e figli in età adulta che sostengono i propri genitori). Per contro, se le relazioni sono superficiali, meno intime (i cosiddetti weak ties), l'aspettativa consueta è che la compensazione tra aiuto dato e aiuto ricevuto abbia luogo entro breve tempo.

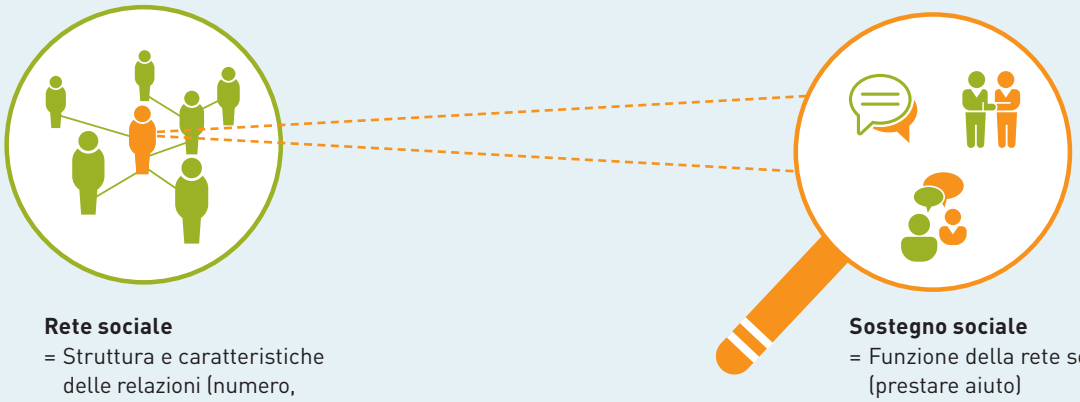
Per **sostegno sociale** si intende una funzione della rete sociale, che prevede una dinamica di aiuto reciproco tra i membri della rete. Si distingue tra diversi tipi di sostegno sociale:

- sostegno strumentale (ad es. aiuto di tipo pratico, come fare acquisti per una persona confinata a letto, servizi di trasporto, baby-sitting);
- sostegno emotivo (ad es. consolare, fornire assistenza, esprimere apprezzamento, incoraggiare);
- sostegno informativo (ad es. fornire informazioni su come gestire un problema, su dove è possibile ottenere aiuto);
- sostegno valutativo (ad es. feedback sul comportamento).

Per riuscire ad affrontare le esigenze della vita quotidiana è importante sapere che, in caso di bisogno, si può contare sull'aiuto necessario. Se invece ci si trova ad affrontare un avvenimento critico della vita (ad es. una malattia grave o la morte improvvisa di una persona cara), serve effettivamente un sostegno concreto e adeguato per riuscire a superare meglio il momento di crisi.

RISORSE SOCIALI

Partecipazione sociale



Rete sociale
= Struttura e caratteristiche delle relazioni (numero, tipologia e qualità)
- La reciprocità è un elemento importante: equilibrio tra dare e ricevere

Sostegno sociale
= Funzione della rete sociale (prestare aiuto)
- Diversi tipi:
  - sostegno strumentale
  - sostegno emotivo
  - sostegno informativo
  - sostegno valutativo

2.2 In che modo le risorse sociali incidono sulla salute mentale?

La **partecipazione sociale** implica incontri regolari con altre persone e consente sia di mantenere che di costruire relazioni sociali. Può favorire il sostegno sociale e contribuisce ad evitare o attenuare il senso di solitudine, con comprovati effetti benefici sulla salute. Attraverso i processi partecipativi, la partecipazione sociale permette alle persone di percepire la propria efficacia: contribuire a plasmare il proprio ambiente sociale alimenta l'esperienza di autoefficacia, con risvolti positivi in termini di benessere mentale.

Inoltre, la partecipazione sociale favorisce lo sviluppo di **contesti di vita adeguati alle esigenze individuali e favorevoli alla salute.** Se, ad esempio, delle persone anziane di un comune decidono di unirsi per presentare le loro esigenze in merito alla pianificazione degli spazi pubblici, intrattengono dei contatti sociali tra loro e hanno la possibilità di conoscere nuove persone. Se poi vengono ascoltate dal comune come persone informate delle esigenze della popolazione anziana, possono sperimentare un senso di autoefficacia e influire sullo sviluppo del loro ambiente di vita, in modo tale che questo soddisfi meglio le loro esigenze. Un altro buon esempio riguarda il contesto scolastico: se una scuola avvia un processo partecipativo per la riconfigurazione del piazzale della ricreazione, oltre a rafforzare le risorse sociali e il senso di autoefficacia delle allieve e degli allievi coinvolti nel processo, produce un impatto positivo su un ambiente di vita di fondamentale importanza per la salute delle ragazze e dei ragazzi che lo frequentano.

Il grado di intimità delle **relazioni** tra le diverse persone all'interno della rete sociale può variare: esse possono essere da molto strette a fugaci. Tutte queste forme, che vanno da relazioni di fiducia intime a conoscenze superficiali (weak ties), incidono sulla salute e sul benessere psicofisico nonché sulla qualità di vita delle persone.

Numerosi studi hanno esaminato l'impatto delle **relazioni di fiducia** sulla salute mentale. Per gli uomini, la presenza di una relazione intima di buona qualità (partner) è di norma il presupposto principale per una vita felice, caratterizzata da una buona salute mentale (Waldinger & Schulz, 2010), mentre per le donne è generalmente più importante coltivare buone relazioni improntate alla fiducia con persone diverse, ad esempio amiche, amici, partner, parenti,

ecc. (Wahring et al., 2024). In particolare nella prima infanzia è di vitale importanza la presenza di persone di riferimento affidabili e familiari, sempre disponibili (Brunner, 2016). Quando questo non si verifica, ad esempio perché una delle figure genitoriali è affetta da una malattia psichica, si tendono a riscontrare alterazioni di natura psicopatologica nelle bambine e nei bambini interessati (Gurny et al., 2007).

Anche quando ci si trova ad affrontare eventi critici della vita, come una grave malattia, la presenza di persone di riferimento per le quali si nutre fiducia è un aspetto particolarmente importante. Per molti individui è determinante sapere di non essere soli in quella situazione. In questi momenti la famiglia diventa una fonte di grande sostegno sul piano strumentale, emotivo nonché informativo. Tuttavia, ciò significa anche che i familiari sono strettamente coinvolti nella malattia, che spesso è caratterizzata da un lungo decorso, e questa sorta di «condivisione» può tramutarsi in un carico anche per loro (Haslbeck et al., 2015).

Anche i cosiddetti **weak ties,** ovvero le relazioni superficiali, meno intime, come ad esempio il saluto tra vicini, sono senz'altro rilevanti per il benessere mentale: ogni giorno ci rassicurano del fatto che facciamo parte di una comunità e ci permettono di sperimentare un senso di appartenenza e rispetto. Il senso di appartenenza a una comunità e il sentimento di rispetto sono particolarmente importanti per le persone a rischio di emarginazione sociale a causa di uno stigma o per le vittime di discriminazioni, come chi soffre di una malattia psichica o si identifica come queer (Boden-Stuart, 2024; VanAntwerp et al., 2025). I weak ties sono particolarmente importanti anche sul piano del sostegno informativo (ad es. trasmissione di informazioni relative a un posto di lavoro), poiché creano ponti con altre reti sociali e consentono così la trasmissione di informazioni non accessibili all'interno della propria rete.

Le persone che a lungo andare sono esposte a una carenza di risorse sociali presentano un elevato rischio di soffrire di **solitudine cronica.** La solitudine è una delle sensazioni più negative e dannose per la salute che una persona possa provare. È associata a una percezione soggettiva di isolamento sociale, inutilità e minaccia personale (Hawkley & Cacioppo, 2010; Hong et al., 2023). La solitudine può insorgere anche in età infantile, per esempio nel caso di bambine e bambini vittime di esclusione o di mobbing da parte del gruppo.

Esami di immagini dell'attività cerebrale hanno dimostrato che il nostro cervello reagisce all'esclusione sociale esattamente come al dolore fisico. Pertanto, a livello fisiologico è senz'altro legittimo parlare di **«dolore sociale»** (Eisenberger, 2015). La solitudine cronica è un forte fattore di rischio per una molteplicità di malattie fisiche e psichiche, inclusa la depressione nelle sue varie forme (Cacioppo et al., 2010).

In breve: le persone che dispongono di una buona rete di contatti, adeguata alle loro esigenze, e che partecipano a una dinamica di scambio reciproco si attendono di ricevere aiuto qualora si trovassero in una situazione di difficoltà.
Ed effettivamente ciò accade. È stato dimostrato che queste persone hanno migliori prospettive di salute, vivono più a lungo, si sentono più sane, hanno una vita più felice e più pregna di significato e soffrono molto più raramente di disturbi depressivi.
Per contro, ciò significa anche che le persone con una scarsa rete di contatti e che soffrono di solitudine si aspettano di ricevere poco aiuto, e ne ricevono effettivamente poco. Inoltre, hanno prospettive nettamente inferiori di godere di buona salute e di una qualità di vita elevata. La solitudine fa ammalare, nel lungo periodo, a livello psichico e fisico.

2.3 In Svizzera, l'accesso alle risorse sociali si caratterizza per una distribuzione molto eterogenea

Fortunatamente, gran parte delle persone che vivono in Svizzera vanta una buona rete di contatti. Intrattiene rapporti con numerose e svariate persone, con le quali ha uno scambio regolare, dispone di numerose relazioni di sostegno e, in caso di bisogno, riceve aiuto (Bachmann, 2014). Nella popolazione si evidenzia tuttavia al contempo una grande variabilità nella disponibilità di risorse sociali. Negli ultimi anni è stato inoltre osservato un aumento del fenomeno della solitudine in età adolescenziale e in giovane età adulta (Jäggi et al., 2025; Peter et al., 2023).



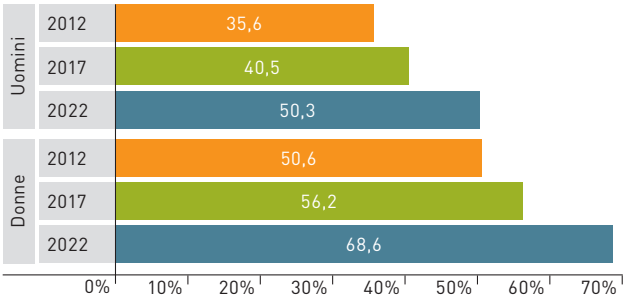
Nell'infanzia e nell'adolescenza, la famiglia e, con il passare degli anni, le amicizie costituiscono i «nodi» centrali della rete sociale. In Svizzera, nel 2022 l'85% delle e degli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 15 anni ha riferito di ricevere un sostegno dalla propria famiglia. Si tratta di un valore elevato anche su scala internazionale. La percezione del sostegno genitoriale varia tra maschi e femmine e dipende anche dal genitore coinvolto. A 15 anni, solo il 48% delle ragazze ritiene che sia facile o molto facile parlare con il proprio padre di questioni che le riguardano, a fronte di una quota del 68% tra i ragazzi. Il dialogo con la madre, per contro, risulta essere più semplice per ambo i sessi: il 70% delle ragazze e l'81% dei ragazzi hanno infatti affermato che è «facile» o «molto facile» confidarsi con la propria madre (Badura et al., 2024). Per contro, vi è una quota pari al 10% tra le ragazze e al 12% tra i ragazzi che afferma di non poter parlare dei propri problemi con la famiglia. Un'ampia maggioranza di adolescenti riferisce anche di ricevere un buon sostegno da parte della propria cerchia di amicizie. Nel 2022, il 74% delle ragazze e dei ragazzi di 15 anni ha affermato di ricevere un elevato sostegno da parte delle proprie amicizie, nonostante sia evidente un leggero calo di questo valore rispetto al 2014 (81%). (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025)

Anche la scuola, che è un importante ambiente di vita in questa fascia d'età, è associata alla presenza di risorse sociali nonché di conflitti sociali. La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi di età compresa tra 11 e 15 anni afferma di sentirsi sostenuta e accettata da compagne e compagni di classe. Nel 2022, il 71% dei ragazzi e il 63% delle ragazze riferivano di avere relazioni di buona qualità con le proprie compagne e i propri compagni. Tuttavia, dal 2014 si osserva un calo di questa importante risorsa nel contesto scolastico, in particolare tra le ragazze. Nel 2002, il 25% delle ragazze ha risposto negativamente alla domanda che chiedeva loro se si sentissero accettate da compagne e compagni, a fronte di una quota pari al 18% nel 2014. È in calo anche il numero di ragazze e ragazzi che ritengono che compagne e compagni di classe trascorrano volentieri del tempo insieme. Questo calo delle risorse sociali nel contesto scolastico, e in particolare tra le ragazze, è stato riscontrato non solo in Svizzera, ma anche a livello internazionale (Badura et al., 2024).
Il declino delle risorse sociali non è evidente solo nel contesto scolastico, ma sembra fare parte di una tendenza più ampia, corroborata peraltro da diverse fonti di dati in Svizzera e studi internazionali. In Svizzera, questa tendenza relativa all'adolescenza e alla giovane età adulta è iniziata prima del 2020 e si è amplificata nel periodo pandemico, i cui effetti si sono fatti sentire in particolare tra le adolescenti e le giovani donne (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025; Jäggi et al., 2025; Köster & Lipps, 2024).

Il grafico seguente illustra l'aumento del senso di solitudine percepito tra il 2012 e il 2022 tra adolescenti e giovani adulti in Svizzera.

SENSO DI SOLITUDINE NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ COMPRESA TRA 15 E 24 ANNI

Quota di persone tra i 15 e i 24 anni che si sente occasionalmente, piuttosto spesso o molto spesso sola, secondo il genere



Rappresentazione propria
Fonti: Ufficio federale di statistica – Indagine sulla salute in Svizzera 2012, 2017, 2022

Al contempo si è osservato anche un peggioramento del benessere mentale tra le giovani donne, riconducibile non solo al crescente livello di pressione e stress nella società moderna, ma anche in parte all'impatto negativo associato all'utilizzo dei social media che, in particolare tra le giovani donne, hanno il potenziale di influenzare negativamente le relazioni interpersonali a causa di fenomeni come il confronto sociale e il cyberbullismo (Abi-Jaoude et al., 2020; Bigler et al., 2024; Waller et al., 2025). Particolarmente esposte alle conseguenze negative dell'uso dei social media sono le persone che tendono a definire il proprio valore attraverso il confronto sociale (Vogel et al., 2015).

In **età avanzata** la rete sociale tende ad assottigliarsi e il sostegno sociale diminuisce (Jäggi et al., 2025). La quota di persone che afferma di avere più di una persona di fiducia raggiunge il suo apice, l'81%, tra i 25 e i 34 anni. Dopo i 75 anni tale quota scende al 64%. Il 30% delle persone di età superiore ai 75 anni afferma di conoscere solo una persona con la quale può parlare in qualsiasi momento dei propri problemi, mentre il 7% non ne conosce nemmeno una. La quota di persone che afferma di disporre di un ridotto sostegno sociale è di poco inferiore al 10% tra le generazioni più giovani, mentre sale al 16% dopo i 75 anni. (Fonte: Ufficio federale di statistica – Indagine sulla salute in Svizzera 2022)
Questo calo della presenza di sostegno sociale in età avanzata dipende anche dal fatto che una parte delle relazioni sociali è legata a determinati ruoli e mansioni che con il passare del tempo vengono a mancare, ad esempio a seguito del pensionamento. Le persone anziane devono inoltre confrontarsi con la scomparsa della propria compagna o del proprio compagno di vita nonché con la perdita di amicizie intime o di persone care del vicinato, perdite che lasciano dolorosi vuoti. Anche malattie croniche, limitazioni della mobilità, dell'udito e della vista possono compromettere notevolmente i contatti sociali. Inoltre, in tarda età, coltivare un'ampia cerchia di amicizie e conoscenze può risultare alquanto impegnativo e molte persone anziane tendono quindi a ridurre i propri contatti a una cerchia ristretta di persone care. Se la qualità di queste relazioni è buona, il fatto che siano poche non ha alcun effetto negativo sulla soddisfazione e sul benessere (Huxhold et al., 2014).

Anche gli stereotipi legati alla vecchiaia possono ostacolare la partecipazione sociale delle persone anziane: particolarmente diffusa è, ad esempio, l'idea che le persone anziane abbiano bisogno di aiuto e assistenza. Così facendo, si dimentica tuttavia che ci sono molte persone, anche in età avanzata, che sentono il bisogno di sentirsi utili (Kruse, 2017).
Il 31% delle persone sopra i 75 anni riferisce di sentirsi occasionalmente solo, mentre per il 5% la solitudine è una sensazione piuttosto frequente o molto frequente. La solitudine è un sentimento che colpisce maggiormente le donne, anche in età avanzata. Infatti, mentre tra gli uomini sopra i 75 anni il 26% riferisce di sentirsi talvolta o spesso solo, tra le donne la quota corrispondente sale al 44%. (Fonte: Ufficio federale di statistica – Indagine sulla salute in Svizzera, 2022)

In Svizzera, il rischio di isolamento sociale o di scarso sostegno sociale risulta essere particolarmente elevato nelle seguenti categorie sociali (Bachmann, 2014; Jäggi et al., 2025):

- persone con risorse finanziarie limitate e un basso livello di istruzione
- persone con un'esperienza migratoria
- famiglie monoparentali
- persone che vivono da sole (in particolare uomini senza una compagna o un compagno di vita)
- persone affette o guarite da una malattia psichica

Da notare il forte aumento del senso di solitudine tra le donne, in età adolescenziale, giovane età adulta ed età avanzata.

2.4 Come si sviluppano le risorse sociali?

Età, sesso, limitazioni di salute, determinati tratti della personalità e capacità (ad es. competenze sociali e capacità di comunicazione) influiscono sulle possibilità di creare una buona rete di contatti e di ricevere sostegno. Per determinati gruppi di persone, che si trovano in una situazione particolarmente vulnerabile o hanno difficoltà a relazionarsi con altre persone a causa di problemi di salute, promuovere le competenze sociali può essere una soluzione sensata ed efficace in quanto permette di **fornire a**

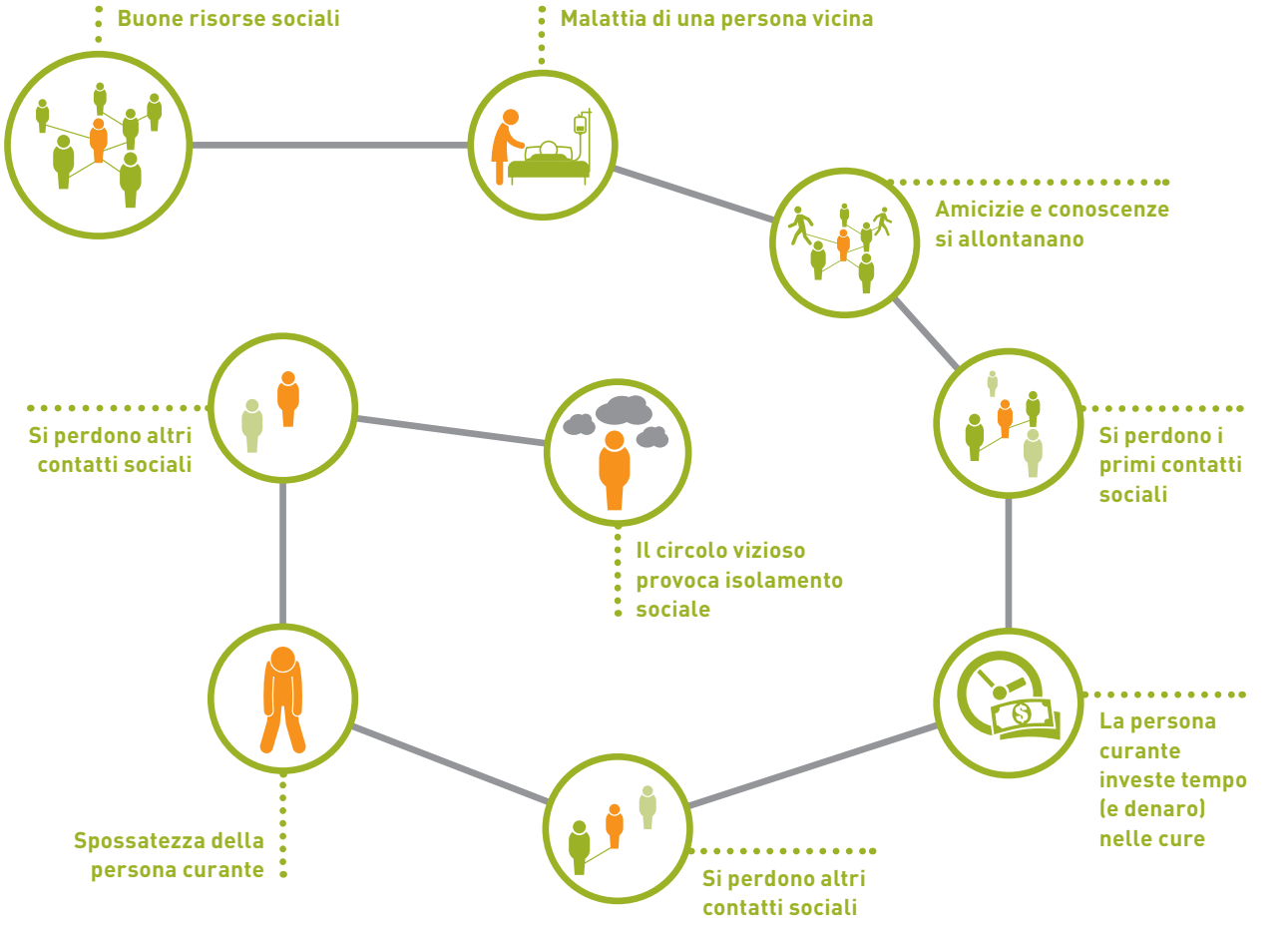
queste persone gli strumenti necessari per la loro partecipazione sociale (cfr. opuscolo Competenze di vita e salute psichica in età avanzata e foglio di lavoro Promozione delle competenze di vita in età avanzata). Anche la situazione sociale attuale e l'ambiente materiale in cui una persona o una famiglia si trova sono rilevanti per lo sviluppo delle risorse sociali. Il contesto abitativo immediato, ovvero il quartiere in cui si abita e si trascorre principalmente il proprio tempo, riveste una grande importanza, soprattutto nell'infanzia e in età avanzata. Idealmente, questo ambiente di vita deve essere strutturato in modo tale da promuovere le occasioni di incontro nel quotidiano e permettere a tutte e tutti di sentirsi al sicuro negli spazi pubblici (Hugentobler et al., 2024).

La promozione della salute presta particolare attenzione alle persone e ai gruppi la cui partecipazione sociale risulta difficoltosa, sia perché vivono in un contesto di vita svantaggiato, sia per problemi di salute (ad es. limitazioni di mobilità o difficoltà di comunicazione in età avanzata) o per motivi sociali (ad es. discriminazione a causa dell'origine, della religione o delle condizioni di povertà).

2.5 Il rischio dei circoli viziosi

Nel processo, appena descritto, che intercorre tra la persona e il suo ambiente di vita può instaurarsi un **circolo vizioso** che provoca un progressivo indebolimento delle risorse di una persona o di una famiglia. Se una persona, ad esempio, evita i contatti sociali per il timore di essere respinta, a causa di spossatezza o a seguito di una malattia psichica, a lungo andare perderà le sue persone di riferimento, perché anche loro tenderanno ad allontanarsi in seguito ai contatti unilaterali. Questo non farà altro che rafforzare la condizione di sofferenza e indebolire ulteriormente le risorse personali (ad es. il senso di autostima).

CIRCOLO VIZIOSO



La presenza di questo circolo vizioso è evidente se prendiamo l'esempio dei **familiari curanti:** i genitori che si prendono cura in casa di una figlia o di un figlio gravemente malato si rendono conto che, nel momento di massima sollecitazione, la loro rete sociale è formata quasi esclusivamente da figure professionali con le quali intrattengono contatti quotidiani (ad es. spitex pediatrico). Questi genitori riferiscono di non avere più né tempo né energie a disposizione per coltivare contatti «normali» e che amiche, amici e conoscenti si allontanano (Inglin et al., 2011). Anche i cosiddetti «young carer», ovvero bambine, bambini e adolescenti che si prendono cura di familiari, sperimentano un senso di isolamento sociale a causa del considerevole tempo dedicato all'attività di cura, della crescente spossatezza e talvolta anche per un senso di vergogna (Leu et al., 2018). Lo stesso capita anche nel caso delle persone anziane che assistono, ad esempio, la propria compagna o il proprio compagno di vita. Il rischio di isolamento sociale e solitudine aumenta man mano che le attività di assistenza e cura dispossatezza e del senso di sopraffazione.

Suddetto rischio interessa anche i **genitori single** che, nella maggior parte dei casi, hanno poco tempo a disposizione e anche limitati mezzi finanziari. Sebbene avrebbero fortemente bisogno di una buona rete di contatti e di un adeguato sostegno sociale per poter far fronte alle sfide quotidiane, si trovano spesso in una condizione di isolamento sociale e di solitudine (Bachmann, 2014).

Questi circoli viziosi affliggono anche **le persone e le famiglie che vivono in condizione di povertà.** La crescente precarietà, la perdita del posto di lavoro o gli spazi abitativi ristretti, senza possibilità di ricevere visite, ostacolano i contatti sociali e, per un senso di vergogna o anche per la mancanza di possibilità finanziarie, aprono le porte all'isolamento sociale. L'isolamento di persone che vivono una difficile situazione di vita è correlato anche al principio della reciprocità sopra menzionato, ovvero all'equilibrio tra dare e ricevere.

Nel 2023, in Svizzera 102 000 minori di età compresa tra 0 e 17 anni nonché 37 000 giovani tra i 18 e i 24 anni vivevano in condizione di povertà. Si tratta spesso di bambine e bambini, ragazze e ragazzi che vivono in un nucleo famigliare monoparentale, nella maggior parte dei casi con la madre. In Svizzera, tra il 2010 e il 2022 il numero di famiglie monoparentali è aumentato considerevolmente, passando da 100 000 a 125 000 unità (il 14% dell'insieme delle famiglie con figlie e figli al di sotto dei 18 anni). Nel 2023, il tasso di povertà tra le famiglie monoparentali con figlie e figli di età inferiore ai 17 anni era pari al 14%, pari quasi al triplo del medesimo tasso tra le famiglie composte da entrambi i genitori e da figlie e figli della stessa età. (Fonte: Ufficio federale di statistica – Statistica dei redditi e delle condizioni di vita, SILC-2023)



2.6 Perché per alcune persone è particolarmente difficile chiedere o accettare aiuto?

Ci sono persone che non ricevono alcun sostegno, né nel quotidiano né nelle situazioni difficili, perché non sono in grado o non vogliono mostrare di avere bisogno di aiuto o chiedere aiuto. Questa situazione può avere ripercussioni negative sia sulla salute mentale che su quella fisica della persona coinvolta. Le cause per cui una persona non chiede o non riesce ad accettare un aiuto esterno sono molteplici e possono essere sia di natura personale che ambientale. Per riuscire a creare strutture e offerte di promozione della salute che rendano più accessibile il sostegno sociale anche a queste persone è importante comprendere quali sono le cause alla base del problema, nella consapevolezza che sono molteplici e che non esiste una soluzione «passe-partout». Di seguito riportiamo i principali ostacoli identificati nella letteratura scientifica (ad es. Kessler, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021; Walters et al., 2001; Gianola, 2025):

- **Bisogno di reciprocità:** il bisogno di un equilibrio tra dare e ricevere può rendere estremamente difficile per le persone in una condizione di precarietà sociale l'accettazione di aiuto poiché temono di non essere in grado di restituire il sostegno ricevuto, a causa ad esempio della propria situazione di povertà o di una situazione familiare difficile.
- **Timore di sovraccaricare la persona che presta aiuto:** al bisogno di reciprocità si aggiunge la preoccupazione di sovraccaricare l'altra persona con la propria richiesta di aiuto o sostegno. Si vuole evitare di «essere di peso».
- **Incongruenza con l'immagine di sé come persona autonoma:** le persone che hanno aspettative molto elevate in termini di autonomia personale si scontrano con una barriera quando devono chiedere aiuto perché ammettere di dover dipendere da un'altra persona è in contrasto con l'immagine che hanno di sé stesse. L'immagine di sé può essere influenzata da norme sociali, associate ad esempio al concetto della mascolinità o della genitorialità ideale.
- **Presenza di uno stigma:** le vittime di uno stigma sociale temono (in parte a ragione) che non riceveranno un aiuto per motivi di discriminazione, che saranno considerate incapaci (ad es. genitori con una malattia psichica o una dipendenza) o che subiranno conseguenze sociali o giuridiche negative se ammettono di aver bisogno di aiuto.
- **Timore di perdere la propria libertà di autodeterminazione:** le persone in condizioni di precarietà temono spesso che non saranno più prese sul serio o che non sarà più rispettata la loro capacità di autodeterminarsi se chiedono o accettano un aiuto. Aspettative negative di questo genere sono influenzate anche da norme sociali e processi di discriminazione, ad esempio nel caso delle famiglie monoparentali in condizione di povertà o delle persone anziane fragili.
- **Sensazione che non vi sia una persona di riferimento adeguata nella propria rete sociale:** un ostacolo alla ricerca di aiuto può anche essere rappresentato dal fatto che la persona ritiene (a torto o a ragione) che all'interno della sua rete sociale non vi sia nessuno in grado di fornire l'aiuto necessario. Un buon esempio in questo caso può essere la cura di un familiare: se la persona malata ha bisogno di assistenza notturna o se la relazione è complicata a causa di malattie psichiche o dementigene, la persona che se ne prende cura farà fatica a chiedere aiuto poiché teme che sia un onere eccessivo per una persona esterna.

Queste barriere, che ostacolano l'accesso alla partecipazione e al sostegno sociale, si possono affrontare a diversi livelli. A livello strutturale e sociale è, ad esempio, importante contrastare la precarietà e lo stigma nei confronti di alcune fasce della popolazione, mentre nell'ambito dei progetti e programmi di promozione della salute e prevenzione nonché nell'ambito terapeutico e delle cure bisogna assicurare e promuovere la capacità di autodeterminazione delle persone in condizione di vulnerabilità. Nel dialogo diretto con le persone coinvolte (ad es. familiari curanti) è importante parlare degli atteggiamenti che ostacolano la ricerca di sostegno (cfr. la parte 2 Raccomandazioni di intervento).

Di seguito passiamo in rassegna alcune categorie della popolazione che denotano un rischio particolarmente elevato di non chiedere o accettare aiuto e che vanno tenute in particolare considerazione negli interventi orientati a gruppi target specifici. Rientrano in questa categoria gli uomini con un'immagine tradizionale della mascolinità, i genitori e le famiglie monoparentali nonché le persone anziane in condizione di fragilità. Da notare che il seguente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Uomini con un'immagine di mascolinità tradizionale

Gli uomini (o in genere le persone) che si identificano in norme di mascolinità tradizionali fanno molta fatica a chiedere o accettare aiuto. Tra le caratteristiche considerate tradizionalmente maschili figurano, ad esempio, la capacità di controllare le proprie emozioni, di mantenere sempre la propria indipendenza e di dare la priorità al lavoro e non alla vita privata. In particolare l'esigenza di saper controllare le proprie emozioni e di rimanere indipendenti e autonomi in qualsiasi circostanza impedisce a queste persone di ammettere, in primo luogo a sé stesse e poi verso l'esterno, che hanno bisogno di aiuto. Persone con una credenza di questo genere rischiano maggiormente di non parlare con nessuno dei propri problemi emotivi e di non chiedere aiuto nemmeno in presenza di problemi psichici gravi, il che può portare a un rischio accresciuto di suicidio in presenza di una forte sofferenza psicologica (Benakovic et al., 2025; McDermott et al., 2018).

Genitori (single)

La genitorialità, e in particolare la gestione di una famiglia monoparentale, può essere fonte di stress e tensioni, che a lungo andare possono portare alla spossatezza fisica e compromettere la salute mentale (ad es. burnout genitoriale). In particolare nel periodo intorno alla nascita e nei primi mesi di vita della bambina o del bambino, sono piuttosto diffusi i casi di depressione e ansia nei genitori. Per molti genitori, la presenza di un sostegno pratico ed emotivo da parte della famiglia e di altre figure di riferimento del proprio entourage sociale è fondamentale per il mantenimento della salute mentale e la prevenzione del burnout genitoriale. In funzione della propria immagine di sé, della condizione socioeconomica e delle norme sociali, per i genitori può essere più o meno difficile chiedere o accettare aiuto. Un ostacolo in questo contesto può essere rappresentato dalla convinzione che una «buona madre» o un «buon padre» debbano essere in grado di gestire la propria famiglia in autonomia (Goldberg & Frost, 2025; VanAntwerp et al., 2025).

Alcuni genitori, appartenenti a gruppi minoritari e vittime di discriminazioni, tendono ad evitare di chiedere aiuto, sia nella propria rete sociale che in un contesto professionale, poiché temono che le loro capacità e responsabilità genitoriali possano essere messe in discussione o persino che si arrivi a un allontanamento delle figlie e dei figli dalla famiglia. Questi timori sono particolarmente diffusi tra i genitori appartenenti alla comunità LGBTIQ+, in condizioni di povertà, con un passato migratorio o affetti da una malattia psichica o una dipendenza (Goldberg & Frost, 2025; Mazı et al., 2024; VanAntwerp et al., 2025).

Persone anziane e familiari curanti

Molti degli ostacoli succitati, come il bisogno di reciprocità o il timore di perdere la propria libertà di autodeterminazione, si applicano in particolar modo alla popolazione in età avanzata. Dalla letteratura scientifica, dalle testimonianze delle persone anziane e dai colloqui con le figure professionali attive nel campo della promozione della salute e della prevenzione emergono in particolare le seguenti problematiche (cfr. Kessler, 2022):

Le **persone anziane** devono fare i conti con un graduale e, a lungo termine, inesorabile declino fisico e cognitivo. La crescente fragilizzazione fa emergere il problema della reciprocità. Molte persone anziane non vogliono essere di peso alla loro famiglia o al loro entourage, non vogliono essere la persona che ha solo bisogno di aiuto, vogliono anche poter contraccambiare (Kruse, 2017). Spesso, inoltre, le persone in età avanzata devono fare i conti con immagini stereotipate della vecchiaia che le feriscono, le limitano nella loro libertà di autodeterminazione e alle quali cercano di opporsi. Di conseguenza, alcune persone anziane evitano di dipendere dall'aiuto esterno perché così facendo rafforzerebbero uno stereotipo negativo, che si ripercuoterebbe sulla loro autostima. La maggior parte delle persone anziane in Svizzera desidera inoltre rimanere a casa propria, in un contesto familiare, fino alla propria morte (Stettler et al., 2018). Ammettere di non essere più in grado di gestire in autonomia la propria vita quotidiana e di aver bisogno di sostegno potrebbe essere inteso come un primo passo verso un inevitabile ricovero in una casa di riposo. Ci sono quindi molte persone anziane che, per paura, nascondono la crescente fragilità e si ritirano dalla vita sociale per evitare di «mettere a nudo» le proprie difficoltà, diventando invisibili man mano che la loro condizione si aggrava (Haslbeck et al., 2015).

Per le **persone anziane che si prendono cura di una compagna o di un compagno di vita**, la promessa di prendersene cura fino alla fine dei suoi giorni può trasformarsi in una sorta di trappola, che impedisce loro di chiedere il sostegno di cui hanno urgente bisogno. Nonostante la persona curante sia da tempo sopraffatta dall'onere di cura, evita di chiedere aiuto perché questo gesto potrebbe essere interpretato come un «tradimento» nei confronti della partner o del partner.

Tra le persone anziane e i membri più giovani della famiglia possono inoltre sorgere **tensioni intergenerazionali** se le aspettative reciproche non coincidono o non vengono comunicate chiaramente. A questo si aggiunge il fatto che le famiglie immigrate da poco tempo in Svizzera e scarsamente integrate spesso non conoscono bene il sistema svizzero di presa a carico delle persone anziane e le offerte di sostegno ai familiari curanti. Un altro problema osservato nelle famiglie con un'esperienza migratoria riguarda la credenza, da parte delle generazioni più giovani, che i genitori o i suoceri si aspettino da loro una presa a carico completa, mentre i genitori sono pienamente consapevoli della situazione in Svizzera. Questa percezione errata delle aspettative genitoriali può ostacolare la ricerca di assistenza e sostegno (Gerber & Hungerbühler, 2018).



Parte 2: Raccomandazioni di intervento

3 Cosa si può fare a livello cantonale e comunale per promuovere le risorse sociali?

In linea di massima, la promozione delle risorse sociali dovrebbe essere considerata un elemento centrale della salute pubblica (Public Health), al pari della messa a disposizione di acqua potabile. Un concetto olistico di promozione per l'intera popolazione comprende aspetti di politica sociale e sanitaria, diritto del lavoro (ad es. in riferimento alle condizioni d'impiego nel settore dell'accoglienza e dell'assistenza per l'infanzia e la terza età), sviluppo territoriale e urbano, politica della mobilità, eliminazione delle barriere architettoniche per le persone con disabilità. Nei comuni si può promuovere la partecipazione sociale delle famiglie o delle persone anziane in stato di povertà mediante, ad esempio, un'offerta gratuita di iniziative culturali e per il tempo libero. La promozione della salute può sensibilizzare altri settori della politica in merito alle condizioni quadro che hanno un impatto favorevole o

I progetti e le misure che si prefiggono di promuovere le risorse sociali dovrebbero soddisfare i seguenti criteri:

- volontarietà della partecipazione
- partecipazione ed empowerment del gruppo target
- accesso a bassa soglia o accesso tramite persone di fiducia che agiscono da intermediari (ad es. personale dei servizi di cura e assistenza a domicilio, medici di famiglia, lavoro sociale di prossimità, insegnanti)
- creazione di dinamiche di autoaiuto che consentono alle persone vulnerabili di conoscersi e di aiutarsi reciprocamente (da privilegiare alle offerte di aiuto e contatto classiche)

Di seguito alcuni principi chiave per permettere alle persone in condizione di vulnerabilità di accettare un sostegno:

- Le offerte di sostegno dovrebbero sempre essere configurate in modo tale da rispettare la dignità e rafforzare l'autodeterminazione delle persone in situazione di vulnerabilità. È importante prendere sul serio i loro timori riguardo a una perdita di autonomia e autodeterminazione e offrire un sostegno finalizzato all'empowerment delle persone coinvolte. Questo implica l'adozione di un approccio partecipativo e di una comunicazione tra pari.
- Nell'ambito della promozione delle competenze di salute bisogna tenere in considerazione anche le competenze sociali e l'atteggiamento delle persone coinvolte, per rafforzare la loro capacità di dare e ricevere aiuto. In questo contesto è importante incoraggiare la consapevolezza che chiedere aiuto in determinate situazioni è un segno di forza e non di debolezza e sviluppare la capacità di comunicare in modo chiaro aspettative e bisogni reciproci.
- Per riuscire a raggiungere quelle persone che fanno fatica ad accedere alle offerte di sostegno esistenti a causa di uno stigma sociale, servono misure che contribuiscano a ridurre gli atteggiamenti stigmatizzanti e la discriminazione in generale. Tra queste misure figurano, ad esempio, le campagne e le misure di sensibilizzazione contro la discriminazione delle persone di colore o appartenenti alla comunità LGBTIQ+. In questo contesto si sono rivelate particolarmente utili le offerte specifiche per le vittime di uno stigma sociale basate sull'approccio tra pari (ad es. per persone affette da malattie psichiche e comunità migranti).

Fonti: Weber & Hösli (2020), Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021), Kessler (2022), Kruse (2017), Bühler et al. (2025), Zumbrunn et al. (2025)

sfavorevole sulle risorse sociali dei diversi gruppi della popolazione (ad es. mediante la collaborazione in gruppi di lavoro interdipartimentali, la redazione di pareri su proposte di legge o la preparazione di argomentazioni).
Le infrastrutture socioculturali (ad es. i centri di animazione per l'infanzia o la gioventù o i centri di quartiere) forniscono un prezioso contributo alla **promozione delle risorse sociali in un comune o in un quartiere** (misure di impronta universale). Si tratta di luoghi di incontro e partecipazione accessibili a tutte e tutti, che si occupano del coordinamento del volontariato e, all'occorrenza, propongono offerte di aiuto concreto. Un contesto di vita importante per l'infanzia e l'adolescenza è anche la scuola. Gli istituti che riescono a sviluppare e integrare processi partecipativi nel contesto scolastico svolgono un ruolo di fondamentale importanza nella promozione della partecipazione sociale di bambine, bambini e adolescenti.
Di seguito presentiamo alcuni importanti indirizzi strategici per la realizzazione di misure cantonali e comunali, mettendo in evidenza gli elementi rilevanti per la promozione mirata delle risorse sociali e menzionando alcuni progetti esemplificativi. Questa presentazione non ha alcuna pretesa di esaustività. Una parte dei progetti è di competenza di altri settori politici. Nella **lista di orientamento** (disponibile in francese e tedesco), Promozione Salute Svizzera consiglia dei progetti che possono essere avviati nell'ambito dei programmi d'azione cantonali.

3.1 Infanzia e adolescenza

Per questa fascia d'età proponiamo cinque possibili indirizzi strategici per misure e progetti tesi alla promozione delle risorse sociali.

Sostegno precoce per bambine e bambini di famiglie svantaggiate, incluso il supporto ai genitori

Nell'ambito del sostegno alla prima infanzia esistono diversi programmi di comprovata efficacia e già consolidati, come schritt:weise o PAT – Imparo con i genitori, che promuovono, da un lato, lo sviluppo infantile e, dall'altro, la messa in rete a livello locale delle bambine, dei bambini e dei loro genitori, incentivando così la loro partecipazione sociale. L'integrazione e la messa in rete sociale delle bambine e dei bambini provenienti da famiglie svantaggiate avvengono anche attraverso i loro genitori perché l'isolamento sociale dei genitori si ripercuote sulle figlie e sui figli. Raccomandiamo pertanto di realizzare anche delle offerte per la messa in rete e il rafforzamento dei genitori che, per mancanza di risorse o a causa di un carico eccessivo, sono a rischio di isolamento sociale. Ne è un esempio il programma femmesTISCHE.

Elementi importanti: i progetti in questo ambito dovrebbero essere orientati a un rafforzamento delle figlie, dei figli e dei genitori, metterli in rete nel luogo di domicilio e nel tempo libero, nonché consentire il sostegno sociale reciproco.

Esempi di progetti: offerte di quartiere e visite a domicilio – primano

Sostegno e accompagnamento di famiglie con un genitore affetto da malattia psichica

Per questo approccio, oltre all'erogazione di prestazioni professionali, riveste importanza centrale la messa in rete con altre persone malate o che hanno superato la malattia (approccio di guarigione).

Elementi importanti sono l'offerta di un servizio (ad es. una piattaforma online) che consenta di trovare aiuto e contatti, nonché un'assistenza domiciliare e l'accompagnamento da parte di persone attive nell'ambito del volontariato.

Esempi di progetti: piattaforma per bambine, bambini e adolescenti con un genitore affetto da una dipendenza – mamatrinkt.ch, papatrinkt.ch; piano per l'accompagnamento di bambine, bambini e adolescenti confrontati con la malattia psichica di un genitore – Parcours ZigZag di As'trame; progetto di padrinato e piattaforma – Associazione Periparto; informazioni per professionisti dell'istituto Kinderseele Schweiz; informazioni per giovani familiari curanti sui siti web www4.ti.ch/dss/dasf/campagne/giovani-familiari-curanti (IT), ciao.ch (FR) e feel-ok.ch (DE)



Sostegno e alleggerimento del carico per famiglie monoparentali

Per le famiglie monoparentali sono attive, sull'intero territorio svizzero nonché a livello regionale, diverse offerte di consulenza e aiuto, ma ad oggi il numero di iniziative per la messa in rete reciproca è ancora molto limitato. Consigliamo di realizzare offerte che prevedano incontri regolari al fine di agevolare i contatti sociali e promuovere il sostegno sociale tra i membri del gruppo. Le offerte dovrebbero essere a bassa soglia nonché organizzate e coordinate in modo professionale (ad es. Zusammen essen – Zusammen sein). In alcune città e regioni della Svizzera esistono associazioni che aiutano i genitori single e offrono possibilità di contatto (ad es. in Ticino sono attive l'Associazione ticinese delle famiglie monoparentali e ricostituite ATFMR e l'Associazione genitori non affidatari AGNA).

Elementi importanti: è possibile promuovere le risorse sociali delle famiglie monoparentali offrendo loro la possibilità di partecipare maggiormente alla vita sociale (ad es. attraverso offerte ed eventi culturali o sportivi a prezzi accessibili). Parimenti importanti sono la promozione e il coordinamento dell'autoaiuto nonché il potenziamento delle competenze personali e sociali dei genitori.

Esempi di progetti: offerte culturali e per il tempo libero, gratuite e facilmente accessibili – MiniMove e Open Sunday della Fondazione ideesport; messa in rete locale di famiglie monoparentali – Zusammen essen – Zusammen sein, ATFMR, gruppi regionali della FSFM

Promozione di un buon clima di classe e di una cultura scolastica che interviene contro l'emarginazione e il mobbing nel contesto scolastico

Il clima sociale in ambito scolastico è decisivo per il benessere e la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti. Le insegnanti e gli insegnanti esercitano un forte influsso sull'ambiente scolastico tramite il loro stile di gestione della classe e le relazioni che instaurano con le allieve e gli allievi. Esistono programmi valutati, di comprovata efficacia, per la promozione di un buon clima di classe, per la prevenzione del mobbing o per un'efficace gestione di questo problema (Averdijk et al., 2015; Fabian et al., 2014).

Una panoramica esauriente delle possibilità attuali, una banca dati con esempi di «good practice» e un elenco di servizi specializzati cantonali e comunali sono disponibili sulla pagina dell'Istituto svizzero per la prevenzione della violenza www.sig-online.ch.

Elementi importanti: occorre mettere a disposizione risorse sufficienti per la realizzazione di programmi a lungo termine ed è necessario insistere sulla partecipazione e sul coinvolgimento di tutti gli attori del contesto scolastico.

Esempi di progetti: promozione delle competenze di vita e di un buon clima in ambito scolastico – MindMatters, MoMento, #standup – Iniziativa contro il mobbing, DENK-WEGE

Sviluppo dei quartieri a misura di bambino mediante strutturazione partecipativa del proprio contesto di vita come luogo di incontro e di empowerment

In linea di massima, nella pianificazione e nello sviluppo urbano occorre tenere in considerazione le esigenze di bambine, bambini e adolescenti affinché possano sostare e muoversi volentieri e in tutta sicurezza negli spazi pubblici. Questo è un presupposto importante per lo sviluppo delle risorse sociali. Particolarmente utile per la crescita e la salute mentale nell'infanzia è la creazione di spazi vicini alla natura e su misura, poco regolamentati, che lasciano ampia libertà di sperimentare e fare esperienze sensoriali e che stimolano l'organizzazione autonoma e l'autodeterminazione (ad es. il progetto Participlace).

Elementi importanti: un criterio fondamentale per i programmi e i progetti in questo ambito è l'approccio partecipativo che promuove l'empowerment di bambine, bambini e adolescenti nonché la creazione di spazi liberi e di luoghi di incontro e di gioco.

Esempi di progetti: progetti partecipativi per la creazione di spazi per il tempo libero – Spielraum.ch; Participlace, Linee guida sugli spazi ricreativi; spazio per la partecipazione e la messa in rete nell'animazione socioculturale dell'infanzia e della gioventù – Milchjugend; partecipazione infantile a livello comunale – Comune amico dei bambini

3.2 Persone anziane

Per la promozione delle risorse sociali in età avanzata abbiamo identificato quattro indirizzi strategici fondamentali: due si rivolgono a gruppi vulnerabili mentre altri due forniscono un contributo alla promozione della salute dell'intera popolazione anziana mediante programmi di impronta universale. Si consiglia di seguire in linea di principio un procedimento che parta dalle esigenze della popolazione locale, che metta in rete le risorse presenti sul posto e che includa anche i gruppi vulnerabili. Una descrizione di tale procedimento si trova nella guida alla pianificazione Promuovere la partecipazione sociale delle persone anziane nei comuni.

Integrazione di persone anziane che vivono in condizione di solitudine

Questo indirizzo strategico è rivolto a persone particolarmente vulnerabili, già socialmente isolate, e anche a persone a rischio di solitudine per via di un avvenimento critico (ad es. a causa di malattia, morte della o del partner, problemi di mobilità, trasferimento in un nuovo domicilio).

I progetti in questo ambito dovrebbero il più possibile:

- prevedere servizi di prossimità (ad es. visite a domicilio da parte di volontari, attività di quartiere);
- disporre di offerte di messa in rete a bassissima soglia ovvero accessibili per persone con limitazioni funzionali;
- promuovere le relazioni reciproche e rispondere alle esigenze individuali (gruppi per persone anziane, ma anche eventi intergenerazionali e legati a interessi specifici).

Elementi importanti: particolare attenzione dovrebbe essere prestata ad un accesso a bassa soglia. Le persone di fiducia di individui socialmente isolati (ad es. personale dei servizi di assistenza e cura a domicilio, persone che effettuano visite a domicilio e offrono servizi di accompagnamento, medici di famiglia, figure spirituali come pure parrucchiere e parrucchieri) possono eventualmente stabilire un primo contatto. È importante sensibilizzare e fornire gli strumenti necessari alle collaboratrici e ai collaboratori dei servizi a domicilio, che sono in continuo contatto con queste persone e spesso diventano la loro o il loro referente principale. Altrettanto importante è una buona messa in rete di tutti i servizi e le istituzioni attive nel settore della salute in età avanzata.



Esempi di progetti: coordinamento dei servizi di trasporto/visite – Pro Senectute, CRS; assistenza per l'organizzazione di momenti conviviali regolari – La Tavolata; intermediazione e primi contatti con gruppi di auto-aiuto – Auto-Aiuto Svizzera, Alzheimer Svizzera, Self-help friendly hospitals; formazione per moltiplicatori e moltiplicatrici «Einsamkeit und soziale Teilhabe im Alter» (solitudine e partecipazione sociale in età avanzata); offerte di messa in rete e sostegno per persone anziane queer; offerte di socializzazione a bassa soglia nella vita di tutti i giorni – Plauderkasse, malreden

Potenziamento delle risorse di persone anziane che si prendono cura di familiari

Ad oggi le offerte per l'alleggerimento del carico e per il sostegno di familiari curanti non vengono molto sfruttate (difficile accessibilità, scarsa notorietà ecc.). La CRS ha sviluppato una piattaforma informativa che presenta queste proposte suddivise per regioni e le rende accessibili. L'intento è salvaguardare i familiari curanti da un carico eccessivo, dalla spossatezza e dall'isolamento sociale che spesso si accompagna a queste condizioni (cfr. opuscolo Promozione della salute psichica delle persone che assistono e curano congiunti anziani). A questo scopo vengono offerti colloqui di consulenza e di sostegno con e senza appuntamento, anche per telefono. Inoltre, occorre offrire opportunità di scambio con altre persone interessate dagli stessi problemi in un'ottica di auto-aiuto (ad es. Espace Proches della città di Losanna, con informazioni, sostegno, consulenza e un «Café des Proches»).

Elementi importanti: per i progetti e i programmi in questo ambito occorre prestare attenzione affinché l'offerta:

- sia adeguata alle limitate risorse temporali, e spesso anche finanziarie, del gruppo target;
- sia in grado di soddisfare in modo flessibile le esigenze e le possibilità del gruppo target;
- fornisca occasioni di messa in rete e scambio tra familiari curanti
- e al contempo offra o indichi opzioni alternative per l'assistenza dei familiari.

Esempi di progetti: alleggerimento del carico e messa in rete di familiari curanti – CRS, Pro Senectute, Alzheimer Svizzera, Daheim statt Heim; corso per incrementare le competenze e per la messa in rete dei familiari che assistono e si prendono cura di una persona con demenza – AEMMA; centro, servizio e punto d'incontro per familiari curanti a Losanna – Espace Proches

Aiuto di vicinato e coordinamento del lavoro dei volontariato

I progetti che consentono incontri nello spazio sociale ristretto e promuovono l'aiuto di vicinato rivestono grande importanza in particolare nelle città, dove la percentuale di persone che vivono da sole è elevata.

La **promozione del volontariato** concorre a dare significatività e a integrare le persone anziane attive così come a sostenere i gruppi particolarmente vulnerabili. Alcuni di questi programmi puntano alla reciprocità, ad esempio il progetto KISS, nell'ambito del quale volontarie e volontari si prendono cura di persone anziane. Il tempo che dedicano a questo progetto viene loro accreditato nel quadro di un 4° pilastro per un futuro prelievo.

Elementi importanti: in questo ambito gli esempi di progetti ben funzionanti sono numerosi. Il coordinamento e l'organizzazione dell'aiuto di vicinato possono essere realizzati da istituzioni radicate in loco (ad es. uffici per la gestione di quartiere, centri comunali) nonché su piattaforme online. In tal caso, per le persone che non hanno accesso a Internet occorre garantire una modalità di accesso alternativa. In questo contesto è determinante la possibilità di partecipare a una dinamica del dare e ricevere all'interno di una comunità nonché di intrattenere contatti sociali.

Esempi di progetti: il progetto geben&annehmen! mira a rafforzare il volontariato e prevede anche dei consigli per facilitare l'accettazione di aiuto; piattaforme per l'aiuto di vicinato nei quartieri – Nachbarschaftshilfe Zürich, Nachbarschaft Bern, vicino Luzern, più altri indicati nel capitolo «Progetti partecipativi per lo sviluppo di comuni, di quartieri e insediamenti» (a pagina 21); accompagnamento e assistenza di persone anziane con accredito di tempo – Verein KISS, Drehscheibe Nidwalden





Progetti partecipativi per lo sviluppo di comuni, quartieri e insediamenti

L'organizzazione dell'ambiente nel quale si muovono le persone anziane incide sulla loro possibilità di fare incontri e coltivare contatti sociali. Non da ultimo, anche sulla possibilità delle persone anziane di vivere a lungo autonomamente in casa propria. Un'opzione che favorisce lo sviluppo urbano partecipativo con il coinvolgimento delle persone anziane è rappresentata dalle **passeggiate di quartiere,** dagli eventi partecipativi o da altre forme di partecipazione. Nella città di Sciaffusa sono state organizzate delle passeggiate di quartiere nell'ambito del progetto «Quartierspaziergang mit Wirkung – Betroffene und Akteure gemeinsam unterwegs». Nel Canton Vaud è stato realizzato il programma «Quartiers Solidaires», che punta alla messa in rete e alla partecipazione delle persone anziane che abitano nei quartieri. Il programma prevede l'organizzazione sia di eventi di gruppo, sia di visite a domicilio al fine di formulare una «diagnosi» del quartiere dal punto di vista della popolazione anziana. Nel quartiere viene allestito un punto d'incontro dove è possibile svolgere attività e dare visibilità al programma.

Elementi importanti: per la promozione delle risorse sociali nel contesto abitativo delle persone anziane, questi progetti partecipativi per lo sviluppo del quartiere dovrebbero, da un lato, consentire un'effettiva partecipazione alla configurazione del proprio ambiente di vita e, dall'altro, offrire a chi partecipa l'occasione di avere uno scambio sociale e di creare una rete sociale. È altrettanto importante che a tali progetti possano partecipare anche persone con mobilità limitata o altre limitazioni funzionali.

Esempi di progetti: progetti partecipativi a livello comunale – ReliÂges, Lokal vernetzt älter werden, Réseau de soutien aux seniors; sviluppo di quartiere e messa in rete della popolazione anziana – Quartiers Solidaires, Altersfreundliches Frauenfeld: progetto AWIQ «Älterwerden im Quartier» (Invecchiare nel proprio quartiere); creazione di comunità solidali – Caring Communities

4 Bibliografia

Abi-Jaoude, E., Treurnicht Naylor, K. & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and youth mental health. *Canadian Medical Association Journal, 192*(6), E136–E141. https://doi.org/10.1503/cmaj.190434

Averdijk, M., Eisner, M., Luciano, E. C., Veldebenito, S. & Obsuth, I. (2015). *Per una prevenzione efficace della violenza. Uno sguardo sulle conoscenze a livello internazionale.* (giovanieviolenza.ch). Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa.* Obsan Dossier 27, p. 88. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Badura, P., Eriksson, C., García-Moya, I., Löfstedt, P., Melkumova, M., Sotiroska, K., Wilson, M., Brown, J. & Inchley, J. (2024). *A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada.* HBSC, vol. 7. World Health Organization.

Balsiger, N. & Delgrande Jordan, M. (2025). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Jugendlichen im Jahr 2022 und Entwicklung über die Zeit: Die Schweiz im internationalen Vergleich.* Sucht Schweiz. https://doi.org/10.58758/rech176

Benakovic, R., Liddle, S., Scurrah, K., Tsindos, G., Reynolds, K. & King, K. (2025). Exploring the Influence of Masculine Norms on Suicidal Ideation and Help-Seeking Behavior: Findings From a Longitudinal Cohort Study of Australian Men. *Crisis, 46*(1), 7–16. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000976

Bigler, C., Pita, Y. & Amacker, M. (2024). *Psychische Gesundheit von jungen Frauen.* Mandat für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern.

Boden-Stuart, Z. (with Larkin, M.) (2024). *Relationships and Mental Health: Relational Experience in Distress and Recovery* (1st ed). Springer International Publishing AG.

Brunner, S. (2016). Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit (Vorschulalter). In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne.* Bericht 6. Gesundheitsförderung Schweiz.

Bühler, S., Fabian, C., Käser, N., Zumbrunn, A., Kühr, J., Arbel, A., Zürcher, K., Csupor, I. & Bachmann, N. (2025). *Erklärfilm «Gesundheit beginnt mit Beteiligung».* Consultato il 19.01.2026 su https://www.gesundheitsfoerderung-praevention.ch/erklaerfilme/

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging, 25*(2), 453–463. https://doi.org/10.1037/a0017216

Eisenberger, N. I. (2015). Social Pain and the Brain: Controversies, Questions, and Where to Go from Here. *Annual Review of Psychology, 66*(1), 601–629. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115146

Fabian, C., Käser, N., Klöti, T. & Bachmann, N. (2014). *Leitfaden. Good-Practice-Kriterien Prävention von Jugendgewalt in Familie, Schule und Sozialraum.* (jugendundgewalt.ch). Bundesamt für Sozialversicherungen.

Gerber, M.-L. & Hungerbühler, H. (2018). *Lebenssituation und Bedürfnisse der älteren tamilischen Migrationsbevölkerung in der Schweiz.* Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Gesundheit und Integration. Abgerufen am 19.01.2026 von https://www.migesplus.ch/publikationen/aeltere-tamilinnen-tamilen

Gianola, G. (2025). *Monitoraggio sulle risorse per la salute mentale 2025.* Foglio d'informazione 124. Promozione Salute Svizzera.

Goldberg, A. E. & Frost, R. L. (2025). "Saying 'I'm not okay' is extremely risky": Postpartum mental health, delayed help-seeking, and fears of the child welfare system among queer parents. *Family Process, 64*(1), e13032. https://doi.org/10.1111/famp.13032

Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie.* Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.

Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I. & Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen.* Obsan Dossier 46. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218–227. https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8

Hong, J. H., Nakamura, J. S., Berkman, L. F., Chen, F. S., Shiba, K., Chen, Y., Kim, E. S. & VanderWeele, T. J. (2023). Are loneliness and social isolation equal threats to health and well-being? An outcome-wide longitudinal approach. *SSM – Population Health, 23,* 101459. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101459

Hugentobler, V., Seifert, A., Höpflinger, F. & Age-Stiftung (Eds). (2024). *Wohnen und Nachbarschaft im Alter.* Seismo.

Huxhold, O., Miche, M. & Schüz, B. (2014). Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(3), 366–375. https://doi.org/10.1093/geronb/gbt029

Inglin, S., Hornung, R. & Bergstraesser, E. (2011). Palliative care for children and adolescents in Switzerland: A needs analysis across three diagnostic groups. *European Journal of Pediatrics, 170*(8), 1031–1038. MEDLINE®. https://doi.org/10.1007/s00431-011-1398-5

Jäggi, J., Höglinger, D., Lätsch, D. & Jud, A. (2025). *Salute mentale nel contesto sociale. Rapporto nazionale sulla salute 2025.* Obsan.

Kessler, C. (2022). *Wie lässt sich die Annahme von Unterstützung im Alter fördern? Eine Analyse für die Zielgruppen der älteren Menschen und betreuenden Angehörigen.* Arbeitsdokument zuhanden von Gesundheitsförderung Schweiz basierend auf Erfahrungsberichten in verschiedenen Austausch-Anlässen in den Jahren 2020/21 und ausgewählten Studien und Berichten.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). *Kriterien für gute Praxis der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung.* Abgerufen am 19.01.2026 von https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf

Köster, F. & Lipps, O. (2024). How loneliness increased among different age groups during COVID-19: A longitudinal analysis. *European Journal of Ageing, 21*(1), 2. https://doi.org/10.1007/s10433-023-00798-3

Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife.* Springer.

Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018). Young carers and young adult carers in Switzerland: Caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health & Social Care in the Community, 26*(6), 925–934. https://doi.org/10.1111/hsc.12622

Mahalik, J. R. & Di Bianca, M. (2021). Help-seeking for depression as a stigmatized threat to masculinity. *Professional Psychology: Research and Practice, 52*(2), 146–155. https://doi.org/10.1037/pro0000365

Mazı, H., Makowsky, K., Parchow, A. & Rademaker, A. L. (2024). Inanspruchnahme Früher Hilfen durch suchterkrankte Schwangere und Mütter. *Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung 20*(4), 10–12.

McDermott, R. C., Smith, P. N., Borgogna, N., Booth, N., Granato, S. & Sevig, T. D. (2018). College students' conformity to masculine role norms and help-seeking intentions for suicidal thoughts. *Psychology of Men & Masculinity, 19*(3), 340–351. https://doi.org/10.1037/men0000107

Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022.* Obsan Bericht 02/2023. Obsan.

Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Eds) (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (1. Auflage). Verlag Hans Huber.

Stettler, P., Bischof, S. & Bannwart, L. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009. Schlussbericht.* Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik. Büro BASS.

Ufficio federale di statistica UFS. *Indagine sui redditi e sulle condizioni di vita (SILC).* Consultato il 19.01.2026 su https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/situazione-economica-sociale-popolazione/rilevazioni/silc.html

Ufficio federale di statistica UFS. *Tabelle ISS22.* Consultato il 19.01.2026 su https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb/ergebnisse-publikationen.html

VanAntwerp, J., Lawson, K., Diaz, A., Tatum, A. & Salinas-Quiroz, F. (2025). Parental Burnout in LGBTQ+ Parents: Examining the Role of Sexual Minority Stress. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal,* 1–21. https://doi.org/10.1080/27703371.2025.2453165

Vogel, E. A., Rose, J. P., Okdie, B. M., Eckles, K., & Franz, B. (2015). Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Personality and Individual Differences, 86,* 249–256. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.026

Wahring, I. V., Simpson, J. A. & Van Lange, P. A. M. (2024). Romantic Relationships Matter More to Men than to Women. *Behavioral and Brain Sciences,* 1–64. https://doi.org/10.1017/S0140525X24001365

Waldinger, R. J. & Schulz, M. S. (2010). What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging, 25*(2), 422–431. https://doi.org/10.1037/a0019087

Waller, G., Bernath, J. & Hengarter, M. P. (2025). *Media digitali: opportunità e rischi per la salute. Rapporto nazionale sulla salute 2025.* Obsan.

Walters, K., Iliffe, S. & Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice, 18*(3), 277–282. https://doi.org/10.1093/fampra/18.3.277

Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Pari opportunità nella promozione della salute e nella prevenzione Approcci di comprovata efficacia e criteri di successo.* UFSP, PSCH, CDS.

Zumbrunn, A., Sephania, S., Bachmann, N., Bühler, S., Kühr, J., Arbel, A., Zürcher, K. & Csupor, I. (2025). *Erklärfilm «Zugang zu Angeboten ermöglichen».* Consultato il 19.01.2026 su https://www.gesundheitsfoerderung-praevention.ch/erklaerfilme/