



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea magistrale

**Solitudine e vedovanza dopo la pandemia di COVID-19:
una revisione sistematica**

Loneliness and widowhood after Covid Pandemic: a systematic review

Relatore

Prof. Sabrina Cipolletta

Correlatore esterno

Prof. Diego De Leo

Laureanda: Martina Ranieri

Matricola: 2017895

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1- Lutto nella popolazione anziana durante la pandemia di COVID-19	6
1.1 La pandemia di COVID-19	6
1.1.1 La sofferenza degli anziani.....	8
1.2 Il lutto	9
1.2.1 Rassegna storica	12
1.2.2 Lutto come patologia.....	15
1.2.3 Lutto coniugale.....	21
1.3 Lutto traumatico	25
1.3.1 Elaborazione del lutto durante la pandemia	30
Capitolo 2 - Solitudine e isolamento sociale nella popolazione anziana	36
2.1 I fenomeni della solitudine e dell'isolamento sociale	36
2.1.1 Prevalenza del fenomeno.....	40
2.1.2 Conseguenze sulla salute mentale, fisica e sulla qualità della vita.....	44
2.1.3 Rilevanza nella popolazione anziana	48
2.2 Effetti della pandemia di COVID-19 sulla solitudine e sull'isolamento sociale.....	51
2.3 Effetti della vedovanza sulla solitudine e sull'isolamento sociale	53
Capitolo 3 - Metodologia di ricerca	57
3.1 Obiettivo.....	57
3.2 Metodo	57
3.2.1 Strategia di ricerca.....	57
3.2.2 Criteri di eleggibilità	58
3.2.3 Processo di selezione.....	59
3.2.4 Processo di raccolta dei dati	59
Capitolo 4 - Risultati	61
4.1 Caratteristiche degli studi selezionati.....	62
4.2 Caratteristiche degli studi esclusi.....	70
Capitolo 5 - Discussione	72
Conclusione	77
Riferimenti bibliografici	79
Riferimenti sitografici	98

Introduzione

Il COVID-19 è un virus appartenente alla famiglia dei coronavirus, per la prima volta identificato nell'uomo nel 2019, in Cina. La pandemia rappresenta una minaccia per la salute globale e una delle principali cause di morte a livello mondiale. Ad oggi, si contano più di due milioni di decessi solamente in Italia (*Who Health Emergency Dashboard*) e sono pertanto numerose le persone che hanno subito delle perdite significative.

In associazione alle morti avvenute per COVID-19, alcune ricerche sostengono che l'esperienza di una perdita improvvisa, in terapia intensiva, combinata con l'esposizione a molteplici *stressor* secondari (ad esempio il contagio, l'isolamento sociale, lo sconvolgimento delle tradizioni legate ai rituali di morte, ecc.) suscita reazioni più problematiche al lutto (Eisma et al., 2020; Kokou-Kpolou et al., 2020; Morris et al., 2020) e contribuisca alla possibilità di sviluppare un lutto prolungato.

Inoltre, uno studio quantitativo (Eisma et al., 2020) ha dimostrato la presenza di un dolore più acuto nelle persone che hanno affrontato un lutto durante la pandemia, rispetto a chi ha subito una perdita nel periodo che l'ha preceduta.

In particolare, il lutto coniugale è considerato uno tra gli eventi più significativi della vita, in grado di provocare conseguenze importanti, soprattutto per gli anziani (Gallagher et al., 1981). Questo tipo di perdita in questa fascia della popolazione è infatti associata ad un aumento del rischio di episodi depressivi (Bruce et al., 1990), di suicidio (Blazer et al., 1986) e ad una compromissione della salute fisica.

Come riportano i dati di seguito citati, sono state molte le vittime anziane colpite dalla pandemia: secondo il *Centre for Evidence-Based Medicine*, il tasso di mortalità è stato di circa 4% per i pazienti di età superiore ai 60 anni, dell'8% per gli *over* settanta e di circa il 15% per gli ultraottantenni (Oxford COVID-19 Evidence Service, 2020). La condizione

di vulnerabilità degli anziani alle complicazioni dovute al COVID-19, causata da un debole sistema immunitario e dal rischio maggiore di avere una condizione cronica (Wu, 2020), ha determinato un'applicazione maggiore di misure restrittive e di isolamento per prevenire il contagio, con la conseguente possibilità di un impatto negativo sulla salute mentale nonché di sperimentare solitudine e isolamento sociale.

In aggiunta alla morte del coniuge (Vedder et al., 2022), gli individui di età superiore ai 65 anni risultano notevolmente a rischio di solitudine soprattutto a causa di fenomeni quali pensionamento e declino delle reti sociali (Maharani, Pendleton, Leroi, 2019; Victor & Bowling, 2012). Stime indicano che un quarto di questi individui è socialmente isolato (Flowers et al., 2017). Il fenomeno dovrebbe essere oggetto di particolare attenzione in quanto la sensazione di solitudine percepita e la mancanza oggettiva di legami sociali significativi (il cd. isolamento sociale) sono stati associati a numerosi problemi di salute fisica e mentale: aumento della pressione sanguigna, malattie cardiache, diminuzione del funzionamento del sistema immunitario, depressione, ansia, peggioramento delle funzioni cognitive, aumento del rischio di malattia di Alzheimer e mortalità (Nicholson, 2012; DiNapoli, Wu, Scogin, 2014). Una revisione sistematica del rischio suicidario ha inoltre rilevato l'associazione sia con i tentativi che con i tentativi ad esito fatale tra gli adulti più anziani (Fässberg et al., 2012).

Il presente elaborato è pertanto nato con l'intento di fornire una panoramica sulle conoscenze finora disponibili concernenti l'esperienza di vedovanza e solitudine nella popolazione anziana in tempo di COVID-19 e suggerire indicazioni per ulteriori ricerche. L'importanza di una ricerca su questo tema è avallata dalla necessità di esaminare la perdita del proprio caro da una duplice ragione: da un lato, perché le politiche di isolamento familiare e sociale rappresentano un ostacolo nel processo di superamento del

lutto (Eisma et al., 2020); dall'altro, è importante prendere in considerazione le conseguenze sulla salute psicologica, le quali possono portare al rischio di sviluppo di Disturbo da lutto prolungato.

La tesi si articolerà in quattro capitoli. Il *Capitolo 1* sarà incentrato sul tema del lutto e del lutto traumatico, sull'elaborazione del lutto durante il periodo pandemico, con una particolare attenzione dedicata alla popolazione anziana. Il *Capitolo 2* tratterà nel dettaglio della solitudine e dell'isolamento sociale con un inquadramento sulla popolazione anziana, oggetto di studio: verranno definiti distintamente entrambi i fenomeni, le conseguenze e gli effetti della pandemia. Nel *Capitolo 3* verrà presentata nel dettaglio la metodologia di ricerca. Il *Capitolo 4* riporterà le analisi condotte e i risultati ottenuti. Seguirà il *Capitolo 5* dedicato alla discussione dei risultati.

Capitolo 1

Lutto nella popolazione anziana durante la pandemia di COVID-19

1.1 La pandemia di COVID-19

Il COVID-19 è la nuova malattia da coronavirus causata dal virus SARS-CoV-2. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato nel giorno 11 marzo 2020 lo stato di pandemia, giustificato dai livelli preoccupanti di diffusione del virus, dalla gravità dell'infezione e dall'inazione dei paesi (OMS, 2020). In quel medesimo giorno l'Italia contava già oltre 800 decessi (Istituto Superiore di Sanità, 2020).

I primi segni della diffusione del virus in Italia sono stati rilevati il giorno 30 gennaio 2020, ma soltanto la sera del 9 marzo 2020 il governo ha istituito la prima di una serie di provvedimenti restrittivi per contenere la diffusione del contagio: le misure del distanziamento sociale e della quarantena sono state estese su tutto il territorio e così ha avuto inizio il primo *lockdown* (Corriere della Sera, 2020). Per evitare il sovraccarico del sistema sanitario, sono state adottate ulteriori soluzioni drastiche: la sospensione delle manifestazioni e iniziative di qualsiasi natura, sia pubbliche che private; la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, dei musei, degli altri istituti e luoghi della cultura, di tutte le attività commerciali, escluse quelle di vendita dei beni di prima necessità; è stato istituito il divieto di viaggiare e un freno alla mobilità individuale, possibile solo con motivazione giustificata dall'autocertificazione, compromettendo seriamente la stabilità sociale ed economica e sconvolgendo la vita quotidiana di tutti gli individui (Khan et al., 2020).

Nonostante le misure cautelari adottate, la pandemia ha riscontrato in molti paesi una forte impreparazione all'emergenza sanitaria, con la conseguenza di un elevato tasso di

mortalità: non solo tra i pazienti ammalati, ma anche tra i professionisti sanitari a causa della mancanza di dispositivi di protezione (De Leo & Trabucchi, 2020) e di turni di lavoro molto stressanti (Rodríguez & Sánchez, 2020). La scarsità di posti liberi in ospedale per ricevere le cure necessarie e la mancanza di un numero sufficiente di ventilatori per la respirazione hanno persino costretto i medici per un periodo ad effettuare triage per scegliere di destinare i trattamenti a chi avesse più probabilità di guarigione (Rosenbaum, 2020). Inoltre, un report dell'Osservatorio GIMBE (2021) ha messo in luce gli effetti indiretti della pandemia, rintracciabili nei ritardi di accesso ai servizi sanitari, l'annullamento di prestazioni urgenti o differibili, comunque fondamentali per alcuni individui e il loro stato di salute (in particolare i più fragili e quelli affetti da malattie croniche), con la conseguenza dell'aumento del tasso di mortalità non relato al COVID-19 rispetto agli anni precedenti la pandemia.

Nella maggioranza dei paesi le persone non potevano fare visita ai propri familiari in ospedale; molte erano costrette all'auto-isolamento per evitare di contagiare i propri cari, talvolta rinchiusi in strutture o hotel messi a disposizione per i positivi al COVID-19, potendo comunicare soltanto attraverso telefono o altri *devices* (Wallace et al., 2020). Allo stesso tempo, le persone hanno dovuto affrontare diverse situazioni stressanti potenzialmente traumatiche, come la perdita di lavoro, il tracollo economico, l'isolamento sociale e la riduzione della propria libertà (Kartseva & Kuznetsova, 2020). Per questa ragione, molta della ricerca scientifica effettuata a riguardo si è concentrata sugli esiti a livello fisico, economico, sociale e psicologico della pandemia.

Nel prossimo paragrafo e nel corso dell'elaborato verranno illustrati nel dettaglio alcune delle suddette conseguenze, con riguardo dedicato alla popolazione anziana.

1.1.1 La sofferenza degli anziani

La popolazione anziana è stata la fascia più esposta alle conseguenze del COVID-19 (De Leo & Trabucchi, 2020). Durante la pandemia è stato fortemente consigliato a quest'ultimi in particolare di rimanere a casa, in virtù delle loro condizioni di fragilità in termini di salute e per evitare un sovraccarico del sistema sanitario dovuto alla rapidità e pericolosità del contagio (Wand et al., 2020). Gli anziani, infatti, rappresentano un gruppo di individui vulnerabile allo sviluppo di malattie infettive a causa dell'efficacia ridotta del sistema immunitario e dell'elevata probabilità di sviluppare malattie croniche concomitanti, che predispongono all'infezione (Flook et al., 2021; Zhang et al., 2023). Oltre l'80% dei decessi per COVID-19, infatti, si è verificato nelle persone di età superiore ai 65 anni (CDC COVID-19 Response Team, 2020).

La salute mentale degli anziani è stata messa a dura prova: spaventati dalle notizie, erano consapevoli che non sarebbero state destinate loro le stesse cure (per esempio intubazione, un letto in terapia intensiva, ecc.) dei giovani, se fossero stati contagiati (De Leo & Trabucchi, 2020); inoltre, le misure restrittive hanno determinato sia isolamento sociale che solitudine (Usher et al., 2020), al cui rischio gli individui di età superiore ai 65 anni erano già esposti a causa del pensionamento, del declino delle reti sociali e della morte del coniuge (Maharani, Pendleton & Leroi, 2019; Victor & Bowling, 2012; Vedder et al., 2022). Gli effetti psicologici di questi due fenomeni sugli adulti più anziani possono includere ansia, depressione e suicidio (Robb et al., 2020; Troutman-Jordan & Kazemi, 2020). Inoltre, isolamento sociale e solitudine rappresentano fattori di rischio collegati ad uno stato di salute fisica scadente (Wu, 2020). La soluzione dell'utilizzo della tecnologia per rimanere in contatto con le altre persone, adottata da molti durante il periodo

pandemico, non si è dimostrata altrettanto ideale per gli anziani: infatti uno studio di Anderson e Perrin (2017) ha dimostrato che sei degli individui ultrasessantacinquenni su dieci non possiedono neppure un cellulare. Approfondimenti in merito verranno forniti nel secondo capitolo del presente elaborato.

Un'ulteriore esperienza che può rendere gli individui vulnerabili alla solitudine è la perdita di una persona cara (Vedder et al., 2022). In uno studio, infatti, molte persone vedove hanno sostenuto che la solitudine sia stata la più grande sfida da affrontare nella quotidianità (Lund, 1989). Alla luce delle questioni esposte nel paragrafo, è possibile affermare che siano state numerose le persone anziane che hanno subito la perdita del coniuge durante il periodo pandemico. Il presente capitolo sarà incentrato pertanto sull'esperienza della perdita.

1.2 Il lutto

La perdita di una persona cara è un evento di vita inevitabile, universalmente vissuto e allo stesso tempo un'esperienza profondamente soggettiva (Shear, 2012). Uno studio italiano (Carmassi et al., 2016) ha descritto le reazioni ad una perdita significativa, sottolineando come tale esperienza, se pur molto dolorosa e causa di sconvolgimento emotivo, sia considerata una risposta fisiologica di fronte ad una separazione affettiva irrimediabile.

Le reazioni al lutto sono varie e possono comportare sentimenti di tristezza, nostalgia e rassegnazione. Possono manifestarsi problemi del sonno, variazioni dell'appetito, difficoltà di concentrazione, stanchezza, immagini ricorrenti della persona scomparsa in veste di ricordi o di sogni, un possibile ritiro dalla vita sociale, nonché un ripiegamento

nel proprio dolore. Soprattutto nella fase acuta del lutto, dunque, è comune osservare un'alterazione nello svolgimento delle attività abituali della vita (Carmassi et al., 2016). L'intensità e la durata di tali reazioni possono variare e sono condizionate da fattori quali: la modalità di morte (se avvenuta per cause naturali o non), la natura e il tipo di legame con la persona defunta, la presenza di supporto sociale e familiare, lo status socioeconomico, risorse a disposizione, eventuale spiritualità e caratteristiche personologiche del soggetto (Zisook & Shear, 2009; Carmassi et al., 2016). Lo studio di Zisook e Shear (2009) sottolinea come, sebbene alcuni di questi fattori contribuiscano alla possibilità di sviluppare lutto complicato o altre conseguenze negative, esistano dei parametri di riferimento per determinare il confine tra un lutto patologico e adattivo. Gli autori sostengono che nella fase iniziale e acuta risulti pericoloso etichettare il dolore della persona, in quanto il rischio è quello di intervenire in un processo fisiologico di per sé, in considerazione, inoltre, del fatto che l'esperienza di perdita sia differente per ogni individuo. Tuttavia, ricordano che è importante che il clinico riconosca, con i propri strumenti a disposizione e la conoscenza dei sintomi, se il lutto stia procedendo in una direzione adattiva, in modo tale da poter valutare la necessità di un intervento specialistico.

Le manifestazioni acute descritte pocanzi dallo studio di Carmassi e collaboratori (2016) sono definite come "lutto acuto" (Dell'Osso, Carmassi, Shear, 2013) che, grazie al percorso individuale di riorganizzazione cognitiva ed emotiva e con il trascorrere del tempo, si riducono in intensità e pervasività (Shear, Ghesquiere, Glickman, 2013). Diventando più sopportabili e gestibili, infatti, consentono alla persona di intraprendere un percorso di adattamento e cambiamento nello sforzo di costruire un nuovo equilibrio nella propria vita, a fronte della perdita subita (De Leo, et al., 2011).

In particolare, Dell’Osso e collaboratori (2013) sostengono che il processo di accettazione della perdita coincida con la risoluzione del lutto, che si esplica in tre fasi: in primo luogo, l’acquisizione di una piena consapevolezza della perdita (assenza, cioè, di negazione); in secondo luogo, lo sviluppo di modalità alternative di relazione con la persona defunta; infine, una ridefinizione dei propri obiettivi e progetti, riuscendo a proiettarsi in una prospettiva futura in assenza del proprio caro.

Zisook e Shear (2009) definiscono questo processo come la transizione dal “lutto acuto” al “lutto integrato”, durante il quale la ferita comincia a rimarginarsi: il pensiero e il ricordo della persona cara non sono più invalidanti o fonte di forte preoccupazione, se pur accompagnati ancora da tristezza e nostalgia, in particolare nei periodi delle ricorrenze.

Infine, è importante sottolineare una distinzione terminologica: nel trattare il tema, la lingua italiana utilizza come intercambiabili termini che in lingua inglese, e conseguentemente in letteratura, sono distinti. Il termine “*bereavement*” delinea l’esperienza di perdita, a cui consegue “*grief*”, che indica il lutto vero e proprio comprensivo degli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali, soggetti ad evoluzione nel corso del tempo. “*Mourning*” indica il cordoglio, ovvero il processo psicologico di elaborazione della perdita con lo scopo di giungere all’accettazione della stessa (Carmassi et al., 2016), ma anche le manifestazioni comportamentali legate al dolore della perdita, che concernono i rituali sociali e culturali previsti nel processo del lutto (Zisook & Shear, 2009).

1.2.1 Rassegna storica

Il lutto è un processo psicologico individuale e sociale che segue la morte di una persona significativa, durante il quale il dolore attraversa diverse fasi che conducono alla riorganizzazione e accettazione dell'evento luttuoso (Solomita & Franza, 2020). Nel corso del tempo autori di prospettive teoriche diverse hanno descritto l'esperienza del lutto e della sua elaborazione: provengono da Freud, Klein, Bowlby e Kübler-Ross i principali contributi teorici sulle teorie dell'adattamento al lutto.

Sigmund Freud descrive il lutto come un'esperienza costante nella vita di ognuno, che si presenta nel momento in cui subiamo una perdita della persona amata o di un oggetto interno significativo. In *Lutto e Melanconia* (Freud, 1915) descrive l'elaborazione del lutto come "lavoro del lutto", che comincia nel momento in cui il soggetto, sotto l'esame di realtà, è costretto a prendere atto della perdita. Per l'individuo in lutto inizia, quindi, un progressivo ritiro dell'investimento libidico dall'oggetto perduto: l'energia viene spostata sull'Io fino alla conclusione del processo, momento in cui l'energia libidica sarà nuovamente disponibile per altri investimenti.

Melanie Klein (1940) mette in luce come il lutto determini una riattivazione delle angosce della posizione depressiva infantile, in particolare dell'angoscia dovuta alla sensazione di aver distrutto i propri oggetti buoni interni con i conseguenti sentimenti di colpa e persecuzione. Di conseguenza il soggetto vive il cordoglio per la perdita dell'oggetto reale, e quindi esterno, ma anche per la perdita degli oggetti buoni del proprio mondo interno (con cui era identificata la persona cara), attivando l'angoscia sopra citata. Il ricorso regressivo a difese maniacali può acuire l'angoscia e rallentare il lavoro del lutto, il cui scopo è la ricostruzione e reintegrazione del proprio mondo interno.

Uno dei contributi più significativi è stato fornito da Bowlby (1980), ideatore della teoria dell'attaccamento. L'autore sostiene che nel lutto sia possibile cogliere i processi psicologici e comportamentali innescati dalla perdita o separazione dalla figura di attaccamento, che in genere hanno lo scopo di stabilire e mantenere i legami affettivi. Secondo questa prospettiva, elaborare una perdita implicherebbe il transitare attraverso quattro fasi: una prima fase di disperazione acuta dovuta al rifiuto della perdita, caratterizzata da stordimento e protesta; una fase d'intenso desiderio e di ricerca della persona deceduta; una fase di disorganizzazione e di disperazione, che coincide con la realizzazione dell'irrimediabilità della perdita; infine una fase di riorganizzazione e di graduale ritorno alla vita, durante la quale gli aspetti acuti del dolore diventano meno intensi.

Elizabeth Kübler-Ross (1969) elabora un modello a cinque fasi per descrivere le dinamiche vissute dalle persone diagnosticate con malattie terminali, il quale solo successivamente è stato impiegato dagli psicoterapeuti per comprendere anche i processi coinvolti nell'elaborazione del lutto. Sono denominate "fasi" e non "stadi", in quanto non seguono un ordine cronologico, ma possono alternarsi e ripresentarsi nel tempo oppure, in alcuni casi, non manifestarsi affatto: la prima fase tratta di negazione, ovvero dell'incredulità e della difficoltà a rendersi conto di quanto accaduto; la seconda è la fase della rabbia verso qualcuno, qualcosa ritenuti responsabili della perdita o verso se stessi, durante la quale la mente del soggetto si affolla di domande quali "perché a me?", con la possibilità di decidere se chiedere aiuto all'esterno oppure se ritirarsi socialmente; nella terza fase di contrattazione o patteggiamento, la persona recupera le proprie risorse e riprende in mano la propria vita; nella quarta fase di depressione avviene la consapevolezza della perdita subita, fino all'ultima fase di accettazione, costituita

dall'accettazione di una nuova vita e la piena consapevolezza di quanto accaduto. Tuttavia, possono nuovamente ripresentarsi nostalgia, rabbia o sofferenza nel corso del tempo.

Oltre alla matrice psicoanalitica ulteriori approcci hanno descritto l'esperienza del lutto, tra i quali quello sistemico familiare, sistemico, cognitivo comportamentale e costruttivista.

Bowen (1980) descrive le implicazioni di una perdita sul sistema familiare, mettendo in evidenza come un eventuale shock emotivo conseguente al lutto possa propagarsi a livello intergenerazionale e influenzare il benessere delle generazioni successive, anche nel caso in cui quest'ultime siano inconsapevoli dell'evento. Secondo l'approccio sistemico familiare, infatti, le reazioni individuali ad una perdita del proprio caro sono comprensibili alla luce del sistema familiare di appartenenza.

In ambito sistemico è importante riportare anche la concezione delle costellazioni familiari di Bert Hellinger (2003), secondo cui ognuno porta con sé aspetti intergenerazionali, spesso inconsci, che possono ripercuotersi nel presente e condizionare il comportamento, o continuare nelle generazioni future.

Secondo la prospettiva cognitiva comportamentale, le credenze cognitive dell'individuo possono determinare risposte emotive e comportamentali differenti a fronte di uno stesso evento e il senso attribuitogli. Di conseguenza, è possibile ipotizzare che anche le reazioni ad un lutto varino in funzione delle suddette credenze. Gli autori Taylor (1983), Mancini e Capo (2003) sostengono che il lutto sia il processo di cambiamento cognitivo che si attiva successivamente ad una perdita. Il processo di accettazione di quest'ultima richiede un cambiamento delle credenze dell'individuo, dei propri obiettivi di vita e della visione di sé, processo che può essere influenzato da fattori interni o esterni alla persona.

In ottica costruttivista, gli autori Cionini e Mantovani (2016) sottolineano come il modo di costruire e significare soggettivamente gli eventi possa renderli effettivamente traumatici e avere implicazioni nella vita della persona. Sostengono, quindi, l'inesistenza di eventi traumatici di per sé. A seguito di un lutto, soprattutto improvviso, possono sorgere domande potenzialmente minacciose per la persona e per il suo ruolo all'interno del mondo, quali: "chi sono io?" "Che senso può avere ora la mia vita?" (De Leo et al., 2023). Di conseguenza, è importante delineare una narrazione di sé che comprenda l'esperienza di perdita, mettendo in evidenza l'importanza del ruolo dei processi di costruzione di significato nell'adattamento alla perdita (Cionini e Mantovani, 2016).

1.2.2 Lutto come patologia

Gli studi relativi agli ultimi vent'anni sono stati realizzati con lo scopo di indagare se vi fosse una distinzione tra il processo fisiologico e il processo "patologico" di elaborazione del lutto, nel tentativo di definire un'entità nosografica autonoma del lutto non risolto. Queste forme di lutto sono state denominate in letteratura come "complicato" e "prolungato" in modo intercambiabile. Parkes (1965) è uno dei primi autori ad aver trattato di forme atipiche di lutto: descrive, infatti, il "lutto cronico" (caratterizzato da una maggiore intensità e durata della sofferenza rispetto al lutto normale); "lutto inibito" (in cui apparentemente non si manifestano reazioni a seguito della perdita); "lutto ritardato" (che si presenta successivamente ad un periodo di inibizione della sofferenza da parte del soggetto in lutto).

La risoluzione si esplica generalmente nell'arco temporale di 6-12 mesi dalla perdita e la maggioranza dei soggetti riesce a trarre giovamento e sostegno dalla propria famiglia e le

persone vicine. Tuttavia, una minoranza clinicamente significativa incontra delle difficoltà relative al processo di elaborazione, che esita di conseguenza in problemi di salute mentale, in cui le manifestazioni della fase acuta del lutto persistono, più intense e invalidanti, per un lungo arco di tempo (Carmassi et al., 2016; Shear, Ghesquiere & Glickman, 2013).

Alcuni studi (Lundorff et al., 2017; Prigerson et al., 2021) sostengono che questa minoranza si attesti intorno al 7-10% e che spesso necessita di un aiuto professionale o di una persona che abbia vissuto un'esperienza simile (De Leo et al., 2011), soprattutto nel momento in cui la condizione di lutto si accompagna ad un forte disagio e compromissione funzionale.

Alcuni autori in letteratura, come sopra accennato, utilizzano la definizione di “lutto complicato” (“*complicated grief*”): gli studi di Shear (2012) e di Carmassi ed altri autori (2016) lo descrivono come un disturbo caratterizzato da sentimenti ricorrenti di forte tristezza, nostalgia, desiderio di avere accanto la persona cara, che può culminare con il desiderio di ricongiungersi a lei; presenza di forti ruminazioni e pensieri ricorrenti sulle possibili cause e responsabilità concernenti l'accaduto, incorrendo, pertanto, in un ostacolo alla messa in atto di strategie di coping per far fronte alla perdita; l'evento, quindi, costituisce una ferita aperta e permangono sentimenti di incredulità, incapacità di accettare la morte, labilità emotiva, profonda tristezza, rabbia, senso di colpa e nostalgia; possono essere presenti sentimenti di distacco dagli altri, indifferenza nei confronti del mondo e disinteresse nel costruirsi un nuovo ruolo e degli obiettivi di vita. I soggetti in questa condizione possono isolarsi in una cornice di dolore intenso e pervasivo nel tentativo di una ricerca continua della persona amata, oppure, al contrario, eliminare o

evitare tutti gli stimoli che riconducono al ricordo di essa. L'ambivalenza è stata definita da Stroebe e Schut (1999) come processo "duale" di lutto, in cui l'esperienza quotidiana oscilla tra pensieri, sentimenti orientati alla perdita e un ritorno alla vita che implica l'evitamento del ricordo.

Altri autori (Zisook & Shear, 2009) hanno dato voce all'esperienza di ambivalenza del lutto, sottolineando come, da un lato, esistano persone che ritengono che il dolore sia l'ultima traccia rimasta del rapporto con il proprio caro e non vogliono in un certo senso che il lutto finisca, oppure persone per cui il progredire con la propria vita provochi ingente senso di colpa; in alternativa altre ancora che percepiscono il dolore come troppo grande da sopportare, interminabile e, talvolta, oggetto di vergogna. Possono perfino manifestarsi fenomeni allucinatori temporanei acustici, visivi, tattili e olfattivi, durante cui i soggetti avvertono la presenza del defunto. Sono frequenti anche disturbi del sonno e variazioni dell'appetito, nonché complicanze come ideazione e/o comportamenti suicidari e uso di alcol (Dell'Osso et al., 2013).

Il termine "lutto prolungato" è stato utilizzato in letteratura in modo intercambiabile per indicare il processo di lutto non risolto o patologico, probabilmente nel tentativo di enfatizzare la dimensione temporale (De Leo et al., 2011).

L'importanza della considerazione dedicata a questa condizione è corroborata dalle evidenze di alcuni studi sull'argomento: è stato riscontrato, infatti, che le persone che affrontano un lutto complicato manifestino un rischio maggiore di insorgenza di determinate condizioni mediche (ad esempio ipertensione, malattie cardiache e tumore maligno) e di comportamenti problematici, come abuso di sostanze e suicidalità (Szanto et al., 2006). Lo studio di Zisook e Shear (2009) a questo proposito riporta come il 57%

dei coniugi ultracinquantenni in lutto complicato presi in considerazione abbia avuto ideazione suicidaria.

Diversi studi si sono concentrati nel delineare un'autonomia nosografica del lutto complicato. Inizialmente, in letteratura sono stati proposti alcuni set di criteri che si riferivano a quadri differenti, quali lutto patologico, lutto complicato (Shear et al., 2011) e lutto prolungato (Prigerson et al., 2009).

Successivamente, la review di Prigerson ed altri collaboratori (2021) ha elencato le entità diagnostiche sviluppatesi nel corso del tempo e presenti attualmente: è stato inserito (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018) il Disturbo da lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder- PGD*) come condizione clinica nel ICD-11 (*International Classification of Diseases, 11th Revision*), i cui criteri sono riportati nella Tabella 1.

Mentre, nella sezione terza del manuale diagnostico DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*, 2013), è stato incluso il Disturbo da lutto persistente complicato (*Persistent Complex Bereavement Disorder*) come condizione che necessita di ulteriori studi (American Psychiatric Association [APA], 2013). Le critiche che hanno tenuto vivo il dibattito sulla possibile autonomia di questa condizione clinica si concentravano principalmente sulle seguenti questioni: sovrapponibilità con altri quadri clinici, come il Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), la mancanza di studi longitudinali e di indicazioni precise di trattamento, nonostante diverse evidenze già presenti in letteratura (Dell'Osso et al., 2013). Nel corso del tempo, un numero crescente di ricerche cliniche e neurobiologiche ha portato nuove ed importanti evidenze che hanno condotto all'inserimento nel DSM-5-TR (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, text revision*, 2022) di un'entità diagnostica autonoma: il Disturbo da lutto prolungato (Prigerson et al., 2021), i cui criteri sono riportati nella Tabella 2.

Episodio di lutto successivo alla morte del proprio compagno, genitore, figlio o un proprio caro	
A. Almeno uno dei seguenti sintomi:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desiderio persistente e pervasivo per il defunto <p>oppure</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Preoccupazione persistente e pervasiva per il defunto
B. Esempi di intenso dolore emotivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnato da intenso dolore emotivo (es. tristezza, colpa, rabbia, negazione, biasimo); - Difficoltà ad accettare la morte; - Sentire di aver perso una parte di sé; - L'incapacità di provare un umore positivo; - Intorpidimento emotivo; - Difficoltà a impegnarsi in attività sociali o di altro tipo
C. Criterio del tempo e della perdita di valore	<ul style="list-style-type: none"> - Persistenza della condizione per un periodo di tempo superiore ai 6 mesi a seguito della perdita, un tempo considerato oltre le norme sociali, culturali o religiose previste per la cultura e il contesto di riferimento dell'individuo. - Il disturbo provoca una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti.

Tabella 1. ICD-11: criteri per il Disturbo da lutto prolungato

La morte, da almeno 12 mesi, di un individuo che era vicino alla persona in lutto (per bambini e adolescenti, da almeno 6 mesi).	
A. Dopo la morte, lo sviluppo di una persistente risposta al dolore caratterizzata da uno o entrambi i seguenti sintomi, che sono stati presenti quasi tutti i giorni in misura clinicamente significativa:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intenso desiderio e nostalgia per il defunto 2. Intensa preoccupazione per i pensieri o i ricordi riguardanti il defunto (nei bambini e negli adolescenti la preoccupazione può concentrarsi sulle circostanze della morte). 3. I sintomi si sono verificati quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese.

<p>B. Dopo la morte, almeno 3 dei seguenti sintomi sono stati presenti quasi tutti i giorni in misura clinicamente significativa:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disturbo dell'identità (p. es., sentirsi come se una parte di sé fosse morta) dopo la morte; - Forte senso di incredulità rispetto alla morte; - Evitamento dei <i>reminders</i> della morte del defunto (nei bambini e negli adolescenti, può essere caratterizzato da sforzi di evitamento dei <i>reminders</i>); - Intenso dolore emotivo (p. es., rabbia, amarezza, dolore) correlato alla morte; - Difficoltà a reintegrarsi nelle proprie relazioni e attività dopo la morte (p. es., problemi a interagire con gli amici, perseguire interessi o pianificare il futuro); - Intorpidimento emotivo (assenza o marcata riduzione dell'esperienza emotiva) a seguito della morte; - Sentire che la vita non ha senso a causa della morte; - Intensa solitudine a causa della morte.
<p>C. Criterio del tempo e della compromissione del funzionamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti. - La durata e la gravità della reazione al lutto superano chiaramente le norme sociali, culturali o religiose attese per la cultura e il contesto dell'individuo. I sintomi non sono meglio spiegati da disturbo depressivo maggiore, disturbo da stress post-traumatico o altro disturbo mentale, o attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (p. es., farmaci, alcol) o di un'altra condizione medica.

Tabella 2. DSM-5-TR: criteri per il Disturbo da lutto prolungato

Entrando maggiormente nel merito, lo studio recente (2023) di Eisma ha discusso ed illustrato le opinioni divergenti riguardanti l'inclusione del Disturbo da lutto prolungato nei manuali diagnostici: inizialmente sono riportate le prove di validità convincenti a favore dell'inserimento, incentrate maggiormente sulla validità di costrutto (per esempio la dimensionalità dei sintomi del PGD), validità divergente (ad esempio differenze tra sintomi del PGD e altri disturbi), validità convergente (ovvero la correlazione dei sintomi del PGD con altri disturbi collegati) e validità di criterio (ovvero il valore predittivo dei sintomi del PGD per altri costrutti rilevanti). Tuttavia, nell'elaborato l'autrice si sofferma su alcune questioni: quelle risultate già in precedenza spinose e su alcune nuove, generate

dall'inserimento, che necessitano di ulteriori approfondimenti. Rammenta, infatti: la diversità dei criteri delle proposte precedenti in letteratura con i set dei due disturbi attuali, con i conseguenti problemi di generalizzabilità e di misurazione, specialmente per quanto riguarda una valutazione cross-culturale; una distinzione non chiara tra il lutto fisiologico e il PGD, per la quale l'autrice suggerisce l'utilizzo di cut-off temporali o statistici (ad esempio la deviazione standard sopra la media) ma con il rischio di incorrere in un giudizio basato sull'arbitrarietà, come del resto accade anche per altri disturbi clinici presenti nei manuali. La problematicità è rilevabile, dunque, nella mancanza di una definizione generale e condivisa di lutto "normale" e nella presenza di un'ampia variabilità negli strumenti di assessment; infine, l'autrice mette in evidenza il rischio di medicalizzazione, ovvero la possibilità di stigmatizzare le persone in lutto e i rischi di nuove terapie farmacologiche con effetti collaterali non trascurabili.

1.2.3 Lutto coniugale

La perdita del coniuge è un evento che si verifica frequentemente in età avanzata, pertanto spesso vissuto da individui di età superiore ai 65 anni (Hansson & Stroebe, 2003). Alcune ricerche lo hanno definito come uno degli avvenimenti più stressanti della vita: infatti, pur trattandosi di un fenomeno frequente, è associato al rischio di sviluppare problemi di salute fisica, mentale, di natura sociale, comportamentale e, tenendo conto di differenze individuali e culturali, può richiedere persino anni per essere affrontato (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Das, 2013).

Soprattutto nelle settimane successive alla perdita, questo tipo di lutto è correlato ad un aumento significativo del rischio di mortalità e morbilità (Seiler, von Känel & Slavich,

2020). A questo proposito, Knowles e collaboratori (2019) hanno pubblicato una revisione sistematica che indaga la relazione tra il lutto e il funzionamento del sistema immunitario, nonché di come l'esposizione cumulativa allo stress nel corso della vita possa costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di problematiche di salute mentale e fisica a seguito della perdita del coniuge: infatti, l'angoscia provocata dal lutto è in grado di determinare un declino del sistema immunitario e di aumentare il rischio di morbilità sopra citato (Bennet, Fagundes & Kiecolt-Glaser, 2013). In particolare, gli autori (Knowles et al., 2019) sostengono che l'esposizione cumulativa allo stress costituisca il principale moderatore dell'associazione tra eventi di vita, come la perdita del coniuge, e la vulnerabilità a problemi di salute correlati al sistema immunitario: ovvero, come proposto dalla teoria della trasduzione del segnale sociale della depressione, l'esposizione maggiore allo stress aumenta la sensibilizzazione neuro-infiammatoria alle avversità, che, conseguentemente, aumenta il rischio di morbilità a fronte del lutto subito (Slavich & Irwin, 2014). Infatti, la disregolazione del sistema immunitario è un fattore coinvolto in varie malattie, tra cui infezioni, malattie autoimmuni e alcuni tipi di cancro, oltre a ricoprire un ruolo nella salute mentale, contribuendo allo sviluppo di disturbi d'ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico (Seiler et al., 2020). Questo maggiore rischio correlato alla salute è stato definito "effetto del lutto" (*"bereavement effect"*) e si manifesta in modo più acuto nei primi anni della vedovanza, maggiormente negli uomini e nelle vedove di giovane età (Seifter et al., 2014).

Nonostante le reazioni alla perdita tendano generalmente a diminuire nel corso del tempo, è stato dimostrato che il periodo di lutto per il proprio coniuge perduri più probabilmente nel corso degli anni, piuttosto che rappresentare una condizione temporanea (Hung et al., 2021). Infatti, lo studio di Bennett e Soulsby (2012) sostiene come questa esperienza

abbia un impatto su quasi ogni aspetto della vita e un effetto importante sul benessere psicologico, fisico, sociale, pratico ed economico. Nello specifico, dal punto di vista psicologico, Dungan e Kivett (1994) hanno riportato livelli alti di solitudine esperita dalle persone vedove, mentre Carr e collaboratori (2000) hanno evidenziato una correlazione positiva tra la dipendenza dal partner durante la relazione e sintomi d'ansia sviluppati successivamente nella vedovanza. Lucas ed altri autori (2003) hanno riscontrato un forte calo della soddisfazione di vita percepita nell'anno che segue la perdita.

È stato dimostrato come fattori quali l'età, il genere e le circostanze di morte possano influire sul processo di adattamento al lutto (Infurna et al., 2017).

Per quanto riguarda la variabile del genere, gli uomini risentirebbero maggiormente del calo del benessere psicologico (Carr, 2004), mentre le donne riuscirebbero ad affrontare la perdita più facilmente (Bennett et al., 2003). Lo studio di Bennett e Soulsby (2012) ha ipotizzato che questo fenomeno possa essere dovuto ad una maggiore competenza delle donne nelle abilità domestiche, sociali e di autoregolazione emotiva. Un ulteriore studio di Bennett, Hughes e Smith (2005), invece, ha sostenuto che la differenza emersa in letteratura dipendesse dagli strumenti di valutazione del *distress* utilizzati: ovvero i self-report sarebbero più congeniali per le donne, mentre le interviste sarebbero più adatte ad individuare i sintomi depressivi negli uomini.

Le risorse sociali a disposizione quali la rete sociale e il supporto interpersonale costituiscono fattori protettivi dall'impatto della perdita del coniuge e nel fronteggiare il potenziale calo della soddisfazione di vita (Bonanno, 2004; Stroebe et al., 2005). Le vedove donne hanno riportato spesso cambiamenti nelle loro amicizie e il supporto sociale, formale e informale, ricevuto come non sufficiente (Bennett, Hughes, & Smith, 2003). Accade spesso, infatti, che ricostruiscano una nuova rete sociale con altre donne

vedove (Bennett & Soulsby, 2012). I vedovi uomini, invece, tendono a manifestare un desiderio maggiore di risposarsi e hanno una maggiore tendenza a farlo, rispetto alle donne: questa differenza potrebbe essere la conseguenza della tendenza da parte del genere maschile a costruire la propria vita sociale intorno al lavoro e delegando l'organizzazione di attività sociali alle mogli, per cui, una volta decedute, restano sprovvisti di una rete sociale, che, talvolta, tentano successivamente di ricostruire (Bennett & Soulsby, 2012).

L'esperienza della perdita del coniuge nella giovane età adulta può comportare un impatto maggiore: questo risultato può essere giustificato dal fatto che le persone anziane sono maggiormente preparate a questo tipo di lutto, così come al declino della propria salute e di quella del coniuge (Infurna et al., 2017). Tuttavia, gli individui molto anziani possono avere a disposizione meno risorse a cui attingere per affrontare la vedovanza, a causa della probabile presenza di menomazioni nelle funzioni cognitive, fisiche e sociali (Gerstorf, Smith & Baltes, 2006; Jopp & Smith, 2006).

Le circostanze riguardanti la morte, infine, costituiscono un fattore altrettanto rilevante nel processo di adattamento alla perdita (Carr et al., 2001). Infatti, come sarà illustrato nel prossimo paragrafo del presente elaborato, le morti improvvise e imprevedibili sono associate a reazioni più acute al lutto (Burton, Haley, & Small, 2006). Un ulteriore studio di Wells e Kendig (1997) ha dimostrato che le persone che si sono prese cura del proprio coniuge hanno esperito sintomi ridotti di depressione a seguito della perdita, rispetto ad individui che non erano *caregivers*. Un'ipotesi plausibile potrebbe essere l'assenza dei doveri correlati all'assistenza successivamente alla morte (Infurna et al., 2017).

De Leo e Trabucchi (2019) a questo proposito riportano come, in alcuni casi, la persona in lutto, ormai esente dal fardello delle cure dedicate al partner malato, percepisca una

condizione di “libertà ritrovata”, con esiti positivi sulla salute fisica e mentale, visibili nell’atteggiamento e talvolta persino nell’abbigliamento.

Nonostante i risultati emersi dalla letteratura descritti pocanzi, uno studio di Bonanno e collaboratori (2002) ha riportato che il 46% dei soggetti vedovi coinvolti ha dimostrato di essere resiliente, oltre ad avere riportato un’assenza di cambiamenti significativi nei sintomi depressivi prima e successivamente a sei e diciotto mesi dalla perdita. Moore e Stratton (2003) descrivono come “vedovo resiliente” l’individuo che raggiunge un buon adattamento al lutto, mettendo in atto uno dei seguenti comportamenti: cambiando se stessi in qualche modo, il proprio ambiente circostante e/o trovarsi un nuovo compagno. Inoltre, lo studio di Infurna e collaboratori (2017) ricorda come questo tipo di perdita sia comune tra le persone anziane, la maggior parte delle quali tiene in conto la possibilità che accada nel corso della propria vita.

In conclusione, possiamo pertanto ipotizzare che le conseguenze di un evento di vita così importante e doloroso, congiuntamente a tutti gli stressor relati alla pandemia, possano rappresentare delle condizioni di rischio di insorgenza di problematiche fisiche e di salute mentale nella popolazione anziana. Un approfondimento in merito è presente nel paragrafo 1.3.1 del presente elaborato.

1.3 Lutto traumatico

Per “lutto traumatico” si intende una condizione in cui il lutto si verifica in circostanze traumatiche, comportando nel soggetto un pattern sia di sintomi del Disturbo da stress post-traumatico che del lutto acuto (Malkinson, Rubin & Witztum, 2000). Si riferisce,

quindi, al dolore per la perdita di una persona significativa in circostanze improvvise e inaspettate (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001).

La letteratura annovera tra i decessi per cause esterne, improvvise e violente gli incidenti (stradali o sul lavoro), suicidi, omicidi (Farberow et al., 1992), ma anche catastrofi naturali e decessi legati alla guerra (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012).

Le circostanze che rendono “traumatica” questo tipo di perdita sono l’impossibilità di anticipare la morte e quindi un senso di mancanza di controllo, e il fatto che gli eventi siano fuori dal comune e accadano, appunto, improvvisamente e inaspettatamente (De Leo et al., 2023).

Parkes (1998) ha sostenuto che la perdita traumatica risulti più stressante rispetto ad altri tipi di morte, determinando di conseguenza una maggiore probabilità di ostacoli nell’elaborazione del lutto. È importante, quindi, richiamare l’attenzione sulla morte traumatica come fattore di rischio per le reazioni post-traumatiche e per l’eventuale insorgenza di lutto complicato (De Leo et al., 2023). Infatti, diversi autori (Dyregrov et al., 2003, Zinzow et al., 2009) hanno dimostrato come i familiari, in questo caso, manifestino con maggiore probabilità problemi di salute mentale come depressione maggiore, disturbi da uso di sostanze e ideazione suicidaria a fronte della perdita subita.

Il fattore determinante in questo tipo di decessi, rispetto a quelli che sono in buona parte prevedibili, come in caso di malattia, è una sensazione esperita di incapacità di dare un senso alla perdita (Currier et al., 2008). Questo tipo di lutto, difatti, richiede spesso un aiuto professionale e qualificato sin dall’inizio, che dovrebbe affiancare l’aiuto fornito dalla rete sociale (De Leo et al., 2011).

La rete sociale è rappresentata dall’insieme dei rapporti interpersonali significativi nel corso della vita (House & Kahn, 1985), per cui sono costituiti essenzialmente da familiari,

amici, parenti, colleghi, compagno/a e conoscenti, ovvero dai legami più intimi a quelli più superficiali. Spesso il contatto più frequente è considerato migliore dal soggetto fornisce una maggiore quantità e qualità di supporto. Tuttavia, anche le persone che hanno affrontato a loro volta un lutto e definibili come “pari”, possono costituire una risorsa preziosa per prestare aiuto a chi non riesce ad elaborare la perdita (De Leo et al., 2011).

Le forme utili di sostegno sociale si declinano in: motivazione della persona in lutto a partecipare alle attività sociali, importanti per prendersi del tempo dal dolore e riprendere le proprie abitudini di vita; assistenza pratica nelle attività quotidiane ma anche per questioni finanziarie o legali (ad esempio quelle successive alla morte, come l'organizzazione del funerale); fornire aiuto nella presa di contatto con i servizi sanitari dove necessario; supporto emotivo; la garanzia della presenza di rituali (De Leo et al., 2011).

Una perdita traumatica può condurre ad una crisi esistenziale, dove le credenze fondamentali riguardanti il senso di fiducia e di sicurezza nei confronti del mondo e degli altri vengono sconvolte, ostacolando in questo modo la capacità del soggetto di fronteggiare e adattarsi a quanto accaduto (Janoff-Bulman, 1992). Le reazioni dipendono dai processi individuali interni e variano, inoltre, in funzione dell'interazione con altre persone (De Leo et al., 2011). Ulteriori fattori concorrono nel determinarne l'intensità: il tipo e la qualità della relazione con il defunto; l'età e il sesso del soggetto in lutto, la sua capacità di coping e di regolazione delle emozioni; il grado di dipendenza dagli altri e la capacità di gestione delle relazioni interpersonali (Parkes & Weiss, 1983). Non sono da trascurare fattori considerevoli come il *background* sociale, etnico e religioso della persona, la presenza di supporto sociale e morale, eventi concomitanti e successivi alla

perdita (Scocco et al., 2004), altre perdite significative e la personalità del soggetto (Bowlby, 1980).

Le principali reazioni che si possono manifestare sono state descritte nel dettaglio nel testo di De Leo (2023): dal punto di vista emotivo le risposte che si osservano, se pur variabili, possono comprendere: shock e sensazione di intorpidimento; rabbia (spesso nei confronti di persone ritenute responsabili della morte del proprio caro) frustrazione e senso di irritabilità; indignazione; fatica fisica e mentale; impotenza; disperazione; incertezza e paura; sensazione di inadeguatezza e negazione. Si manifesta frequentemente anche l'ansia, sia in forma anticipatoria, che generalizzata. Sono sperimentati comunemente, infatti, timori che possa accadere qualcosa ai propri cari, un senso di vulnerabilità e uno stato di allerta continua.

Talvolta, l'individuo in lutto può manifestare intensi vissuti come senso di colpa, rimorso e autorimprovero (particolarmente comuni nelle perdite per suicidio), pur in assenza di fondamento.

Le capacità cognitive possono essere altrettanto coinvolte: alcune persone riportano confusione, difficoltà a prendere decisioni, scarsa concentrazione e insufficiente attenzione (causate dal continuo stato di allerta o dal dolore e compromettono la performance sul posto di lavoro o in ambito accademico). Possono essere effetti di breve o lunga durata e accompagnarsi a sconvolgimento delle proprie credenze o a fenomeni come incubi ricorrenti e *flashback* intrusivi. Spesso le persone, infatti, rivivono gli eventi che riguardano la morte del proprio caro, come per esempio gli ultimi istanti vissuti in sua presenza o il momento di notifica della morte. Rivivere i ricordi è doloroso e può portare a sperimentare un forte senso di impotenza e di mancanza di controllo.

Dal punto di vista comportamentale possono manifestarsi: regressioni, assenza o congedo prolungato dal lavoro o dalla scuola, uso di sostanze, disturbi del sonno, alterazioni dell'appetito, disturbi fisici (come mal di testa, problemi digestivi, ecc.), scarsa reattività, aumento della stanchezza, esplosioni di rabbia o pianto, ridotte prestazioni lavorative e isolamento sociale.

A questo proposito, molti soggetti in lutto dichiarano di sentirsi isolati dagli altri o di mettere in atto un allontanamento attivo (Dyregrov et al., 2000). Le cause dell'evitamento delle altre persone e di determinate situazioni sociali può essere motivato dalla sensazione per cui attività che risultavano piacevoli in precedenza non lo sono più, oppure per mancanza di energie o desiderio di stare soli con se stessi o con i familiari e amici più stretti (De Leo et al., 2011; Wertheimer, 1999). L'isolamento sociale, tuttavia, impedisce alle persone in lutto di parlare dell'evento accaduto: coloro che hanno ricevuto un buon supporto da parte della propria rete hanno più possibilità di accettare la perdita in virtù di una condivisione (De Leo et al., 2023). Uno studio di Dyregrov e collaboratori (2003) ha messo in luce, infatti, che l'auto-isolamento risulti essere il predittore più importante della compromissione psico-sociale in chi vive un lutto traumatico.

Oltre alle conseguenze più comuni che si manifestano nel corso del tempo, una perdita improvvisa, imprevedibile e violenta come quella traumatica può scatenare delle reazioni immediate peculiari, descritte nuovamente da De Leo (2023): la maggior parte delle persone che affrontano questo genere di lutto sperimenta un senso di irrealtà, come se stesse vivendo un sogno o assistesse alla propria vita dall'esterno; presenta, inoltre, una percezione del tempo alterata, come se improvvisamente si fermasse; a seconda di come sia avvenuta la morte, le impressioni sensoriali provate possono intensificarsi e rimanere impresse vividamente in memoria. Tutto questo è "funzionale" all'individuo nel

momento di shock per non essere travolto immediatamente dai vissuti intensi che potrebbero paralizzarlo. Pur comprendendo con razionalità cosa stia succedendo, possono trascorrere giorni o mesi prima che il soggetto integri anche emotivamente l'esperienza e realizzi quanto accaduto. Durante questo periodo possono manifestarsi confusione, amnesia o pensieri e dubbi che affollano la mente. Alcune persone fanno utilizzo di farmaci per gestire il dolore, soluzione che, tuttavia, dovrebbe essere esaminata con cautela. Diversi individui rimangono increduli a tal punto da risultare sollevati nel momento in cui, attraverso un intervento, si normalizzano le reazioni rispetto all'esperienza traumatica che hanno vissuto.

Alcuni autori in letteratura sostengono che la morte da COVID-19 possa essere annoverata tra le perdite traumatiche. Si tratta, infatti, di una morte improvvisa, inaspettata, che tende ad avvenire in condizioni di separazione improvvisa, isolamento e solitudine. Comporta, inoltre, un'esperienza traumatica sia per il paziente che per i familiari (ad esempio in terapia intensiva), in assenza della possibilità di rivolgere un ultimo saluto al proprio caro o di ricevere notizie in merito allo stato di salute. Alle suddette condizioni si aggiungono ulteriori difficoltà emotive come l'impossibilità di realizzare i rituali a causa delle misure restrittive, nonché gli *stressor* dovuti alla pandemia (LeRoy et al., 2020). Nel prossimo paragrafo saranno illustrate nel dettaglio le condizioni dell'elaborazione del lutto durante la pandemia.

1.3.1 Elaborazione del lutto durante la pandemia

La pandemia di COVID-19 ha causato un sovraccarico del sistema sanitario, circostanza che ha creato condizioni peculiari legate ai decessi dovuti al virus. Alcuni ricercatori (Carr

et al., 2020) hanno definito quest'ultimi come "cattive morti", caratterizzate da disagio a livello fisico, difficoltà respiratorie, isolamento sociale, angoscia psicologica, assenza di preparazione alla morte, trattamento non dignitoso del paziente, interventi medici non desiderati o privazione di quelli desiderati (Krikorian et al., 2020). È stato ipotizzato da numerosi ricercatori che le circostanze e le caratteristiche delle suddette morti possano provocare intense reazioni al lutto nei familiari (Eisma et al., 2020; Kokou-Kpolou et al., 2020; Morris et al., 2020) o favorire l'insorgenza del Disturbo da lutto prolungato (Eisma et al., 2021).

In uno studio di Testoni e collaboratori (2021) sono state descritte le esperienze degli individui che hanno subito una perdita a causa del COVID-19: il vissuto che è emerso in modo più intenso e frequente è stato il senso di abbandono da parte dei servizi sanitari. Tutti i soggetti intervistati, infatti, hanno riportato la medesima percezione riguardo l'esperienza della gestione del trattamento sanitario e della morte del proprio familiare. Il risentimento per l'impossibilità di vicinanza e di assistenza alla morte del proprio caro si è tramutato in un desiderio di vendetta contro il sistema sanitario, incrementato dal senso di colpa generato dall'impressione di aver abbandonato la persona a loro volta. In particolar modo, nelle narrazioni dei soggetti ricorre il rammarico per la disumanizzazione: sono state frequenti le descrizioni di vittime rinchiuso immediatamente in sacchi neri oppure ridotte ad un numero sul bollettino statistico giornaliero. A tal proposito Kokou-Kpolou e collaboratori (2020) hanno messo in evidenza come l'eccessivo e collettivo ammontare delle morti implichi un mancato riconoscimento del lutto del singolo individuo, mentre uno studio recente (Testoni et al., 2020) ha sostenuto l'importanza di avere un contatto diretto con il cadavere per la facilitazione del processo luttuoso e scongiurare il rischio di derealizzazione. A sostegno

di questa affermazione, la maggior parte dei partecipanti dello studio sopra citato (Testoni et al., 2021) ha riportato un'incredulità di fondo che ha preso piega nelle menti sotto forma sia di perplessità riguardo i trattamenti e le cure ospedaliere destinate al familiare, con un conseguente bisogno di chiarezza, sia di una sensazione di star vivendo un sogno e non la realtà. Senso di irrealtà, derealizzazione, shock, rabbia, frustrazione, senso di colpa, paura, impotenza, ruminazione, insonnia ed ansia costituiscono i tratti traumatici che hanno contraddistinto le narrazioni dei partecipanti, quasi a testimoniare l'esperienza di uno stress post-traumatico (Kokou-Kpolou et al., 2020).

La notifica di morte ha costituito un ulteriore importante tassello nel momento più doloroso di queste persone: rappresenta, infatti, una circostanza significativa in grado di cambiare permanentemente la vita di chi la riceve. I termini, le modalità di comunicazione utilizzate dalla persona che notifica hanno, infatti, un'influenza nel modo in cui i sopravvissuti affrontano la perdita (De Leo et al., 2022). Nel caso dello studio (Testoni et al., 2021), tutti i partecipanti hanno riferito di essere stati informati in modo freddo della morte dei propri cari.

Il dolore delle persone in lutto è stato acuito ulteriormente dall'isolamento sociale e dalla conseguente mancanza di sostegno pratico ed emotivo, generata dalle politiche governative di contenimento del contagio, nonché dagli eventuali *stressors* secondari dovuti alla pandemia, come difficoltà finanziarie, preoccupazione per la propria salute e quella dei propri cari, lockdown, perdita della routine e sconvolgimento dei rituali di morte (Carr et al., 2020; Eisma et al., 2020). Infatti, è noto come una successione consecutiva di *stressors* nel breve tempo possa compromettere le capacità di *coping* (Folkman, 2011).

Il lutto non patologico e il suo processo risolutivo prevedono un percorso costituito da diverse fasi (descritte nel paragrafo 1.2), il cui completamento è facilitato e supportato da una serie di pratiche culturali e religiose, che durante il COVID-19 sono state interrotte dalle normative, compromettendo in questo modo le strategie di coping (Khoury et al., 2022). Il supporto interpersonale limitato, una morte traumatica come quella da COVID-19, congiuntamente agli *stressors* sopra descritti costituirebbero, pertanto, fattori di rischio per l'elaborazione del lutto (Stroebe & Schut, 2021). È possibile, infatti, che le conseguenze siano implicazioni psicologiche a lungo termine e un aumento dell'incidenza di lutti complicati nei familiari (Khoury et al., 2022).

In particolare, alcuni studi (Carr, 2003; Chi & Demiris, 2017; Li, Tendeiro & Stroebe, 2019) riportano che le persone che subiscono una perdita presentino sintomi psicologici più intensi a seguito del lutto nelle seguenti circostanze: quando non sia stato possibile rivolgere un ultimo saluto (specialmente se il proprio caro si trova in condizioni di salute critiche); quando la morte è imprevedibile, improvvisa o percepita come ingiusta, evitabile, se il decesso avviene in ospedale o in terapia intensiva e in caso di eventuale marcato senso di colpa sperimentato dai familiari.

La maggior parte dei decessi dovuti al COVID-19 è avvenuta in terapia intensiva successivamente ad una sindrome di distress respiratorio acuto (Wu et al., 2020). Generalmente, la mortalità ospedaliera e in terapia intensiva sono state associate a reazioni più intense al lutto, fino all'insorgenza di lutto complicato, sintomi depressivi e disturbo da stress post-traumatico (Probst et al., 2016). Difatti queste circostanze di morte possono costituire un'esperienza traumatica: i pazienti si trovano in reparto collegati ai macchinari o intubati, incapaci di comunicare o di ricevere visite, le quali sono limitate se non in caso di condizioni critiche, dove la morte può essere rapida, in presenza del

personale medico ma in assenza dei familiari (Gesi et al., 2020). Nel particolare caso del COVID-19, l'isolamento non ha permesso visite e ha costretto numerosissime persone ad andarsene senza la possibilità di rivedere i propri cari.

Le morti per COVID-19 sono state paragonate anche a quelle dovute a catastrofi naturali, poiché entrambe provocano perdite multiple, la chiusura delle strutture, la riduzione dei servizi e l'arresto delle attività produttive, con la differenza degna di nota e aggravante, per cui la pandemia è stata una condizione di lunga durata, che ha sconvolto le abitudini di ognuno con cambiamenti duraturi (Gesi et al., 2020). Inoltre, l'attuazione di misure restrittive ha determinato, come detto pocanzi, un ostacolo ai rituali sociali previsti, come il funerale, che permettono alle persone in lutto di acquisire la consapevolezza della realtà della morte e di ricevere una risorsa significativa, che è il sostegno sociale (Gamino et al., 2000), come già precedentemente accennato nel paragrafo 1.3 del presente elaborato. A questo proposito, uno studio di Harrop ed altri autori (2021) ha messo in evidenza come il 60% delle persone, in tempi pre-pandemici, affrontasse il lutto senza necessità di un intervento specialistico, ma supportate dalle proprie reti sociali.

Il quadro sopra descritto ha condotto diversi autori ad ipotizzare un aumento dell'incidenza del Disturbo da lutto prolungato nelle persone in lutto durante il periodo pandemico. Più specificamente, i fattori di rischio sopra citati, a causa delle misure restrittive, possono ugualmente compromettere e incrementare l'intensità delle reazioni nelle famiglie in cui il proprio caro è morto per cause diverse rispetto al COVID-19 (Eisma et al., 2020).

I primi studi quantitativi sul tema (Eisma et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2020) hanno messo in luce come le persone che hanno subito una perdita durante il periodo pandemico presentino livelli di dolore più acuti rispetto a chi ha avuto la medesima esperienza prima

della pandemia, e che livelli più elevati di dolore si siano manifestati a seguito del lutto per COVID-19, rispetto alle morti per cause naturali, ma non rispetto alle morti per cause innaturali. Questo risultato è in linea con le ipotesi di alcuni studi (Stroebe & Schut, 2021; Eisma et al., 2021) per cui ciò che risulta importante riguardo la differenza nell'intensità delle reazioni al lutto siano fattori come l'imprevedibilità della morte e alcune condizioni come la mancata possibilità di dare l'ultimo saluto.

Capitolo 2

Solitudine e isolamento sociale nella popolazione anziana

2.1 I fenomeni della solitudine e dell'isolamento sociale

La solitudine è uno stato in cui gli individui si sentono socialmente isolati anche quando sono in compagnia di altre persone (Cacioppo & Cacioppo, 2018). È un sentimento che riflette un'esperienza soggettiva di sofferenza e di abbandono, determinato dal modo in cui viene vissuta una mancanza o una perdita di relazioni sociali, oppure di un ruolo sociale che in precedenza forniva alla persona un senso di dignità ed autostima (Cavalli et al., 2021; de Mendonça Lima et al., 2021). Mentre la solitudine “emotiva” si caratterizza per la presenza di situazioni in cui non si realizza l'intimità desiderata nelle relazioni, l'isolamento sociale, invece, è caratterizzato da un numero oggettivamente esiguo di relazioni (Lavrič et al., 2021), ovvero una situazione in cui l'individuo dispone di pochi contatti con altre persone (Cavalli et al., 2021). È importante sottolineare come la percezione di solitudine sia influenzata maggiormente dalle valutazioni qualitative o soggettive delle relazioni, come la soddisfazione per la stessa o l'accettazione sociale percepita, piuttosto che da caratteristiche quantitative o oggettive (Heinrich & Gullone, 2006). Ad esempio, Fischer e Phillips (1982) hanno dimostrato che non tutte le persone con reti sociali esigue si sentono sole.

A questo proposito, De Leo e Trabucchi (2019) riportano un'ulteriore importante distinzione: la “beata solitudo” è una condizione di solitudine agognata, in cui le persone scelgono di isolarsi volontariamente e di rifugiarsi lontano, provate da una serie di eventi stressanti o semplicemente spinte dal desiderio di immergersi nella natura e recuperare un equilibrio emotivo. Completamente diversa è, invece, la condizione di solitudine

sofferta come nel caso, ad esempio, di chi è stato abbandonato dagli altri, di chi è costretto all'isolamento in una località remota e sconosciuta senza affetti o opportunità di svago o di chi si sente solo in mezzo agli altri. Gli autori mettono in evidenza come quest'ultima sia tutt'altro che una condizione positiva o oggetto di una scelta deliberata: i soggetti in questione lamentano, infatti, la mancanza di emozioni positive, la percezione di avere costantemente poche energie, di essere incapaci a risolvere i problemi che si presentano loro e di provare molta ansia in relazione alle interazioni sociali, che risultano già esigue, complicando ulteriormente il processo interattivo. Uno studio di Luhmann e collaboratori (2015) ha dimostrato come l'individuo in questa condizione inneschi involontariamente un circolo vizioso di cognizioni e comportamenti che conducono all'isolamento, rafforzando, di conseguenza, il proprio senso di solitudine. De Leo e Trabucchi (2019) descrivono il loop in questione: nei soggetti che si sentono soli accrescono progressivamente la sfiducia in se stessi e la sensazione di non poter essere stimati dagli altri, a cui si accompagnano le percezioni pocanzi descritte di anedonia e mancanza di energia. Di conseguenza, la salute psicologica diventa precaria e si impoverisce la qualità della vita: la persona, infatti, lentamente abbandona hobbies e la produttività scarseggia anche nell'attività lavorativa; trascura la cura di sé e dell'ambiente circostante; accresce la preoccupazione del giudizio altrui e parallelamente diminuiscono le interazioni con gli altri; percepisce di non avere le energie sufficienti a migliorare questa condizione da cui è delusa o annoiata; contemporaneamente possono insorgere problemi di salute fisica, come scarsa igiene del sonno, mal di testa, problemi digestivi. Questo loop induce ad un isolamento sempre più serrato e preoccupante, con un conseguente aumento del senso di solitudine.

Esistono diversi approcci teorici, di seguito elencati, che forniscono una panoramica sulle prospettive riguardo l'origine e il mantenimento della solitudine.

Il primo, ovvero la prospettiva dei bisogni sociali, è stato proposto da alcuni teorici (ad esempio Weiss, 1973, Sullivan 1953): sostiene che la solitudine sia causata dall'assenza di una relazione necessaria o di un insieme di relazioni che consentono la soddisfazione dei propri bisogni sociali intrinseci, quali attaccamento, accudimento, integrazione sociale, fiducia, guida, rassicurazione di valore, alleanza (Weiss, 1974; 1987). Si tratta di una prospettiva che attinge alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1982, 1999): quest'ultimo sostiene l'esistenza di un sistema psicobiologico fin dalla nascita che motiva l'essere umano a ricercare la vicinanza di altri significativi nei momenti di bisogno o di pericolo. L'obiettivo del comportamento di attaccamento è, infatti, quello di ottenere e mantenere protezione e supporto adeguati, accompagnati da un senso di sicurezza (Bowlby, 1982). La psicologia evolutiva ha dimostrato come la sopravvivenza della nostra specie sia stata effettivamente garantita dai legami di coppia, unioni in tribù e famiglie, nel tentativo di fornire reciprocamente assistenza e protezione (Cacioppo, Cacioppo & Boomsma, 2014). Di conseguenza, la prospettiva dei bisogni sociali sostiene che i tipi di solitudine che possono insorgere, specifici per il legame interpersonale, compaiono nel momento in cui una relazione non soddisfa i propri bisogni sociali di base (Weiss, 1973).

In contrasto con l'approccio dei bisogni sociali, la prospettiva della discrepanza cognitiva afferma che i processi cognitivi siano il principio centrale della solitudine (Peplau & Perlman, 1982): secondo quest'ultima la solitudine costituirebbe il risultato di una discrepanza tra il tipo di relazione interpersonale che si desidera in base al proprio standard interno costruito e quello che si percepisce di avere in termini di qualità e

quantità. In particolare, il pensiero irrazionale o distorto condurrebbe alla solitudine causando deficit di relazioni sociali (Pelau & Perlman, 1982): ovvero, i pensieri di un soggetto su se stesso e sugli altri influenzano la probabilità di formare o ottenere relazioni soddisfacenti, poiché le suddette cognizioni hanno un impatto sul modo in cui gli individui interagiscono con gli altri e interpretano le situazioni interpersonali (Murphy & Kupshik, 1992). Questo approccio attinge alla teoria dell'attribuzione di Heider (1958), tale per cui le persone, nel tentativo di comprendere le cause delle azioni proprie e altrui, attribuiscono una causalità interna (ad esempio intelligenza, tratti di personalità, ecc.) o esterna (fortuna, circostanze, eventi imprevisti, interventi di terze persone, ecc.). Il modo in cui compiono le attribuzioni influenzerà il loro stato psicologico (Murphy & Kupshik, 1992). Nello specifico, gli individui soli che tentano di spiegare le cause della propria solitudine tendono ad incolpare se stessi, mettendo in gioco attribuzioni incontrollabili (ad es. credere che le situazioni sociali sfuggano al proprio controllo), interne (es. "non ho amici perché sono noioso") e stabili (es. imputare il problema ad un tratto di personalità immutabile) (Solano, 1987).

Contrariamente alla concentrazione sull'individuo prevista dall'approccio della discrepanza cognitiva, la prospettiva interazionista sostiene che la solitudine nasca da un'interazione tra fattori personali, socio-culturali e situazionali (Weiss, 1982). In altre parole, caratteristiche relative alla personalità e al carattere (quali timidezza, introversione, ansia sociale e scarse abilità sociali) interagiscono con la cultura e i fattori situazionali nell'ostacolare l'instaurazione e il mantenimento delle relazioni sociali. Alcuni momenti durante il ciclo di vita sono associati a determinate aspettative sociali o culturali (differenti rispetto al luogo di appartenenza) il mancato rispetto delle quali può dar luogo a solitudine (Heinrich & Gullone, 2006): ad esempio quelle riguardo le relazioni

di coppia o il coinvolgimento in attività sociali (soprattutto durante il periodo adolescenziale). Altri determinanti situazionali della solitudine possono essere il trasferimento in un altro luogo, il pensionamento, le assenze temporanee di persone significative, il conflitto sociale, il rifiuto o l'esclusione, nonché povertà, disoccupazione, ricoveri, reclusione, ecc. (Heinrich & Gullone, 2006), in risposta alle quali le caratteristiche personali sono altrettanto determinanti.

2.1.1 Prevalenza del fenomeno

Il *Joint Research Centre*, in collaborazione con il Parlamento Europeo, la Commissione europea, la Direzione Generale per l'Occupazione, gli Affari Sociali e l'Inclusione, ha avviato un progetto pilota nei mesi di novembre e dicembre 2022 intitolato “*Monitoring Loneliness in Europe*”, con il fine di studiare la percezione di solitudine a livello di Unione Europea. L'indagine, condotta su un campione di oltre 25.000 persone sopra i 16 anni nei 27 Stati Membri, ha fornito un indice di prevalenza (Berlingieri, Colagrossi & Mauri, 2023): circa un terzo degli intervistati si è sentito solo almeno qualche volta, mentre il 13% afferma di essersi sentito solo la maggior parte del tempo. Nelle conclusioni dello studio (Berlingieri, Colagrossi & Mauri, 2023), contrariamente ad alcune ricerche che attestano una relazione a forma di “U” per cui la solitudine risulta alta sia tra i giovani adulti che tra gli adulti più anziani, è stato riportato che la prevalenza della solitudine diminuisca con l'età, con i livelli più bassi registrati tra gli intervistati più anziani. Tuttavia, gli autori sostengono che le conseguenze del fenomeno siano diverse a seconda dell'età, pertanto risulta importante evitare di trascurare il problema nell'anzianità, soprattutto per i motivi illustrati nei paragrafi 2.1.2 e 2.1.3 del

presente elaborato; inoltre, l'elevata prevalenza della solitudine tra i giovani potrebbe essere stata amplificata come conseguenza della pandemia di COVID-19. Infatti, sempre il Joint Research Centre ha registrato in precedenza (Baarck, d'Hombres & Tintori, 2021) che la classe d'età 18-25 anni avesse dichiarato di sentirsi spesso sola e che fosse più che raddoppiata tra il 2016 e la primavera del 2020, mentre l'aumento della solitudine per le persone di età superiore ai 65 anni fosse stato molto più contenuto. Oltre all'età e al sesso, diverse altre caratteristiche individuali sono associate alla solitudine (Berlingieri, Colagrossi & Mauri, 2023): la percentuale di persone che dichiarano di essere sole varia notevolmente in base al livello di reddito e alla condizione lavorativa. Di conseguenza, gli intervistati più ricchi presentano una probabilità minore di sentirsi soli e la solitudine risulta più diffusa tra i disoccupati e gli studenti (in modo particolare verso la fine degli studi) rispetto a coloro che lavorano; inoltre, anche l'istruzione superiore è negativamente correlata con la solitudine.

In alternativa alle rilevazioni sulle sensazioni soggettive è possibile confrontarsi con la dimensione numerica del vivere soli: sia i dati statistici che la ricerca scientifica sembrano, infatti, sostenere che la manifestazione e la progressione del fenomeno siano associate ad alcune dinamiche socio demografiche in atto, quali il cambiamento della tipologia di nucleo familiare (con un calo registrato dei nuclei), l'invecchiamento della popolazione, parallelo ad una diminuzione significativa delle nascite, l'aumento della speranza di vita e dell'instabilità coniugale (De Leo & Trabucchi, 2019; Istat, 2022a).

Un report condotto dall'ISTAT (2022a) contenente le previsioni demografiche ha evidenziato che gli uomini che vivono soli avranno un incremento del 18,4%, arrivando a superare i quattro milioni nel 2041, mentre le donne sole sarebbero destinate ad aumentare ancora di più, da 4,9 a quasi 6 milioni. In particolare, nel periodo 2020-2021

circa il 21.6% della popolazione dei 65-74enni vive solo e il 39.7% degli ultra 75. Se già nel 2021 la quota di persone sole di 65 anni e più rappresenta la metà di chi vive da solo, nel 2041 raggiungerebbe il 60%. In altre parole, le persone sole arriverebbero a 10,2 milioni (+20%), di cui 6,1 milioni avranno 65 anni e più (+44%). Nel 2021 tra gli uomini che vivono soli, circa uno su tre ha più di 65 anni (32,3%) mentre tra le donne il rapporto sale a oltre tre su cinque (63,1%). Il medesimo report (Istat, 2022a) riporta che nei primi dieci anni del secondo millennio sia stata, tuttavia, più accentuata la crescita di quanti vivono da soli tra le persone al di sotto dei 65 anni: nelle classi d'età 25-34 e 35-44 l'incremento del decennio precedente è diminuito, attestandosi rispettivamente al 10% e 11.7% nel 2021, decremento probabilmente dovuto alla permanenza più duratura dei giovani nella famiglia d'origine.

Per quanto riguarda il contesto europeo, le persone che vivono sole sono anche più diffuse (35,9% nel 2021). I paesi del nord Europa presentano incidenze più elevate, con punte del 50,1% in Svezia, seguiti da quelli dell'Europa Centrale (Germania e Francia al 41%). Valori più bassi si riscontrano nei paesi dell'Europa dell'Est (Polonia 26,8%) e dell'Europa del Sud (il minimo nel Portogallo 17,3%) (Istat, 2022b).

Alcuni dati forniti da un rapporto dell'Eurostat già nel 2017 avevano messo in evidenza che in Italia circa il 13.2% dei soggetti avesse dichiarato di non avere la possibilità di chiedere aiuto nel momento del bisogno (morale, materiale, finanziario da parte di parenti, amici o vicini di casa) e circa il 12% di non aver nessuno con cui parlare dei propri problemi, circa il doppio rispetto alla media del 6% dei 28 paesi europei esaminati. Al 13%, oltre all'Italia, si attesta anche Lussemburgo. La situazione appare migliore, invece, in Repubblica Ceca, Finlandia, Slovacchia e Svezia, dove solo il 2% della popolazione ha dichiarato di non avere nessuno a cui chiedere aiuto, se necessario.

I numeri più alti (pari al 12% in Italia) sono stati registrati in Francia (12.4%) rispetto al non avere nessuno con cui discutere delle proprie questioni personali; di contro le più basse in Cipro, Spagna, Slovacchia, Repubblica Ceca e Ungheria (2%).

Infine, De Leo e Trabucchi (2019) riportano le varie situazioni oltreoceano (America, America Latina, Australia, Asia), suggerendo l'ipotesi di un'"epidemia" di solitudine: infatti, il 23 novembre del 2018, in un articolo sul *New York Times*, il presidente dell'*American Enterprise Institute* scriveva come l'America stesse soffrendo per un'epidemia di solitudine, frase attestata da un'indagine condotta su larga scala, in cui veniva riportato che la maggior parte degli americani soffrisse di gravose sensazioni di solitudine e di mancanza di significato nelle relazioni; in Canada 14.1 milioni di persone dichiarano di vivere sole, un numero mai raggiunto prima in 150 anni di storia del Paese, mentre in Nuova Zelanda oltre 650 mila persone hanno espresso forti sentimenti di solitudine, soprattutto nella fascia tra i 15 e i 24 anni e in entrambi i Paesi, infatti, sono in corso studi riguardanti programmi per arrestare il fenomeno; il Cile ha registrato oltre un milione di cittadini che vivono soli, di contro ai 480 mila rilevati dal censimento del 2002; l'Argentina ha ritenuto necessario fornire un rapporto nazionale per monitorare la problematica, soprattutto nel caso degli anziani (il 56.4% delle persone nella classe d'età 60-74 vivono soli, con un aumento progressivo rispetto all'età); in Brasile dal 2005 al 2015 il numero di persone che vivono sole è salito dal 10.4% al 14.6%, come sostiene l'Istituto Brasiliano di Geografia e Statistica; sul fronte asiatico, in India il *National Sample Survey Office* ha riportato che 4.91 milioni di persone vivono da sole e soffrono di solitudine, dato con un forte impatto sulla salute pubblica (in relazione al rischio di suicidio e ai disturbi mentali correlati); la Cina, con un'evoluzione rapida in termini di invecchiamento della popolazione, sottolinea come

sia sempre più difficile per gli anziani ottenere il supporto di cui hanno bisogno dalle famiglie e come circa un anziano su quattro abbia riferito di vivere una condizione di solitudine; infine in Giappone circa 18.4 milioni di persone vivono sole, il doppio rispetto a 30 anni fa e come, nel 2017, circa 45.000 persone siano morte da sole e inosservate.

2.1.2 Conseguenze sulla salute mentale, fisica e sulla qualità della vita

Pur essendo fenomeni distinti, sia la solitudine che l'isolamento sociale possono avere un impatto negativo sulla salute attraverso percorsi condivisi e diversi (Hwang et al., 2020). La letteratura ha documentato nel corso del tempo l'importanza delle relazioni sociali, in termini sia di qualità che di quantità, come fattore protettivo contro lo sviluppo e la progressione di malattie fisiche e mentali, nonché nel ridurre il rischio di mortalità (Ong, Uchino & Wethington, 2016). In una meta-analisi condotta su studi dal 1980 al 2014, Holt-Lunstad ed altri autori (2015) hanno sostenuto che l'effetto di entrambi, solitudine e isolamento sociale, inducesse un aumento della mortalità rispettivamente del 29% e 26%, con una consistenza dei dati tra genere, status socio-economico, lunghezza del follow-up e regione del mondo di provenienza.

Esistono prove consistenti che entrambi i fenomeni costituiscano fattori di rischio considerevoli, associati ad un minor benessere e qualità della vita percepiti, nonché ad una maggiore incidenza di patologie fisiche, psicologiche e cognitive (Wu, 2020), quali: ipertensione, malattie cardiache, diminuzione del funzionamento del sistema immunitario, depressione, ansia, peggioramento delle funzioni cognitive, aumento del rischio di malattia di Alzheimer, in relazione alla solitudine; l'isolamento sociale è stato

associato al rischio aumentato di circa il 50% di sviluppare demenza, del 29% di contrarre una malattia coronarica e del 32% di ictus (National Academics of Sciences Engineering and Medicine, 2020).

In particolare negli anziani (per un approfondimento sull'argomento fare riferimento al paragrafo seguente 2.1.2) la solitudine è stata associata a comportamenti negativi per la salute, quali utilizzo di alcol e fumo, e alla minore adozione di comportamenti che promuovono la salute, come l'attività fisica e una corretta alimentazione (Ong et al., 2016). Difatti, De Leo e Trabucchi (2019) hanno riportato come le persone sole tendano a ridurre gli spostamenti, in quanto privi degli stimoli generati dalle relazioni sociali, e allo stesso tempo adottino una dieta povera, ormai spoglia della preparazione e consumazione del pasto in compagnia, ridotta ad un obbligo, spesso assolto con cibi soliti e poco appetibili: conseguentemente, l'eventuale aumento di peso costituisce un fattore di rischio per patologie come il diabete e l'ipercolesterolemia e, allo stesso modo, il calo di peso è accompagnato da gravi mancanze nell'accumulo di principi nutritivi.

I medesimi autori hanno sottolineato come lo stress indotto dalla mancanza di relazioni sociali, nonché una scarsa attività fisica, una dieta non salutare, un'attenzione ridotta per le possibili malattie concomitanti e le loro terapie, incidano sulla possibilità di insorgenza di problematiche cardiovascolari.

Alcuni studi hanno dimostrato un'ulteriore associazione con la diminuzione del sonno in termini di minore durata ed efficienza nella tarda età adulta (Hawkey, Preacher & Cacioppo, 2010): la sofferenza per la condizione di solitudine, infatti, perdura di notte ed interferisce con la qualità del sonno (De Leo & Trabucchi, 2019). I medesimi autori sottolineano l'importanza di ulteriori studi sui possibili effetti dell'ansia e della depressione, conseguenti alla deprivazione del sonno, sulla condizione di solitudine.

Oltre ad individuare i meccanismi comportamentali responsabili dei rischi, alcuni studi hanno indagato i processi cognitivi intervenienti nella relazione solitudine-salute: ad esempio, Cacioppo e Hawkley (2009) hanno dimostrato che sentimenti di solitudine persistenti e gravi possono compromettere il funzionamento esecutivo, ridurre la fiducia interpersonale e aumentare la sensibilità agli stimoli sociali negativi.

Dal punto di vista biologico, invece, la solitudine ha “un’impronta biologica simile a quella dello stress cronico, aumentando i marcatori dell’infiammazione, fenomeno più rilevante durante l’invecchiamento” (De Leo & Trabucchi, 2019). Cacioppo e collaboratori (2011) hanno dimostrato come le cellule immunitarie (leucociti) di persone che si sentono sole siano caratterizzate da un’attività favorevole ai geni proinfiammazione, e da una riduzione, invece, dell’azione dei geni importanti per la risposta contro le infezioni, aumentando conseguentemente il rischio di malattie.

In uno studio longitudinale sul funzionamento cognitivo, Wilson e colleghi (2007) hanno riportato come la solitudine predicesse il declino cognitivo e il rischio di malattia di Alzheimer. Infatti, l’associazione riscontrata tra solitudine in tarda età e aumento dei marcatori cardiovascolari e neuroendocrini di stress ed effetti fisiologici pro-infiammatori, spiegherebbe l’accelerazione della neurodegenerazione nell’ippocampo e in altre aree cerebrali vulnerabili alla malattia di Alzheimer (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). In particolare, è stata dimostrata una presenza consistente nel cervello di beta-amiloide, il marker più noto di malattia di Alzheimer (De Leo & Trabucchi, 2019; Donovan et al., 2016): le persone amiloide-positive hanno un aumento di sette volte il rischio di riportare una condizione di solitudine. La direzione del rapporto tra solitudine e funzione cognitiva non è chiara, se pur è stata confermata una correlazione positiva tra i due: la solitudine potrebbe

comportare la comparsa di stress o la mancanza di stimoli sensoriali e cognitivi, le quali condizioni costituirebbero fattori di rischio di declino cognitivo (De Leo & Trabucchi, 2019).

Uno studio di Cacioppo e collaboratori (2014) ha descritto come il cervello costituisca un tramite tra l'interiorità della persona e l'esterno. Di conseguenza le relazioni sociali oggettivamente intese possono essere lette sia come fattori protettivi che come elementi negativi. Questa premessa delinea la cornice all'interno di cui si colloca il suddetto lavoro, che si è proposto di comprendere i meccanismi causali dell'effetto della solitudine sull'encefalo. Non essendo facilmente raggiungibili delle conclusioni nell'uomo, gli autori si sono serviti del modello animale per approfondire la conoscenza sull'argomento: i risultati dello studio hanno mostrato che l'isolamento sociale ha effetti significativi nella struttura e nei processi cerebrali di animali sociali, i quali cambiamenti non sono uniformi in tutto l'encefalo, ma sono molto evidenti in aree che caratterizzano il comportamento solitario e sociale. Tuttavia gli autori attestano l'insufficienza degli studi nel determinare attualmente una risposta riguardo la questione della causalità o dei meccanismi sottostanti negli esseri umani.

Infine, è importante sottolineare come solitudine e isolamento sociale rappresentino fattori di rischio per il fenomeno del suicidio, senza trascurare l'influenza dei disturbi dell'umore, eventuali mediatori comuni per i comportamenti suicidari (De Leo & Trabucchi, 2019). In una recente review, Heuser e Howe (2019) hanno riscontrato una relazione tra entrambi i fenomeni e pensieri o ideazione suicidaria nelle persone ultrasessantenni. La medesima associazione tra relazioni sociali e ideazione suicidaria è stata presa in considerazione e valutata anche in una meta-analisi di Chang e collaboratori (2017), nella quale è stato riportato che gli adulti più anziani presentano il

57% di rischio maggiore di sperimentare ideazione suicidaria in concomitanza a relazioni sociali conflittuali. In particolare, i desideri di morte, che possono condurre a ideazione suicidaria o comportamenti suicidari, sono stati significativamente associati alla solitudine e depressione nelle persone di età superiore ai 65 anni (Cheung et al., 2017). I risultati fino ad ora riportati non hanno confermato una causalità tra solitudine-isolamento e suicidio, tuttavia hanno evidenziato una chiara associazione tra i due fenomeni e i pensieri e comportamenti suicidari, prescindendo dalla depressione, la quale costituisce uno dei principali fattori di rischio suicidario (Heuser & Howe, 2019).

2.1.3 Rilevanza nella popolazione anziana

Il rapporto annuale più recente dell'ISTAT (2023) ha messo in luce che attualmente, in Italia, la popolazione ultra 65enne ammonta ad oltre 14 milioni e costituisca il 24,1% della popolazione totale; inoltre, tra le persone ultra 80enni si rileva un incremento, che li porta a 4 milioni e mezzo totali, nonché a rappresentare il 7,7% della popolazione. In considerazione di questi dati, nonché di quelli riportati nel paragrafo 2.1.1 del presente elaborato, concernenti la percentuale di persone che vivono e si sentono sole, destinata ad aumentare, e al progressivo invecchiamento della popolazione, risulta evidente per quale motivo il fenomeno della solitudine e dell'isolamento sociale acquisisca importanza per questa fascia di popolazione in particolare.

Gli anziani costituiscono la classe d'età più vulnerabile all'isolamento sociale e alla solitudine: sono, infatti, spesso funzionalmente dipendenti dai familiari e dal sostegno dei servizi territoriali della comunità (Hwang et al., 2020). Gli individui di età superiore ai 65 anni sono già esposti al rischio di entrambi i fenomeni a causa della perdita del coniuge (Vedder et al., 2022), del pensionamento e del declino delle reti sociali (Maharani et al.,

2019; Victor & Bowling, 2012). Sempre in riferimento al quadro italiano, uno studio (Cavalli et al., 2021) ha dichiarato come circa un anziano su cinque sia a rischio di isolamento sociale. Risulta importante sottolineare, tuttavia, che la solitudine assume sfumature differenti in ognuno, in quanto diverse sono le dinamiche che conducono alla perdita dei rapporti (De Leo & Trabucchi, 2019): può essere conseguente a lutti, fratture familiari o amicali, malattie, cambiamenti dell'ambiente, trasferimento in una nuova casa per lasciare la propria ai familiari, il pensionamento, ma anche ad una sensazione di estraneità e incomprensione che può fiorire nel momento in cui si è circondati da persone, come ad esempio può accadere nelle strutture residenziali; la sensazione soggettiva è ulteriormente modulata da fattori quali l'età, il sesso, le condizioni di salute, le possibilità economiche e la personalità.

La salute svolge un ruolo importante in questi termini: gli anziani fragili, ad esempio, presentano un rischio maggiore di solitudine rispetto alle persone indipendenti: infatti, se le fragilità costituiscono un ostacolo, rendono rischiose o difficoltose le visite agli amici, le uscite per le commissioni e le attività in società, l'isolamento sociale rappresenta un peso e sfocia in un senso di solitudine (Cavalli et al., 2021). Uno studio di Sjöberg ed altri autori (2018) ha definito la condizione di quest'ultimi come "solitudine esistenziale" e l'ha descritta attraverso la somministrazione di interviste: gli anziani in questione ribadivano come la dipendenza dagli altri limitasse il controllo sulla propria vita e accrescesse i sentimenti di impotenza e vulnerabilità, così come i cambiamenti fisici, dettati dall'invecchiamento, limitassero lo stabilire nuove relazioni, la partecipazione ad attività e allontanassero gli amici; affermavano, inoltre, di non essere accolti e compresi adeguatamente da medici e familiari, con la percezione di disinteresse nell'ascolto; percepivano di non avere nessuno con cui condividere la vita, data l'assenza frequente di

familiari e amici e la loro riluttanza nell'affrontare discussioni sulle preoccupazioni esistenziali come la morte; la fragilità corporea e le limitazioni fisiche erano descritte come un limite di accesso al mondo, comportando un crescente isolamento e una "disconnessione dalla vita", ormai descritta come priva di senso.

Il quadro sarà completamente differente, invece, se l'essere soli sia frutto di una libera scelta e considerata una condizione apprezzabile (De Leo & Trabucchi, 2019), in assenza di uno stato di salute precario. Spesso, infatti, l'anziano la preferisce rispetto all'eventualità di un trasferimento in una struttura, in quanto ne fa un principio di autonomia, indipendenza e libertà (Cavalli et al., 2021). De Leo e Trabucchi (2019) citano, inoltre, le condizioni, se pur rare, di alcuni anziani che trasformano la solitudine in fonte di ispirazione nei campi dell'arte, della filosofia e della scrittura.

Tuttavia, i fattori di rischio di una condizione di isolamento sociale non concernono soltanto la salute, ma coinvolgono ulteriori questioni descritte da De Leo e Trabucchi (2019) come l'adozione di cattive abitudini, cadute e incidenti domestici, ma anche un'esposizione maggiore al rischio di rapine e truffe fino alla violenza nelle strutture residenziali; inoltre, spesso, l'anziano che vive solo compie errori nella gestione dei farmaci: nell'autosomministrazione, nel rispetto della posologia indicata dalle terapie prescritte dal medico, nella costanza, nel monitoraggio degli effetti collaterali, accompagnati da una mancanza frequente di controlli successivi alle prescrizioni da parte degli specialisti.

Infine, la solitudine dell'anziano si può sperimentare ulteriormente in modi differenti (De Leo & Trabucchi, 2019): ad esempio come senso di abbandono da parte della collettività, in particolare da un sistema sociale, che spesso non riesce a rispondere ad un aumento vertiginoso in tempi brevi del bisogno, e da una crisi economica, la quale ha determinato

l'esacerbazione dei costi e un ostacolo alla possibilità di assistenza a lungo termine nelle strutture residenziali; così come può assumere la forma dell'esclusione, dovuta all'inesperienza nell'usufruire della tecnologia, che ormai domina la vita di tutti i giorni, nonché le comunicazioni. Alla luce di queste considerazioni, l'impegno che il nostro sistema sociale dovrebbe assumere contro la solitudine è giustificato in virtù della dimensione nonché delle conseguenze del fenomeno.

2.2 Effetti della pandemia di COVID-19 sulla solitudine e sull'isolamento sociale

Il paragrafo 2.1.1 del presente elaborato mette in luce come già in tempi pre-pandemici la solitudine e l'isolamento sociale fossero oggetto di preoccupazione per la salute pubblica in virtù delle conseguenze attestate sulla longevità, la salute mentale, fisica e il benessere. La letteratura ha cominciato a rendere maggiormente saliente la questione successivamente alla messa in atto delle misure restrittive per la prevenzione del contagio da COVID-19. Le persone con età avanzata sono state maggiormente coinvolte da quest'ultime: di frequente, infatti, nelle ordinanze del governo e nei media è ricorsa la raccomandazione agli anziani, a chi soffre di patologie croniche o a immunodepressi di non uscire di casa, se non necessario, e di evitare la frequentazione di luoghi affollati (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 marzo 2020). Uno studio di Donizzetti e Lagacé (2022) ha messo in evidenza come l'atteggiamento di evidenziazione del rischio adottato dai medici, politici e media avesse determinato una paura paralizzante nei confronti di una malattia che ha mietuto numerose vittime proprio tra gli anziani, un sentimento mantenuto costante nel tempo anche a causa di informazioni incessanti sul

virus e sul numero giornaliero di morti e contagi. Il tentativo, dunque, di preservare la salute fisica delle persone anziane non è stato esente da conseguenze sulla salute mentale. Infatti, oltre alla solitudine e all'isolamento, anche la paura e il rischio percepito di contrarre il COVID-19 hanno determinato conseguenze sul versante psicologico (Donizzetti & Lagacé, 2022): gli individui che hanno manifestato livelli più elevati di disagio psicologico sono coloro che hanno sperimentato maggiore solitudine, isolamento e paura di contrarre il virus.

I dati riassuntivi di una *review* sistematica con meta-analisi condotta da Ernst e collaboratori (2022), costituita da studi con disegni longitudinali, hanno rilevato un aumento del livello di solitudine percepita in tutti i gruppi d'età e generi nel periodo pandemico. Tuttavia, alcuni dei primi studi su larga scala, che hanno preso in esame l'isolamento sociale negli anziani, non hanno riscontrato il medesimo incremento (Benke et al., 2020; Luchetti et al., 2020). Innanzitutto, una prima ragione potrebbe risiedere nel fatto che isolamento sociale e solitudine siano due concetti distinti e solo debolmente correlati (Tanskanen & Anttila, 2016) (cfr. paragrafo 2.1). La solitudine, difatti, è correlata a fattori differenti, quali i tratti della personalità, le aspettative e i bisogni relazionali, la salute fisica e mentale e le norme culturali, variabili che hanno determinato conseguentemente la differenza dell'impatto della pandemia sugli individui (Ernst et al., 2022). Una seconda ragione è riscontrabile nel caso, ad esempio, delle condizioni di vita degli anziani isolati già precedentemente al diffondersi del virus: uno studio di Bundy ed altri autori (2021) ha riportato che le misure restrittive non hanno causato un incremento della solitudine negli individui intervistati già soli o costretti a stare a casa per ragioni differenti, dettate da condizioni di salute precarie fino ad un ritiro volontario. Quest'ultimi, infatti, abituati alla privazione sociale, hanno affermato di non aver

avvertito modifiche sostanziali o interruzioni della propria vita quotidiana, che la solitudine percepita non fosse attribuibile alla pandemia e di sopportare l'isolamento in virtù di necessità e responsabilità piuttosto che aver vissuto la condizione come un peso. Tuttavia, uno studio di Ozawa-de Silva e Parsons (2020) sottolinea come seppur, in alcuni casi, molti individui abbiano cercato e trovato una connessione con gli altri tramite l'utilizzo della tecnologia, le pratiche e i luoghi relazionali fossero sospesi: non essendo stato possibile svolgere attività quotidiane come mangiare e giocare in compagnia, né tanto meno frequentare luoghi di connessione sociale come mercati, campi da gioco, ecc., il desiderio di socialità e la conseguente sensazione di solitudine sono rimasti vivi. Gli autori, infatti, affermano come la connessione sociale sia verbale e visiva, ma soprattutto anche prossima, fisica, in virtù della nostra eredità evolutiva e all'importanza del "tocco affettivo". Di conseguenza è possibile ipotizzare che la medesima percezione si sia verificata negli individui anziani maggiormente isolati.

Alla luce dei risultati emersi, è importante tenere conto di queste considerazioni e delle differenze individuali nel vissuto di solitudine nella pianificazione di interventi volti a identificare e mitigare il fenomeno.

2.3 Effetti della vedovanza sulla solitudine e sull'isolamento sociale

De Leo e Trabucchi (2019) hanno evidenziato come la perdita di un proprio caro sia una delle cause principali che conducono la persona a sperimentare solitudine: il partner rende significativa la vita grazie alla condivisione di speranze, gioie e dolori e una delle reazioni manifeste più frequenti è, infatti, la chiusura in se stessi e la rinuncia a costruire nuove relazioni. Le persone anziane in particolare presentano una maggiore probabilità di

sperimentare anche la morte di amici o fratelli: questo accumulo di perdite può avere un effetto aggravante sulla salute fisica e mentale, nonché un impatto sulla resilienza a fronte di ulteriori lutti (Gerber et al., 2022). La letteratura, inoltre, ha dedicato molta attenzione agli anziani che hanno perso il proprio coniuge, come si può evincere dal paragrafo dedicato 1.2.3 del presente elaborato. Infatti, Lund (1989) ha da tempo evidenziato come la maggior parte delle persone vedove avesse menzionato la solitudine come la sfida più grande da affrontare nel quotidiano. Questo fenomeno trova riscontro anche in ambito clinico: infatti attualmente, nella revisione del testo della quinta edizione del DSM, (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, text revision, 2022*) tra i criteri per il Disturbo da Lutto Prolungato l'intensa solitudine (cioè il sentirsi soli o distaccati dagli altri) come conseguenza dalla morte compare come sintomo (Prigerson et al., 2021). Una *review* sistematica (Vedder et al., 2022) ha riportato dati appartenenti a ricerche in cui si registrano livelli elevati di solitudine subito dopo la perdita, a cui segue una lenta riduzione nel tempo, fatta eccezione per chi manifesta una cronicità, condizione in cui la solitudine persiste per anni. Nella medesima review alcuni studi hanno dimostrato che determinate variabili in particolare sono correlate alla solitudine nell'ambito del lutto: innanzitutto, le circostanze legate alla morte, ma anche all'eventuale malattia. Per quanto riguarda quest'ultima, in uno degli studi selezionati è stata riscontrata un'associazione tra i livelli di solitudine dopo la perdita e il *caregiving* o la gravità della malattia del partner. Una ricerca di Engel e collaboratori (2022) ha preso in esame un gruppo costituito da individui anziani che svolgevano *caregiving* per il proprio caro, sia a tempo pieno (36%) che parziale (21%), in condizioni di malattie differenti: lo studio ha riscontrato che il 21% del campione ha soddisfatto i criteri per il Disturbo da Lutto Prolungato. Gli autori hanno sostenuto ed evidenziato che, soprattutto nel caso di persone

affette da demenza, il *caregiving* finisce per modellare l'identità sulla base del ruolo di cura, comportando di conseguenza, successivamente al lutto, una perdita di identità e del proprio scopo di vita, che, a sua volta, compromette la qualità della vita ed esacerba i livelli di solitudine, già sperimentata a causa di un eventuale ritiro sociale dovuto all'assistenza. Per quanto riguarda, invece, le circostanze legate alla morte, lo studio di Engel e collaboratori (2022) ha osservato livelli di solitudine più elevati tra gli anziani in lutto oncologico. Uno studio di Caserta e collaboratori (2013) aveva già indagato se l'aspettativa riguardo la morte attenuasse gli esiti negativi del lutto e ha rilevato livelli ridotti di depressione, dolore e solitudine nelle persone il cui partner era morto in modo atteso e prevedibile per cause diverse dal tumore. Gerber e collaboratori (2020) hanno ipotizzato che ciò accadesse in quanto, sebbene questo tipo di perdita sia considerata prevedibile, alcune delle persone care possano sperimentare negazione e non accettare la diagnosi di malattia terminale e, conseguentemente, manifestare shock dopo la morte. Nel caso delle morti improvvise o violente, infatti, la solitudine si associa persino a ideazione suicidaria e tentativi di suicidio conseguentemente al lutto (Pitman et al., 2020).

Ritornando alla review di Vedder e collaboratori (2022), un'ulteriore variabile presa in considerazione è stata il sostegno sociale: molti degli studi selezionati, infatti, hanno riscontrato una maggiore solitudine esperita tra le persone che hanno ricevuto minore sostegno da parte di familiari, amici e vicini. Infine, gli autori hanno citato anche le modalità di coping: i dati, infatti, hanno mostrato che uno stile di coping flessibile, che non ostacola l'elaborazione della perdita e permette di andare oltre, così come le valutazioni positive, quali considerare il lutto come opportunità di crescita, costituiscano fattori protettivi.

Infine, De Leo e Trabucchi (2019) descrivono le differenze di genere nella reazione alla solitudine post-lutto: attualmente gli uomini tendono ad isolarsi successivamente alla perdita della moglie, sia come oggetto di deliberata scelta, che come conseguenza della perdita di una figura che, solitamente, governava le relazioni sociali e mediava quelle familiari. Inoltre, fatta eccezione per alcuni, molti uomini non si sono mai dedicati alle faccende domestiche e, con molta probabilità, anche le scelte culinarie ricadranno su abitudini scorrette con effetti descritti nel paragrafo 2.1.1. La solitudine dell'uomo si esprime, spesso, di conseguenza, attraverso esigenze sessuali non soddisfatte o di una nuova compagnia femminile, come già riportato nel paragrafo 1.2.3. Le donne, al contrario, mantengono i rapporti in famiglia e le abitudini casalinghe, circostanze che le portano a frequentare maggiormente luoghi di aggregazione, così come i centri sociali, mitigando gli effetti della solitudine.

Capitolo 3

Metodologia di ricerca

3.1 Obiettivo

L'obiettivo dello studio è quello di svolgere una revisione sistematica della letteratura riguardante l'esperienza di vedovanza e l'eventuale vissuto di solitudine nel momento pandemico nella popolazione anziana.

3.2 Metodo

La revisione è stata condotta adottando le linee guida previste dal metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher et al., 2009). Successivamente alla definizione della domanda di ricerca, è stata sviluppata la strategia di ricerca e il metodo di raccolta dei dati; sono stati poi delineati i criteri di inclusione e di esclusione in relazione all'obiettivo dello studio. Nei paragrafi successivi saranno descritti dettagliatamente la strategia adottata, i criteri di eleggibilità degli studi, il processo di selezione e di raccolta dei dati, e la sintesi dei risultati.

3.2.1 Strategia di ricerca

Per raccogliere i dati sull'esperienza di vedovanza e il vissuto di solitudine negli anziani durante e successivamente al periodo pandemico, nel mese di agosto 2023 sono stati consultati sistematicamente quattro database bibliografici (Ebsco PsycINFO, MEDLINE

PubMed, Ebsco Cinhal e Scopus). La ricerca è stata condotta da una ricercatrice (MR) che ha tenuto in considerazione solamente gli studi in lingua inglese con abstract disponibile pubblicati nel periodo che intercorre tra il 2020 e l'anno corrente, 2023. I termini di ricerca sono stati formulati basandosi su un'interpretazione della popolazione e del problema di interesse. Per le ricerche, effettuate mediante i database, sono state utilizzate le seguenti parole-chiave: *((widowhood OR "loss of spouse" OR "spousal loss" OR grief OR bereavement) AND (loneliness OR "social isolation") AND (elderly OR aged OR elder) AND (covid-19 OR coronavirus))*.

3.2.2 Criteri di eleggibilità

Sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione: (a) studi pubblicati in riviste accademiche; (b) studi che includono un campione costituito da individui ultrasessantacinquenni rimasti vedovi durante il periodo pandemico; (c) studi pubblicati nel periodo di tempo compreso tra il 2020 e il 2023.

I criteri di esclusione sono invece i seguenti: (a) studi con un campione costituito da anziani residenti in case di riposo o in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e/o che presentano ritardo cognitivo; (b) studi riguardanti il vissuto di solitudine generato dalle misure restrittive e le possibili ripercussioni sulla salute fisica e mentale; (c) studi che prendono in esame esperienze di perdita diverse rispetto alla vedovanza (lutto per amici, parenti, ecc.); (d) articoli con abstract non disponibile, in lingua differente da quella inglese, articoli di giornale, libri, capitoli di libri, book review, tesi e dissertazioni, commenti.

3.2.3 Processo di selezione

La prima selezione degli studi, condotta in accordo ai criteri di inclusione, è stata basata su *abstract* e titolo. Si è accertata l'assenza di duplicati prima di visionare gli articoli: in particolare, le citazioni con stesso titolo, anno di pubblicazione e abstract sono stati eliminati. Durante la fase di screening, non si è ritenuto necessario esaminare il testo completo di tutti gli articoli. Successivamente, basandosi sulla versione integrale o *full-text*, sono stati rifiutati gli articoli che incontravano i criteri di esclusione. In particolare, numerosi studi esclusi riportavano dati riferiti a: campioni con diagnosi di demenza, malattie terminali, disturbo di dipendenza da sostanze ecc. e l'esperienza di caregiving; numerosi studi riguardanti l'impatto della solitudine, generato dalle misure di contenimento del contagio da COVID-19, sulle coppie sposate, su individui di fasce d'età differenti da quella anziana (presa in esame nel presente elaborato), oppure su pazienti in ospedale o residenti in strutture residenziali; rischio di sviluppo di disturbo da lutto prolungato nelle persone che hanno perso un proprio caro durante la pandemia, in riferimento alla perdita di parenti stretti, familiari, amici e non coniuge.

Il processo di selezione degli studi è stato riassunto usando il diagramma di flusso PRISMA (Figura 1).

3.2.4 Processo di raccolta dei dati

È stata realizzata una tabella comprensiva di tutti gli studi che soddisfano i criteri di eleggibilità. Il revisore indipendente (MR) ha raccolto e verificato i dati dagli articoli selezionati. Nello specifico i dati raccolti includono: (a) le caratteristiche degli studi (nomi degli autori, l'anno di pubblicazione, il titolo, il luogo di pubblicazione e il disegno di

ricerca; (b) le caratteristiche del campione (il tipo di campione, la numerosità campionaria e l'età dei soggetti); (c) causa del decesso del coniuge (COVID-19 o altra causa);

Capitolo 4

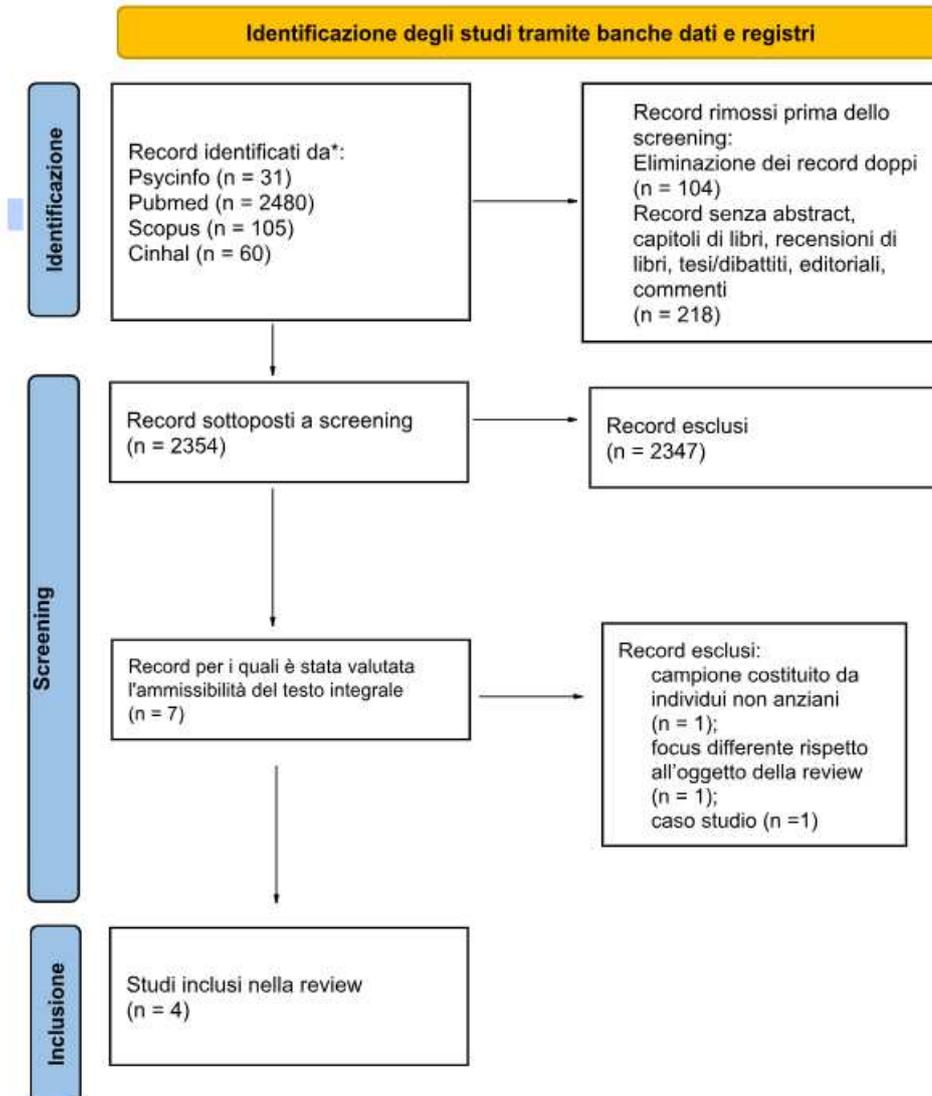
Risultati

Nello stadio iniziale, la ricerca condotta mediante i quattro database (psycINFO, Scopus, Cinhal e PubMed) ha generato 2676 documenti, dai quali sono stati rimossi, prima del processo di valutazione, 104 duplicati e 216 articoli in lingua differente da quella inglese e senza abstract disponibile. Dai 2354 documenti potenziali che sono stati identificati nella prima valutazione ne sono stati esclusi 2296 durante l'esame dei titoli e degli abstract. Quindi 7 studi in versione full-text sono stati valutati sulla base dei criteri di eleggibilità e 4 di questi hanno incontrato i criteri di inclusione. Le informazioni appena descritte sono state riportate nel diagramma di flusso PRISMA presentato in figura (Figura 1).

Figura 1

Diagramma di flusso PRISMA 2020 per le nuove revisioni sistematiche che comprendono solo ricerche su banche dati e registri.

Da: Page et al., (2021)



4.1 Caratteristiche degli studi selezionati

Tre studi che hanno incontrato i criteri di inclusione (Wang et al., 2022; Vieveen et al., 2023; Delaruelle et al., 2023) sono stati condotti in Europa, mentre lo studio di Yang & Gu (2021), in Cina. Tre di questi sono studi di tipo quantitativo (Wang et al., 2022;

Delaruelle et al., 2023; Yang & Gu, 2021), tuttavia presentano alcune differenze: lo studio di Wang e collaboratori (2022) è stato sviluppato secondo il disegno di ricerca quasi-sperimentale del *difference-in-difference*, con lo scopo di valutare se i vedovi anziani, il cui coniuge è mancato a causa del COVID-19, presentassero determinati e particolari rischi per la salute mentale, rispetto a persone rimaste vedove in epoca recente, ma pre-pandemica. Gli studi di Delaruelle e collaboratori (2023) e quello di Yang & Gu (2021) sono entrambi studi quantitativi di tipo *cross-sectional*. L'obiettivo del primo studio (Delaruelle et al., 2023) è stato quello di studiare l'impatto differenziale della pandemia di COVID-19 sulla solitudine negli uomini e nelle donne anziane che vivono soli, nello specifico indagando il ruolo della storia coniugale. In altre parole, gli autori hanno esaminato le differenze nella vulnerabilità degli individui anziani che vivono soli all'aumento della solitudine durante la crisi pandemica, distinguendo per categorie: non sposati, vedovi a breve, medio e lungo termine, divorziati a breve, medio e lungo termine e coloro che vivono separati.

Il secondo studio (Yang & Gu, 2021) si è proposto di esplorare il ruolo della durata della vedovanza nel fenomeno della solitudine e di indagare le differenze della suddetta relazione in base al genere e all'età negli individui anziani cinesi.

Lo studio di Vieveen e collaboratori (2023), invece, è uno studio qualitativo sviluppato secondo il disegno di ricerca *cross-sectional*, che si propone, attraverso l'utilizzo di interviste semi-strutturate, di indagare come i coniugi anziani in lutto in periodo pandemico abbiano attribuito significato alla morte del partner.

Per quanto riguarda le caratteristiche del campione, lo studio di Vieveen e colleghi (2023) ha selezionato 17 vedove/i di età compresa tra i 55 e 87 anni, intenzionati a partecipare ad un'intervista semi-strutturata con l'obiettivo di approfondire l'esperienza riguardo la

malattia e la morte del partner, la valutazione delle cure assistenziali ricevute e l'impatto delle misure restrittive su quest'ultime. Successivamente alla conduzione di tre interviste, gli autori hanno incluso nell'indagine il tema del *meaning-making* e del *coping* dei sopravvissuti. Il campione è stato selezionato dal database dello studio CO-LIVE (Onwuteaka-Philipsen et al., 2021), un questionario nazionale aperto online sulle esperienze durante la pandemia nei Paesi Bassi: nello specifico, familiari e operatori sanitari sono stati intervistati sulle proprie esperienze riguardanti le cure di fine vita per il proprio caro, o nel secondo caso un paziente, deceduto durante la pandemia di COVID-19. Di conseguenza, il campione della ricerca (Vieveen et al., 2023) include individui vedovi, il cui partner ultrasessantacinquenne è deceduto a causa del COVID-19 oppure di altre malattie croniche quali demenza, tumore, problemi ai polmoni, etc., in ospedale, casa di riposo, ospizio o in casa.

Nel caso del secondo studio preso in esame (Wang et al., 2022), il campionamento ha previsto un processo più complesso, proprio a causa delle complicazioni dovute alla pandemia. Gli autori, infatti, si sono serviti del *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) (Börsch-Supan et al., 2013): si tratta di un database di dati sulla salute, sullo stato socio-economico e sulle reti sociali e familiari degli individui, che copre gran parte dell'Unione Europea e Israele dal 2004. Ad oggi sono previste ondate di raccolta dati fino al 2024, riguardanti circostanze di vita attuali e storie di vita retrospettive, tramite l'adozione di questionari somministrati ad una coorte longitudinale di adulti di età pari o superiore a 50 anni. I ricercatori dello studio (Wang et al., 2022) spiegano nel dettaglio il processo di campionamento: l'ottava ondata dello SHARE è iniziata nel novembre 2019, ma la raccolta dei dati è stata sospesa a marzo 2020 a causa del COVID-19. In quel momento si registravano soltanto 55 decessi totali

dovuti al virus nell'Unione Europea e soltanto l'8% dei partecipanti campionati nello SHARE sono stati anche intervistati successivamente. Di conseguenza, adeguandosi alla crisi sanitaria, è stato inserito un questionario supplementare tra giugno e agosto 2020 (il cosiddetto “*COVID Supplement*”) indirizzato proprio a quest'ultimi. Unendo le informazioni degli intervistati nei Paesi che hanno partecipato ad entrambe le ondate (N=46.266 nell'Ondata 8 e N = 55,796 nel COVID Supplement) e osservando i report sui cambiamenti dello stato civile, gli autori si sono posti l'obiettivo di verificare se lo stato di salute mentale riportato dagli individui il cui coniuge è morto per COVID-19 (dati ricavati dal COVID Supplement), presentasse differenze con quello di individui il cui partner è deceduto poco prima della prima ondata del virus, ma per cause diverse dal COVID-19 (dati ricavati dall'Ondata 8).

Anche Delaruelle e collaboratori (2023) si sono serviti del database SHARE, nello specifico dell'Ondata 8, 7, 3 e dello *SHARE Corona Survey* (Börsch-Supan, 2020) per investigare l'impatto differenziale della storia coniugale sulla vulnerabilità degli anziani che vivono soli alla solitudine, aumentata durante la pandemia. Dai 21.784 rispondenti gli autori hanno ristretto il campione, non reclutando le persone al di sotto dei 65 anni e gli individui anziani nelle case di riposo, per un totale di 6.326 anziani.

Per quanto riguarda lo studio di Yang & Gu (2021), gli autori si sono serviti del *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*, ovvero il primo studio nazionale longitudinale che ha lo scopo di indagare, attraverso interviste somministrate randomicamente in 22 delle 31 province, le determinanti dello stato di salute e di longevità degli adulti anziani cinesi. L'analisi dello studio ha incluso 34.440 individui ultrasessantacinquenni (utilizzando le Ondate di raccolta dati del 2002, 2005, 2008, 2011 e 2014), con lo scopo

di esaminare gli effetti della vedovanza sulla solitudine, nello specifico in rapporto alle differenze di età, genere e durata della vedovanza.

Ai fini di questa revisione sistematica è importante considerare i dati emersi dagli studi appena citati. Lo studio di Wang e collaboratori (2022) si è posto come obiettivo quello di indagare se la morte del coniuge a causa del COVID-19 presentasse rischi specifici per la salute mentale, rispetto a quelli previsti per le persone rimaste vedove di recente, ma in periodo pre-pandemico, date le particolarità della morte e dell'elaborazione del lutto durante la pandemia. I ricercatori hanno utilizzato strumenti *self-report* a singolo item per l'*assessment* della salute mentale, nello specifico riguardanti la solitudine, depressione e problemi del sonno. I risultati hanno dimostrato una forte associazione tra la perdita del coniuge per COVID-19 e un peggioramento netto della salute mentale per quanto riguarda depressione e solitudine, rispetto all'aspettativa basata su dati pre-pandemici sulla perdita recente.

Lo studio di Delaruelle e collaboratori (2023) ha investigato l'impatto differenziale della storia coniugale sulla vulnerabilità degli anziani che vivono soli alla solitudine durante la crisi pandemica, distinguendo le seguenti categorie: vedovi a breve, medio e lungo termine, persone separate o divorziate a breve, medio e lungo termine o mai sposate. Per comprendere in modo più approfondito l'effetto, gli autori hanno individuato tre meccanismi in grado di influire o meno sulla vulnerabilità alla solitudine: il "meccanismo di opportunità", che sostiene che la storia coniugale plasma le opportunità delle persone di mantenere o avere contatti sociali durante la pandemia, ad esempio ipotizzando che una persona vedova da anni sia più a rischio di solitudine rispetto ad una vedovanza recente e che una persona non sposata, invece, corra il massimo rischio; il "meccanismo dell'aspettativa", il quale sostiene che la storia

coniugale condizioni le aspettative e i bisogni di contatto sociale delle persone durante la pandemia, ad esempio ipotizzando che le persone mai sposate abbiano meno difficoltà nel gestire la mancanza o l'assenza di rete sociale dovuta alle misure restrittive, essendo presumibilmente già abituate; il “meccanismo della vulnerabilità” afferma che la storia coniugale condizioni la vulnerabilità al peso della pandemia sullo stato di salute mentale, ipotizzando che persone vedove o divorziate affrontino un evento di vita stressante che può andare a sommarsi con gli *stressor* secondari generati dal pericolo del virus e dalle misure restrittive per il contenimento del contagio, influenzando negativamente sullo stato di salute psicofisica. Le analisi dei dati hanno confermato l'ipotesi iniziale per cui la storia coniugale ha determinato variazioni negli effetti della pandemia sulle sensazioni percepite di solitudine. In generale, i risultati hanno messo in evidenza la rilevanza di due dimensioni dello stato coniugale nell'eterogeneità dei punteggi elevati di solitudine percepita: il tipo di transizione che conduce al vivere senza un partner (vedovanza, divorzio, separazione, ecc.) e la durata temporale del suddetto status.

Lo studio di Yang e Gu (2021) ha indagato se e come la vedovanza e la durata della stessa siano associate alla solitudine nelle differenti classi d'età e genere negli adulti anziani cinesi. I risultati hanno mostrato che esista, con una serie di covariate controllate (età, genere, residenza in zona urbana o rurale, istruzione, indipendenza economica, occupazione prima del pensionamento, relazioni intergenerazionali, fumo, esercizio fisico, ottimismo, soddisfazione di vita), una correlazione significativa tra i due fenomeni. Inoltre, gli autori hanno messo in evidenza che la vedovanza è associata a probabilità più che doppie di solitudine percepita durante i primi due anni successivi al lutto del coniuge, rispetto agli anziani attualmente sposati, percentuale che tende a

diminuire con la durata della vedovanza, ma che rimane comunque significativa persino dopo quarant'anni di lutto. I risultati sono coerenti tra gruppi d'età e sesso. Un ulteriore dato degno di nota riportato è che il risposarsi dopo la vedovanza potrebbe essere in grado di ridurre o compensare il rischio di solitudine.

Lo studio di Vieveen e collaboratori (2023) si è proposto di descrivere, attraverso la somministrazione di interviste semi-strutturate, il processo di attribuzione di significato (il cosiddetto “*meaning-making*”) alla morte del partner nel periodo pandemico. Il campione di 17 vedovi anziani comprende anche cause di decesso diverse dal COVID-19, tuttavia lo studio riporta il processo di elaborazione del lutto nelle circostanze e limitazioni previste dal diffondersi del virus: in particolare, sono state evidenziate le difficoltà nel processo di superamento della perdita dovute alla mancanza di contatto e di vicinanza al coniuge nel momento della malattia e del fine-vita; l'assenza di comunicazioni, informazioni e aggiornamenti adeguati sullo stato di salute del partner da parte degli operatori sanitari, nonché l'insoddisfazione, talvolta, riguardo le cure assistenziali ricevute; la privazione della possibilità di condividere il vissuto e i ricordi del defunto nelle cerimonie funebri e di ricevere adeguato supporto sociale e vicinanza da parte dei propri cari.

Le caratteristiche degli studi selezionati sono state sintetizzate e riportate in tabella (Tabella 3).

Autore	Titolo	Paese	Tipo di studio	Disegno di ricerca	Campione	Tipo di morte del partner
Vieveen et al. (2023)	<i>Meaning-making following loss among bereaved spouses during the COVID-19 pandemic (the CO-LIVE study)</i>	Europa	Studio qualitativo	Studio <i>cross-sectional</i>	Vedove/i tra i 55 e 87 anni (N=17)	Covid o altre malattie
Delaruelle et al. (2023)	<i>Marital-history differences in increased loneliness during the COVID-19 pandemic: A European study among older adults living alone</i>	Europa	Studio quantitativo	Studio <i>cross-sectional</i>	Uomini anziani (N = 1.504) e donne anziane (N = 4.822) che vivono soli	Non specificato
Yang & Gu (2021)	<i>Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China</i>	Cina	Studio quantitativo	Studio <i>cross-sectional</i>	Coniugati/e, vedovi/e, vedovi/e risposati/e, mai sposati e divorziati di 65+ anni (N=34.440)	Non specificato
Wang et al. (2022)	<i>Mourning in a Pandemic: The Differential Impact of COVID-19 Widowhood on Mental Health</i>	Europa	Studio quantitativo	Studio <i>cross-sectional</i>	Vedovi/e durante la pandemia, il cui partner è morto per Covid (N=55.796) e Vedovi/e prima della pandemia, il cui partner è morto per altre cause (N=46.266)	Covid o altre malattie

Tabella 3

Caratteristiche degli studi selezionati

4.2 Caratteristiche degli studi esclusi

Il revisore indipendente (MR) ha esaminato la versione integrale di 7 articoli, di cui 3 hanno incontrato i criteri di esclusione illustrati nel paragrafo 3.2.2 del presente elaborato. Le principali ragioni alla base dell'esclusione degli articoli sono riassunte in: (a) campione costituito da individui non anziani; (b) focus differente rispetto all'esperienza di vedovanza nel periodo pandemico; (c) caso studio.

In particolare, lo studio di Bard & Rodrigues (2022) è uno studio con disegno di ricerca misto, che ha combinato dati quantitativi e qualitativi, con lo scopo di indagare il processo di lutto nei vedovi e vedove di classe d'età dai 23 agli 82 anni. L'obiettivo della ricerca è stato quello di indagare le specificità e somiglianze del processo luttuoso e di individuare, pertanto, fattori protettivi e di rischio rispetto allo sviluppo del disturbo da lutto prolungato, nonché di approfondire le varie sfide, compiti e nuovi ruoli che hanno dovuto affrontare i coniugi successivamente alla perdita. Lo studio non prende in esame le morti da COVID-19, né tantomeno l'effetto della pandemia sul processo di superamento della perdita, tuttavia gli autori hanno inserito una domanda esplorativa su eventuali difficoltà insorte durante il *lockdown*, pertanto è stato escluso.

Lo studio di Ishiwaka (2020) ha offerto una panoramica di strategie di coping e di trattamento per gli individui anziani durante la pandemia: l'autore ha descritto le perdite a cui gli adulti anziani sono andati incontro, quali perdita dell'indipendenza, della connessione sociale, della sicurezza finanziaria, dell'accesso ai beni di prima necessità e al sostegno, nonché quella della salute e, talvolta, della vita propria o dei propri cari. Sono state descritte le paure più recondite di questa fascia di popolazione, dall'incertezza sul

futuro, alla solitudine e mortalità. Non trattando nello specifico il tema della vedovanza e della solitudine, non è stato preso in considerazione ai fini della *review*.

Lo studio di Eichenberger et al. (2022) ha riportato due casi studio di donne anziane che hanno sviluppato un disturbo depressivo maggiore con caratteristiche psicotiche a seguito della perdita improvvisa del coniuge nel contesto di isolamento sociale della pandemia di COVID-19, suggerendo che la perdita con caratteristiche simili possa costituire un fattore di rischio per lo sviluppo della suddetta condizione, tuttavia basandosi su un campione eccessivamente ristretto, non esplorando la soggettività e il vissuto dei soggetti in questione, riportando solamente la descrizione del quadro clinico, della terapia e remissione dei sintomi. Pertanto non è stato incluso.

Capitolo 5

Discussione

I risultati descritti nel paragrafo precedente testimoniano la presenza contenuta di letteratura sull'argomento della vedovanza e della solitudine nelle persone anziane in relazione al periodo pandemico. Dai risultati sono emerse due tematiche importanti: innanzitutto, coerentemente a quanto è stato già riportato in letteratura (Eisma et al., 2021; Testoni et al., 2021; Eisma et al., 2020; Carr et al., 2020), l'esperienza del lutto vissuta nel periodo pandemico è caratterizzata da peculiarità negative, le quali possono costituire fattori di rischio per l'insorgenza di lutto complicato, interferendo con il processo di superamento della perdita (Vieveen et al., 2023). Si tratta, ad esempio, del vissuto emerso frequentemente del senso di abbandono da parte dei servizi sanitari e delle perplessità riguardo i trattamenti e le cure destinate al proprio caro: lo studio di Vieveen e collaboratori (2023), incluso nella *review*, a tal proposito riporta come le persone vedove abbiano risentito della mancanza di comunicazione sia con il proprio coniuge, impossibilitate ad effettuare visite, sia con il personale sanitario, con una conseguente incomprendimento e insoddisfazione dei trattamenti non personalizzati destinati al proprio caro. Il dolore dei vedovi, come è stato riportato nello studio appena citato, nonché nello studio di Wang e collaboratori (2021), è stato acuito ulteriormente dall'isolamento sociale, dalla mancanza o carenza di sostegno pratico ed emotivo da parte della propria rete sociale, dall'impossibilità di svolgere come di norma i rituali di morte, nonché dagli stressor secondari dovuti alla pandemia. Lo studio di Wang e collaboratori (2021) incluso nella *review*, infatti, ha riscontrato come la perdita del coniuge a causa del COVID-19 sia associata ad un peggioramento della salute mentale, soprattutto in termini di incremento

del senso di solitudine e di sintomi depressivi, più di quanto atteso rispetto alla medesima associazione ma rilevata in periodo pre-pandemico. Anche quest'ultimo dato è riscontrabile nella letteratura già presente sull'argomento (Eisma et al., 2021; Eisma & Tamminga, 2020).

Il secondo tema rilevante, che emerge dai risultati descritti nel paragrafo precedente, è il rapporto tra solitudine e vedovanza. La *review* di Vedder e collaboratori (2022) aveva già riportato come si registrasse un aumento dei livelli di solitudine nel momento immediatamente successivo alla perdita, cui faceva seguito una lenta riduzione nel tempo, fatta eccezione per chi avrebbe manifestato uno stato di cronicità. Nella medesima *review* alcuni studi avevano dimostrato che alcune variabili in particolare fossero correlate alla solitudine nell'ambito del lutto, ovvero le circostanze legate alla morte del proprio caro e la qualità e quantità di supporto sociale ricevuto (cfr. paragrafo 2.3 del presente elaborato). La letteratura aveva già reso nota una correlazione significativa tra vedovanza e solitudine (Yang & Gu, 2021), giustificata dal fatto che la perdita del coniuge implica la perdita di un supporto sociale, emotivo, pratico e fisico, incrementando il sentimento di solitudine. Yang & Gu (2021) hanno esaminato nel dettaglio il ruolo della durata della vedovanza, del genere, dell'età in questa relazione, mentre Delaruelle e collaboratori (2023) hanno investigato se la storia coniugale (tra cui lo stato di vedovanza) potesse causare variazioni nella vulnerabilità degli anziani che vivono soli all'aumento della solitudine durante la pandemia. I risultati di entrambi gli studi hanno messo in evidenza la rilevanza di due dimensioni dello stato coniugale nell'eterogeneità dei punteggi elevati di solitudine percepita: il tipo di transizione che conduce al vivere senza un partner (vedovanza, divorzio, separazione, ecc.) e la durata temporale del suddetto status. Nel dettaglio hanno sottolineato come: (a) la pandemia di COVID-19 abbia amplificato il

rischio di solitudine per gli anziani che vivono soli, i quali hanno sperimentato un isolamento sociale maggiore rispetto ai coetanei vivono con qualcuno; (b) in particolare, rispettivamente allo status coniugale di non sposato, vedovo da breve, medio e lungo termine, divorziato da breve, medio e lungo termine o separato, le analisi confermano che la storia coniugale determini effettivamente variazioni nella vulnerabilità alla solitudine. Ovvero, uomini rimasti vedovi di recente (e quindi da breve termine), ad esempio, sono più a rischio di aumento della solitudine rispetto a chi è vedovo da lungo tempo o è separato; donne vedove o divorziate hanno probabilità maggiori di manifestare un aumento della solitudine, in particolare le vedove da medio termine sono a maggior rischio di aumento della percezione di solitudine, rispetto alle vedove da lungo tempo; (c) sia la percentuale più bassa che quella più alta di coloro che hanno riportato un aumento della solitudine sono state osservate nei paesi con sistemi familiari forti, suggerendo che siano coinvolti altri fattori istituzionali (ad esempio, le politiche relative al COVID-19); (d) con una serie di covariate controllate (tra cui età, genere, residenza in zona urbana o rurale, istruzione, ecc.) si continua a manifestare una correlazione significativa tra vedovanza e solitudine; (e) la vedovanza è associata a probabilità più che doppie di solitudine percepita durante i primi due anni successivi al lutto del coniuge, rispetto agli anziani attualmente sposati, percentuale che tende a diminuire con la durata della vedovanza, ma che rimane comunque significativa persino dopo quarant'anni di lutto, con una consistenza dei risultati tra gruppi d'età e genere; (f) risposarsi dopo la vedovanza potrebbe essere in grado di ridurre o compensare il rischio di solitudine.

Lo studio di Delaruelle e collaboratori (2023) ha tentato di spiegare l'influenza dello stato coniugale sulla solitudine attraverso i tre meccanismi dell'opportunità, della vulnerabilità e dell'aspettativa descritti nel paragrafo 4.1 del presente elaborato.

I risultati di questa revisione sistematica della letteratura vanno considerati alla luce di alcuni limiti. Primo, sono pochi gli studi che si sono occupati di indagare il tema, come anticipato pocanzi. Secondo, due degli studi presi in considerazione (Wang et al., 2022; Delaruelle et al., 2023) si sono serviti del database SHARE, in cui gli unici indicatori di salute psicofisica sono sintomi depressivi e igiene del sonno, inoltre in entrambi gli studi viene utilizzata una scala a singolo item per indagare la solitudine. Potrebbe essere interessante, invece, ampliare i campi di indagine con il fine di comprendere il reale impatto sul benessere psicofisico. Il medesimo database, inoltre, si basa sulla prima ondata di COVID-19, quando i decessi nel mondo, in questo caso soprattutto concernenti il coniuge, erano contenuti. Potrebbe essere utile indagare eventuali modifiche nel corso del tempo, sia dal punto di vista longitudinale, per verificare la situazione odierna degli individui rimasti vedovi durante la prima ondata, sia dal punto di vista di maggiori informazioni e dati da raccogliere sul tema. Terzo, gli studi presi in considerazione non hanno utilizzato nell'esplorazione come variabile la qualità del rapporto con il coniuge, che tuttavia ha un ruolo nel processo di adattamento alla perdita, come si può evincere dal paragrafo 2.3, nonché del ruolo delle strategie di coping nella relazione che intercorre tra vedovanza e solitudine.

Nonostante i limiti, esistono anche punti di forza che attribuiscono valore al lavoro di revisione sistematica realizzato all'interno di questa tesi. Primo, il rigore metodologico con cui è stata eseguita la revisione, aderendo alle linee guida del metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher et al., 2009). Secondo, sulla base dei risultati della revisione, quella descritta in questo lavoro

di tesi è la prima revisione sistematica della letteratura ad indagare la solitudine e vedovanza negli anziani durante la pandemia.

Conclusione

Il presente elaborato si è proposto di indagare, attraverso una revisione sistematica della letteratura, l'esperienza di vedovanza delle persone anziane e del vissuto di solitudine, durante il periodo pandemico. In letteratura era stata già identificata una correlazione significativa tra solitudine e vedovanza (cfr. paragrafo 1.2.3 e 2.3), tuttavia i risultati della presente *review* attestano la mancanza di studi sull'argomento nel periodo pandemico. Molti articoli, infatti, tra cui una *review* sistematica recente sul tema (Vedder et al., 2022) sono incentrati sulla perdita di un proprio familiare o di un amico, ma non del coniuge. L'importanza di una ricerca sul tema è avallata dalla necessità di approfondire il processo luttuoso e il vissuto di solitudine nelle persone anziane che hanno perso il coniuge in questo periodo da una triplice ragione: da un lato, perché le politiche di isolamento sociale rappresentano un ostacolo nel processo di superamento del lutto (Eisma et al., 2020; Vieveen et al., 2023); dall'altro, è importante prendere in considerazione le conseguenze sulla salute psicologica, le quali possono portare al rischio di sviluppo di Disturbo da lutto prolungato, nonché le conseguenze psicofisiche che il vissuto di solitudine e di isolamento sociale implicano nella fascia di popolazione anziana (cfr. paragrafo 2.1.2). Dalla presente *review*, infatti, è emerso come le persone anziane rimaste vedove durante il COVID-19 abbiano evidenziato alcune difficoltà nel processo di superamento della perdita, dovute alla mancanza di vicinanza e contatto con il coniuge durante la malattia e il fine-vita, con i propri cari nei momenti di supporto necessario, nonché un senso di insoddisfazione riguardo le cure assistenziali ricevute (Vieveen et al., 2023). In letteratura è stato già reso noto come queste circostanze possano favorire l'insorgenza del Disturbo da lutto prolungato (Eisma et al., 2021). Inoltre, uno studio incluso nella *review* (Wang et al., 2022) ha attestato un peggioramento maggiore della salute mentale in termini di

sintomi depressivi e percezione di solitudine negli individui anziani rimasti vedovi durante il periodo pandemico. Questo dato è in linea con la *review* di Vedder e collaboratori (2022), dove molti studi hanno riscontrato una maggiore solitudine esperita tra le persone che hanno ricevuto minore sostegno da parte di familiari, amici e vicini, circostanza che è stata acuita durante le politiche di isolamento per il contenimento del contagio. La presente *review* ha evidenziato come la percezione di solitudine possa persistere anche quarant'anni dopo il lutto e diventare cronica (Yang & Gu, 2021). Considerate le implicazioni sulla salute fisica e mentale degli individui anziani della solitudine e dell'isolamento sociale, si mostrano necessari ulteriori studi di approfondimento sul tema. In particolare, considerati i risultati della *review* su come la percezione di solitudine sia acuta nei primi due anni successivamente alla perdita e a come un nuovo matrimonio potrebbe diminuire l'intensità del vissuto (Yang & Gu, 2021), potrebbe rivelarsi utile promuovere interventi tempestivi nel primo caso e, eventualmente, effettuare studi di approfondimento sul ruolo della cultura e del genere sulla possibilità del trovare un nuovo compagno.

Riferimenti bibliografici

Anderson, M., & Perrin, A. (2017). Technology use among seniors. Pew Research Center: Internet, Science & Tech. Disponibile in:

<https://www.pewresearch.org/internet/2017/05/17/technology-use-among-seniors/>

Antonelli, E. (2014). La Satisfaction with Life Scale (SWLS): un contributo alla validazione italiana con anziani. *Counseling*, 7(2), 199-210.

American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Baarck, J., d’Hombres, B. & Tintori, G. (2021) Loneliness in Europe before and during the COVID-19 pandemic. JRC Science for Policy Briefs Series, European Commission, Joint Research Centre.

Bard, B.A. & Rodrigues, C.S.M. (2022). When 'the Happily Ever After Ends': The Grieving Process in Widowhoods. *Omega (Westport)*, 003022282110659.

Benke, C., Autenrieth, L.K., Asselmann, E. & Pané-Farré, C.A. (2020). Stay-at-home orders due to the COVID-19 pandemic are associated with elevated depression and anxiety in younger, but not older adults: results from a nationwide community sample of adults from Germany. *Psychological Medicine*, 52(15), 1-2.

Bennett, K.M. & Soulsby L.K. (2012). Wellbeing in bereavement and widowhood. *Illness, Crisis & Loss*, 20(4), 321-337.

Bennett, K.M., Hughes, G.M., & Smith, P.T. (2003). “I think a woman can take it”: Widowed men’s views and experiences of gender differences in bereavement. *Ageing International*, 28(4), 408-424.

Bennett, K.M., Hughes, G.M., & Smith, P.T. (2005). Coping, depressive feelings and gender differences in late life widowhood. *Aging and Mental Health*, 9(4), 348-353.

Bennett, J.M., Fagundes, C.P. & Kiecolt-Glaser, J.K. (2013). The chronic stress of caregiving accelerates the natural aging of the immune system. In Bosch, J., Phillips, A., Lord, J. (Eds.) *Immunosenescence: Psychosocial and behavioral determinants* (pp. 35–46). New York, NY: Springer.

Berlingieri, F., Colagrossi, M. & Mauri, C. (2023). Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey, Commissione europea, JRC133351. Ultima visita: 04.08.23.

<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC133351>

Blazer, D.G., Bachar, J.R. & Manton, K.G. (1986). Suicide in late life. Review and commentary. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 519-525.

Boffo, M., Mannarini, S. & Munari, C. (2012). Exploratory structure equation modeling of the UCLA loneliness scale: A contribution to the Italian adaptation. *TPM Testing Psychometrics Methodology in Applied Psychology*, 19 (4), 345-363.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59 (1), 20–28.

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.

Börsch-Supan, A. (2020). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 1.0.0.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J. et al. (2013). Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001.

Bowen, M. (1980). La reazione della famiglia alla morte. In Andolfi, M. & De Nichilo, M. (Eds.), *Dalla famiglia all'individuo* (pp. 139–154). Roma: Astrolabio.

Bowlby, J. (1999). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: l'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664–678.

Bruce, M.L., Kim, K., Leaf, P.J. & Jacobs, S. (1990). Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *American Journal of Psychiatry*, 147, 608-611.

Bundy, H., Lee, H.M., Sturkey, K.N. & Caprio, A.J. (2021). The lived experience of already-lonely older adults during COVID-19. *Gerontologist*, 61(6), 870-877.

Burton, A.M., Haley, W.E. & Small, B.J. (2006). Bereavement after caregiving or unexpected death: Effects on elderly spouses. *Aging & Mental Health*, 10(3), 319-326.

Cacioppo, J.T. & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Norman, G.J. & Berntson, G.G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), 17-22.

Cacioppo, S., Capitano, J.P. & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464-504.

Cacioppo, J.T., Cacioppo, S. & Boomsma, D.I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 3–21.

Carmassi, C., Coversano, C., Pinori, M., Bertelloni, C., A., Dalle Luche, R., Gesi, C. & Dell’Osso, L. (2016). Il lutto complicato nell’era del DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 51(6), 231–237.

Carr, D., (2003). A "Good Death" for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 215–232.

Carr, D.S. (2004). Gender, preloss marital dependence, and older adults’ adjustment to widowhood. *Journal of Marriage and Family*, 66 (1), 220–35.

Carr, D., House, J.S., Kessler, R.C., Nesse, R.M., Sonnega, J. & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55(4), 197-207.

Carr, D., House, J.S., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R.C. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons.

Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56(4), 237-248.

Carr, D., Boerner, K. & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of Coronavirus: unprecedented challenges demand novel interventions. *The Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 425-431.

Cavalli, S., Cereghetti, S., Pusterla, E.R.G. & Zaccaria, D. (2021) Isolamento sociale e solitudine nell'anzianità. *Iride, Rivista di economia, sanità e sociale del DEASS*, 11, 11-13.

Centers for Disease Control and Prevention COVID-19 Response Team (2020). Severe outcomes among patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(12), 343–346.

Chang, Q., Chan, C.H., & Yip, P.S.F. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science and Medicine*, 191, 65–76.

Cheung, G., Edwards, S. & Sundram, F. (2017). Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1371–1380.

Chi, N.C. & Demiris, G., (2017). Family caregivers' pain management in end-of-life care: a systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(5), 470-485.

Cionini, L. & Mantovani, I. (2016). Leggere la dissociazione dell'esperienza del trauma relazionale: la psicoterapia nell'ottica costruttivista intersoggettiva. *Costruttivismi*, 3, 40–62.

Currier J.M., Holland J.M., Coleman R.A., & Neimeyer R.A. (2008). Bereavement following violent death: an assault on life and meaning. In Stevenson R. & Cox G. (Eds.), *Perspectives on violence and violent death* (pp. 177–202). Amityville, NY: Baywood.

Das, A. (2013). Spousal loss and health in late life: Moving beyond emotional trauma. *Journal of Aging and Health*, 25, 221–242.

De Leo, D., Anile, C., Donna, S., Marinato, G., Tassara, L., Giannotti, A.V. & Zammarrelli, J. (2023). *Il lutto traumatico*. Firenze: Hogrefe.

De Leo, D., Guarino, A., Congregalli, B., Zammarrelli, J., Valle, A., Paoloni, S. & Cipolletta, S. (2022). Receiving Notification of Unexpected and Violent Death: A Qualitative Study of Italian Survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10709.

De Leo, D., & Trabucchi, M. (2019). *Maledetta solitudine. Cause ed effetti di un'esperienza difficile da tollerare*. Milano: San Paolo.

De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O. & Andriessen, K. (2011). *Lutto traumatico: l'aiuto ai sopravvissuti. Aspetti teorici e interventi assistenziali*. Roma: Alpes Italia.

De Leo, D. & Trabucchi, M. (2020). The fight against COVID-19: a report from the Italian trenches. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1161-1164.

De Luca, M.L., Tineri, M., Zaccarello, G., Grossi, G., Altomonte, A., Slavic, E. et al. (2015). Adattamento e validazione del questionario "PG-13" Prolonged Grief nel contesto italiano. *Rivista Italiana di cure palliative*, 17(2), 84-92.

de Mendonça Lima, C.A., De Leo, D., Ivbijaro, G. & Svab, I. (2021). Loneliness and abuse as risk factors for suicide in older adults: new developments and the contribution of the WPA Section on Old Age Psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 455-456.

De Stefano, R., Muscatello, M.R.A., Bruno, A., Cedro, C., Mento, C., Zoccali, R.A. & Pandolfo, G. (2021). Complicated grief: A systematic review of the last 20 years. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 492-499.

Delaruelle, K., Vergauwen, J., Dykstra, P., Mortelmans, D. & Bracke P. (2023). Marital-history differences in increased loneliness during the COVID-19 pandemic: A European study among older adults living alone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 108, 104923.

Dell'Osso, L., Carmassi, C. & Shear, M.K. (2013). Dal lutto complicato (Complicated Grief) al Persistent Complex Bereavement Disorder. *Journal of Psychopathology*, 19, 185–190.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49, 71-75.

Di Fabio, A. & Palazzeschi, L. (2012). La Satisfaction With Life Scale (SWLS): un contributo alla validazione italiana con lavoratori adulti. *Counseling: Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 5, 207-215.

Di Fabio, A. & Palazzeschi, L. (2015). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): un contributo alla validazione italiana [Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): A contribution to Italian validation]. *Counseling: Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 8(3), 127–140.

DiNapoli, E.A., Wu, B. & Scogin, F. (2014). Social isolation and cognitive function in Appalachian older adults. *Research on Aging*, 36(2), 161–179.

Donizzetti, A.R. & Lagacé, M. (2022). COVID-19 and the elderly's mental illness: the role of risk perception, social isolation, loneliness and ageism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4513.

Donovan, N.J., Okereke, O.I. & Vannini, P. (2016). Association of higher cortical amyloid burden with loneliness with cognitively normal older adults. *JAMA Psychiatry*, 73, 1230-1237.

Dugan, E., & Kivett, V.R. (1994). The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist*, 34, 340-346.

Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2000). Omsorg for etterlatte etter selvmord. Etterlattestudien. [Support and care for survivors of suicide. The community study]. Report. Center for Crisis Psychology, Bergen.

Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27(2), 143–165.

Eichenberger, A.R., Carlew, A.R., Kelley, B.J. & Camp, M.E. (2022). Psychotic depression in older adults following the sudden loss of a spouse during the COVID-19 pandemic: a case series. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 70(4), 297–299.

Eisma, M.C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*; 0(0).

Eisma, M.C. & Tamminga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 Pandemic: multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), 1-4.

Eisma, M.C., Boelen, P.A. & Lenferink, L.I.M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031.

Eisma, M.C, Tamminga, A., Smid, G.E. & Boelen, P.A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54-56.

Engel, L., Brijnath, B., Chong, T.W.H., Hills, D., Hjorth, L., Loi, S. et al. (2022). Quality of life and loneliness post-bereavement: Results from a nationwide survey of bereaved older adults. *Death Studies*, 1-12.

Ernst, M., Niederer, D., Werner, A. M., Czaja, S. J., Mikton, C., Ong, A. D. et al. (2022). Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist*, 77(5), 660–677.

Eurostat (2017). “Do Europeans feel lonely?”. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170628-1>. Ultima visita: 09.08.23

Farberow, N.L., Gallagher-thompson, D., Gilewski, M. & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47(6), 357–366.

Fischer, C.S. & Phillips, S.L. (1982). *Who is alone? Social characteristics of people with small networks*. L.A. Peplau, D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, Wiley, New York, pp. 21-39.

Flook, M., Jackson, C., Vasileiou, E., Simpson, C.R., Muckian, M.D, Agrawal, U. et al. (2021). Informing the public health response to COVID-19: a systematic review of risk factors for disease, severity, and mortality. *BMC Infectious Diseases*, 21, 342.

Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 3–11). Oxford University Press.

Flowers, L., Houser, A., Noel-Miller, C., Shaw, J., Bhattacharya, J., Schoemaker, L. & Farid, M. (2017). Medicare spends more on socially isolated older adults. *Insight on the Issues*, 125, 1119–1143.

Freud, S. (1915) Lutto e melanconia. (trad.it. In *Opere. Vol.8*. Boringhieri, Torino, 1976).

Gallagher, D.E., Thompson, L.W. & Peterson, J.A. (1981). Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, 14, 79-95.

Gamino, L.A., Easterling, L.W., Stirman, L.S. & Sewell, K.W. (2000). Grief adjustment as influenced by funeral participation and occurrence of adverse funeral events. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 41, 79–92.

Gerber, K., Brijnath, B., Lock, K., Bryant, C., Hills, D. & Hjorth, L. (2022). 'Unprepared for the depth of my feelings' - Capturing grief in older people through research poetry. *Age Ageing*, 51(3), afac030.

Gerber, K., Lemmon, C., Williams, S., Watt, J., Panayiotou, A., Batchelor, F., Hayes, B. & Brijnath, B. (2020). 'There for me': A qualitative study of family communication and decision-making in end-of-life care for older people. *Progress in Palliative Care*, 28(6), 354–361.

Gerstorf, D., Smith, J. & Baltes, P. B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: Longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 21(4), 645–663.

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I.M. & Dell'Osso, L., (2020). Complicated Grief: what to expect after the Coronavirus Pandemic. *Front Psychiatry*, 26(11), 489.

Hansson, R.O. & Stroebe, M.S. (2003). Grief, older adulthood. In: Gullotta, T.P. & Bloom, M. (Eds.), *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* p. 515–21. Boston, MA: Springer.

- Harrop, E., Goss, S., Farnell, D., Longo, M., Byrne, A., Barawi, K. et al. (2021). Support needs and barriers to accessing support: Baseline results of a mixed-methods national survey of people bereaved during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(10), 1985-1997.
- Hawkley, L.C., Preacher, K.J. & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology*, 29, 124–129.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons
- Heinrich, L.M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.
- Hellinger, B. (2003). *Farewell: Family Constellation with Descendants of Victim and Perpetrators*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Heuser, C. & Howe, J. (2019). The relation between social isolation and increasing suicide rates in the elderly. *Quality in Ageing and Older Adults*, 20(1), 2-9.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-37.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*, (pp. 83–108). New York, NY: Academic Press.
- Hung, Y.C., Chen, Y.H., Lee, M.C. & Yeh, C.J. (2021). Effect of spousal loss on depression in older adults: Impacts of time passing, living arrangement, and spouse's health status before death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13032.
- Hwang, T.J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W. & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220.

Infurna, F., Wiest, M., Gerstorf, D., Ram, N., Schupp, J., Wagner, G., & Heckhausen, J. (2017). Changes in life satisfaction when losing one's spouse: Individual differences in anticipation, reaction, adaptation and longevity in the German Socio-economic Panel Study (SOEP). *Ageing & Society*, 37(5), 899-934.

Ishikawa, R.Z. (2020). I may never see the ocean again: Loss and grief among older adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 85–86.

Istat. (2022a, 22 settembre). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. <https://www.istat.it/it/files/2022/09/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE-2021.pdf>

Istat. (2022b). *Rapporto annuale 2022. La situazione del Paese*. Roma

Istat. (2023). *Rapporto annuale 2023. La situazione del Paese*. Roma

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. NY: The Free Press.

Jopp, D. & Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253–65.

Kartseva, M.A. & Kuznetsova, P.O. (2020). The economic consequences of the coronavirus pandemic: Which groups will suffer more in terms of loss of employment and income? *Journal of Population Economics*, 4, 26.

Khan, M., Adil, S.F., Alkhatlan, H.Z., Tahir, M.N., Saif, S., Khan, M. & Khan, S.T. (2020). COVID-19: A global challenge with old history, epidemiology and progress so far. *Molecules*, 26(1), 39.

Khoury, B., Barbarin, O., Gutiérrez, G., Klicperova-Baker, M., Padakannaya, P., & Thompson, A. (2022). Complicated grief during COVID-19: An international perspective. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 11(3), 214–221.

- Klein, M. (1940). Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi. (trad.it. *In Scritti, 1921-1958*. Bollati Boringhieri, Torino, 2006).
- Knowles, L.M., Ruiz, J.M. & O'Connor, M.F. (2019). A systematic review of the association between bereavement and biomarkers of immune function. *Psychosomatic Medicine*, 81, 415–33.
- Kokou-Kpolou, C.K., Fernández-Alcántara, M. & Cénat, J.M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 94–95.
- Krikorian, A., Maldonado, C., & Pastrana, T. (2020). Patient's perspectives on the notion of a good death: A systematic review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(1), 152–164.
- Kubler-Ross, E. (1970). *On Death and Dying*. MacMillian Publishing Co, (Trad. It. *La morte e il morire*. 13 edizione; Cittadella, 2013).
- Lavrič, M., Gomboc, V., Krohne, N., Podlogar, T., Poštuvan, V., Šedivy, N.Z. & De Leo, D. (2021). Loneliness within the general population of Slovenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 182–187.
- LeRoy, A.S., Robles, B., Kilpela, L.S. & Garcini, I.M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 Pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 98-99.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527–39.
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A. & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *The American Psychologist*, 75(7), 897–908.
- Luhmann, M., Schönbrodt, F.D., Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. (2015). Loneliness and social behaviours in a virtual social environment. *Cognition and Emotion*, 29(3), 548-558.

Lund D. A. (1989). *Older Bereaved Spouses: Research with Practical Applications*, New York, NY: Taylor & Francis/Hemisphere.

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. & O'Connor M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138 – 149.

Maharani, A., Pendleton, N. & Leroi, I. (2019). Hearing impairment, loneliness, social isolation, and cognitive function: Longitudinal analysis using english longitudinal study on ageing. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1348-1356.

Mancini, F. & Capo, R. (2003). Anxiety sensitivity in età evolutiva. Rilevanza nella genesi e nel mantenimento di alcuni disturbi mentali. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 7, 661-672.

Mayland, C.R., Harding, A.J.E., Preston, N. & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: A rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, 33–39.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group*. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.

Moore, A.J., & Stratton, D.C. (2003). *Resilient widowers: Older men adjusting to a new life*. New York, NY: Prometheus.

Morris, S.E., Moment, A. & deLima, T.J. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, 70–74.

Murphy, P.M. & Kupshik, G.A. (1992). *Loneliness, stress and well-being: A helper's guide*. London: Routledge

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press.

Nicholson, N.R. (2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 33(2–3), 137–152.

Ong, A.D., Uchino, B.N. & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449.

Onwuteaka-Philipsen, B.D., Pasman, H.R.W., Korfage, I.J., Witkamp, E., Zee, M., van Lent, L.G., Goossensen, A., & van der Heide, A. (2021). Dying in times of the coronavirus: An online survey among healthcare professionals about end-of-life care for patients dying with and without COVID-19 (the CO-LIVE study). *Palliative Medicine*, 35(5), 1–13.

Ozawa-de Silva, C. & Parsons, M. (2020). Toward an anthropology of loneliness. *Transcultural Psychiatry*, 57(5), 613-622.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372 (71).

Parkes, C.M. (1965). Bereavement and mental illness. A clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 38(1), 1–12.

Parkes, C.M., & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basi.

Peplau, L.A. & Perlman, D. (1982). *Perspectives on loneliness*. L.A. Peplau, D. Perlman (Eds.). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley, pp. 1-18.

Pitman, A.L., King, M.B., Marston, L., & Osborn, D.P.J. (2020). The association of loneliness after sudden bereavement with risk of suicide attempt: A nationwide survey of bereaved adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 1081–1092.

Plummer, F., Manea, L., Trepel, D. & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 24-31.

Prezza, M., & Principato, M.C. (2002). La rete e il sostegno sociale. In M. Prezza, & M. Santinello (a cura di), *Conoscere la comunità* (pp. 193-233). Bologna: Il Mulino.

Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8), 1000121.

Prigerson, H.G., Kakarala, S., Gang, J. & Maciejewski, P.K. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 109-126.

Probst, D.R., Gustin, J.L., Goodman, L.F., Lorenz, A. & Wells-Di Gregorio, S.M. (2016). ICU versus Non-ICU hospital death: family member complicated grief, posttraumatic stress, and depressive symptoms. *Journal of Palliative Medicine*, 19, 387–393.

Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021. Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2021. Disponibile a: www.gimbe.org/COVID-19-riduzione-prestazioni. Ultimo accesso: 24 marzo 2023

Robb, C.E., de Jager, C.A., Ahmadi-Abhari, S., Giannakopoulou, P., Udeh-Momoh, C., McKeand, J. et al. (2020). Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: A survey of older adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 3.

Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy - Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *New England Journal of Medicine*, 382, 1873-1875.

Rubin, S.S., Malkinson, R., & Witztum, E. (Eds.) (2000). *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Madison, Connecticut: Psychosocial Press/International Universities Press.

Russell, D., Peplau, L.A. & Ferguson, M.L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294.

Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40.

- Scocco, P., Frasson, A., Costacurta, A., Donà, M. & Pavan, L. (2004). Post-Intervento nel suicidio. *Studi su Aggressività e Suicidio*, 4, 41-55.
- Seifter, A., Singh, S., McArdle, P.F., Ryan, K.A., Shuldiner, A.R., Mitchell, B.D. & Schäffer, A.A. (2014). Analysis of the bereavement effect after the death of a spouse in the Amish: a population-based retrospective cohort study. *BMJ Open.*, 4(1), 003670.
- Seiler, A., von Känel, R. & Slavich, G.M. (2020). The psychobiology of bereavement and health: A conceptual review from the perspective of social signal transduction theory of depression. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 565239.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N. et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117.
- Shear, M.K. (2012). Grief and mourning gone away: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 119-128.
- Shear, M.K., Ghesquiere, A. & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15, 406.
- Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B.H. & Anna-Karin Edberg (2018). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1357-1364.
- Slavich, G.M. & Irwin, M.R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140, 774–815.
- Solano, C.H. (1987). Loneliness and perceptions of control: General traits versus specific attributions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2 (2), pp. 201-214.
- Solomita, B. & Franza, F. (2020). Bereavement “without body” – Lutto “senza corpo”. *Telos*, 71-81.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *The Archives Of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.

- Stroebe, M.S. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M.S., Schut, H. & Finkenauer, C. (2001). A traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M.S. & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (7), 1030–50.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-73.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. *OMEGA*, 82(3), 500–522.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton
- Szanto, K., Shear, M.K., Houck, P.R., Reynolds, C.F., Frank, E., Caroff, K. & Silowash, R. (2006). Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 233-239.
- Szuhany, K.L., Malgaroli, M., Miron, C.D. & Simon, N.M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus (American Psychiatric Association Publishing)*, 19(2), 161-172.
- Tanskanen, J. & Anttila, T. (2016). A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland. *American Journal of Public Health*, 106(11), 2042-2048.
- Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 30 marzo 2020.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.

Testoni, I., Zielo, A., Schiavo, C. & Iacona, E. (2020). The last glance: how aesthetic observation of corpses facilitates detachment in grief work. *Illness, Crisis & Loss*, 30(3), 336–352.

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E. et al. (2021). The COVID-19 disappeared: From traumatic to ambiguous loss and the role of the internet for the bereaved in Italy. *Front Psychiatry*, 12, 620583.

Troutman-Jordan, M., & Kazemi, D. M. (2020). COVID-19's impact on the mental health of older adults: Increase in isolation, depression, and suicide risk. An urgent call for action. *Public Health Nursing*, 37(5), 637–638.

Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2756–2757.

Vedder, A., Boerner, K., Stokes, J.E., Schut, H.A.W., Boelen, P.A. & Stroebe, M.S. (2022). A systematic review of loneliness in bereavement: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 43, 48–64.

Victor, C.R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), 313–331.

Vieveen, M.J.M., Yildiz, B., Korfage, I.J., Witkamp, F.E., Becqué, Y.N., van Lent, L.G.G., Pasman, H.R., Zee, M.S., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A. & Goossensen, A. (2023). Meaning-making following loss among bereaved spouses during the COVID-19 pandemic (the CO-LIVE study). *Death Studies*.

Wallace, C.L., Wladkowski, S.P., Gibson, A. & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 70–76.

Wand, A.P.F., Zhong, B-L., Chiu, H.F.K., Draper, B. & De Leo, D. (2020). COVID-19: The implications for suicide in older adults. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1225–1230.

Wang, H., Smith-Greenaway, E., Bauldry, S., Margolis, R. & Verdery, A.M. (2022). Mourning in a Pandemic: The Differential Impact of COVID-19 Widowhood on Mental

Health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 77(12): 2306-2316.

World Health Organization (2018) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Edition*. Geneva: World Health Organization.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Weiss, R.S. (1974). *The provisions of social relationships*. Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, pp. 17-26.

Weiss, R.S. (1982). Issues in the study of loneliness. L.A. Peplau, D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, pp. 71-80.

Weiss, R.S. (1984). *Loneliness: What we know about it and what we might do about it*. L.A. Peplau, S.F. Goldston (Eds.). Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness, National Institute of Mental Health, Rockville, MD, pp. 3-12.

Weiss, R.S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2 (2), pp. 1-16.

Wells, Y.D., & Kendig, H.L. (1997). Health and well-being of spouse caregivers and the widowed. *The Gerontologist*, 37(5), 666-674.

Wertheimer, A. (1999). *A special scar: The experience of people bereaved by suicide* (5th ed). London: Routledge.

Wilson, R.S., Krueger, K.R., Arnold, S.E., Schneider, J.A., Kelly, J.F. et al. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives Of General Psychiatry*, 64(2), 234-40.

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pinyopornpanish, M., Simcharoen, S., Suradom, C., Varnado, P. & Kuntawong, P. (2020). Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. *British Journal of Health Psychology*, 25(2), 233-256. doi: 10.1111/bjhp.12404

Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5, 27.

Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S. et al. (2020). Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with Coronavirus disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 934–943.

Yang, F. & Gu, D. (2021). Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in China. *Social Science & Medicine*, 283(c), 114179.

Zhang, J.J., Dong, X., Liu, G.H. & Gao, Y.D. (2023). Risk and protective factors for COVID-19 morbidity, severity, and mortality. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 64(1), 90-107.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

Zinzow, H.M., Ruggiero, K.J., Hanson, R.H., Smith, D.S., Saunders, B.S. & Kilpatrick, D.G. (2009). Witnessed community and parental violence in relation to substance use and delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 525–533.

Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67–74.

Riferimenti sitografici

- <https://www.cebm.net/oxford-COVID-19-evidence-service/>
- <https://covid19.who.int/>
- <https://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/DPCM4MARZO2020.pdf>