



Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

“Doppia solitudine”: vedovanza e isolamento sociale durante la pandemia da Covid-19. Uno studio con metodo misto con la popolazione anziana

"Double loneliness": widowhood and social isolation during the Covid-19 pandemic. A mixed method study with the elderly population

Relatrice
Prof. Sabrina Cipolletta

Correlatore esterno
Prof. Diego De Leo

Laureanda: Irene Marziali
Matricola: 2020915

Anno accademico 2022/23

Indice

Introduzione	4
Capitolo 1 <i>Lutto e Pandemia da Covid-19 negli anziani</i>.....	6
1.1. La Pandemia da Covid-19.....	6
1.2. La fascia di popolazione più fragile: gli anziani	7
1.3. Il Lutto	10
1.3.1. <i>Breve excursus teorico</i>	11
1.3.2. <i>L'elaborazione del lutto durante la Pandemia da Covid-19</i>	13
1.3.3. <i>La morte per Covid-19</i>	16
1.3.4. <i>Disturbi nell'elaborazione del lutto</i>	17
1.4. Vedovanza durante la Pandemia da Covid-19.....	20
Capitolo 2 <i>Solitudine e Isolamento Sociale</i>	22
2.1. Cosa si intende per Solitudine e Isolamento Sociale: differenze	22
2.2. Solitudine in anzianità.....	25
2.2.1. <i>Conseguenze sulla salute mentale e fisica</i>	26
2.2.2. <i>Differenze di Genere</i>	29
2.3. Isolamento sociale e Pandemia	30
2.3.1. <i>Anziani e Pandemia: una popolazione già a rischio</i>	31
2.4. Vedovanza e Solitudine	33
Capitolo 3 <i>La ricerca</i>.....	35
3.1. Il metodo misto.....	35
3.2.1 <i>Scopo della ricerca</i>	37
3.3. <i>Partecipanti</i>	38
3.4. Strumenti.....	40
3.4.1. <i>Intervista semi-strutturata</i>	41
3.4.2. <i>Questionario</i>	44
3.4. Analisi dei dati	47
Capitolo 4 <i>Risultati</i>.....	50
4.1. Analisi Qualitativa	50

4.1.1. <i>Pandemia</i>	51
4.1.2. <i>Lutto</i>	56
4.1.3. <i>Solitudine</i>	63
4.2. Risultati questionario	70
4.2.1. <i>Qualità della relazione coniugale</i>	71
4.2.2. <i>Disturbo da lutto prolungato</i>	71
4.2.3. <i>Ansia</i>	72
4.2.4 <i>Depressione</i>	72
4.2.5. <i>Supporto sociale percepito</i>	73
4.2.6. <i>Soddisfazione della vita</i>	73
4.2.7. <i>Solitudine percepita</i>	74
Capitolo 5 Discussione.....	75
5.1. Confronto fra le tematiche emerse	75
5.4. Limiti della ricerca	85
5.5. Possibili implicazioni future	86
Conclusioni.....	88
Bibliografia.....	91
Sitografia	112
Appendice	113
1. <i>Struttura e testo dell'Intervista Semi-Strutturata</i>	113
2. <i>Struttura e testo del Questionario</i>	114
Ringraziamenti.....	128

Introduzione

La pandemia da Covid-19 è stata un evento estremo ed imprevisto che ha provocato milioni di morti nel mondo e più di 180 mila decessi in Italia (WHO. Health Emergency Dashboard). Inoltre, la pandemia ha provocato una serie di fattori stressanti secondari oltre alla perdita di familiari o amici e la paura del contagio, come ad esempio la perdita del lavoro, l'insicurezza economica e l'isolamento sociale come forma di prevenzione (Shader, 2020). I dati dell'Istituto Superiore di Sanità confermano il rischio di infezione risulta maggiore per gli adulti anziani di età superiore ai 60 anni, individui a maggior rischio di malattia grave, ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e morte. È accaduto che molte persone in condizioni critiche fossero improvvisamente isolate dai familiari e affetti e portati in terapia intensiva, in alcuni casi morendo senza aver avuto la possibilità di salutare i propri cari. Alcune ricerche mostrano come una perdita come quella descritta unita ad alcuni fattori stressanti secondari (ad esempio la paura del contagio e l'isolamento sociale) possano provocare delle reazioni al lutto più problematiche (Eisma et al, 2020; Kokou-Kpolou et al., 2020; Morris et al., 2020). Le tradizioni legate ai rituali di morte sono state sconvolte dalle regole per ridurre la diffusione del contagio, compromettendo in molti casi l'accesso al supporto sociale e sfavorendo il corretto processo di elaborazione della perdita (Eisma et al., 2020).

I decessi legati al Covid-19 incarnano gli attributi di una "cattiva morte" (Carr et al., 2020 Krikorian et al., 2020) e presentano le caratteristiche dei fattori di rischio del lutto prolungato (Stroebe & Schut, 2021).

La fascia di popolazione con età superiore a 65 viene riconosciuta in letteratura come già fortemente a rischio di solitudine a causa del declino delle reti sociali e del pensionamento, inoltre la perdita di un proprio caro è un ulteriore fattore di rischio per la solitudine (Maharani, Pendleton, & Leroi, 2019; Victor & Bowling, 2012) e stando alle stime sono molte le persone che hanno perso un proprio caro durante la pandemia, soprattutto nella fascia di età superiore a 60 anni. In uno studio, molte delle persone che hanno perso un coniuge, rimaste quindi vedove, hanno indicato come la solitudine svolga un ruolo fondamentale nel processo di adattamento al lutto e una difficoltà importante da affrontare quotidianamente (Vedder et al. 2022). La sensazione di solitudine percepita e l'isolamento sociale sono state associate a una serie di problemi di salute non solo fisica

ma anche mentale negli adulti anziani (Hawkley & Cacioppo, 2009; Cacioppo et al. 2014).

Emerge come la popolazione anziana sia stata particolarmente colpita dalla Pandemia da Covid-19 in termini di decessi, ma non solo, sono molte le persone anziane che hanno dovuto affrontare un lutto di un coniuge o di un/una compagno di vita.

Lo scopo di questa tesi è quello di comprendere quale sia stata l'esperienza e il vissuto delle persone anziane che hanno perso il proprio coniuge, durante i due anni della pandemia da Covid-19. Il termine "Doppia Solitudine" nel titolo della presente tesi fa riferimento all'impatto dell'isolamento sociale, causato dalle strategie messe in atto per evitare la diffusione del contagio del virus Covid-19, unito alla solitudine causata dalla perdita del proprio/a compagno/a di vita (Dahlberg et al., 2021, Shear et al., 2013).

Nel primo capitolo verrà esposta una review sulla letteratura per quanto riguarda l'impatto della Pandemia da Covid-19 sugli anziani, con un particolare focus rispetto all'esperienza del lutto e della vedovanza, durante un periodo così complesso. Nel secondo capitolo verranno esplorate le caratteristiche della solitudine e dell'isolamento sociale, facendo particolare riferimento alla fascia di popolazione interessata nella ricerca, e mantenendo l'attenzione su come la pandemia abbia giocato un ruolo fondamentale rispetto ai due costrutti.

Vista la complessità del tema trattato e delle molteplici sfaccettature coinvolte per questa tesi si è preferito utilizzare un metodo di ricerca misto, unendo due approcci metodologici: il qualitativo e il quantitativo, come strumenti di indagine è stata scelta l'intervista semi-strutturata, somministrata contemporaneamente ad un questionario.

Gli ultimi tre capitoli riguardano la ricerca: il campione e gli strumenti utilizzati, l'analisi dei dati e infine la discussione dei risultati ottenuti.

Capitolo 1

Lutto e Pandemia da Covid-19 negli anziani

1.1. La Pandemia da Covid-19

La Pandemia da Covid -19 iniziata nel 2020 e tutt'ora in corso, ha causato quasi 7 milioni di decessi in tutto il mondo; in Italia da gennaio 2020 sono stati registrati più di 25 milioni di casi e oltre 180 mila decessi secondo i dati aggiornati al 12 aprile 2023 come riportato dal sito ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nello specifico: il Covid-19 è la malattia (COronaVirus Disease - malattia da coron virus-19) causata dal virus SARS- CoV-2, un coronavirus in grado di provocare una sindrome respiratoria acuta grave (SARS); il primo è stato il virus SARS-CoV comparso nel 2002 (Istituto Superiore di Sanità, 2021). Il Covid-19 è stata descritta per la prima volta in Cina alla fine del 2019; nel marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'evoluzione dell'epidemia di Covid-19 in Pandemia (epidemia che si è diffusa in più continenti o in tutto il mondo) (ISS, 2021). Secondo quanto riportato dal Ministero della Salute italiano e dall'Istituto Superiore di Sanità, la malattia Covid-19 si manifesta, in molti casi, in forma lieve o moderata, con la risoluzione dei principali sintomi/disturbi entro una settimana. Se l'infezione colpisce persone anziane o con malattie preesistenti, quali diabete, malattie cardiache e respiratorie croniche, può essere molto più grave; nei bambini, invece, l'infezione si sviluppa senza causare disturbi o in forma molto lieve, al momento non è disponibile una terapia specifica, nei casi gravi è necessario il ricovero in ospedale per ricevere cure adeguate ed eventuale supporto al funzionamento degli organi vitali. Se la persona ammalata ha gravi difficoltà respiratorie, può essere necessaria la respirazione assistita. (ISS, 2021).

Per contrastare la diffusione del virus ed evitare un aumento dei contagi, il Governo Italiano ha adottato alcune misure di prevenzione straordinarie, tra cui: il distanziamento sociale, ovvero una distanza di sicurezza di almeno 1 metro da dover mantenere nelle zone pubbliche; la riduzione della capienza degli spazi chiusi; l'obbligo della mascherina nei luoghi al chiuso, compresi mezzi di trasporto e ospedali; fino ad arrivare al lockdown totale nelle fasi più acute della Pandemia.

L'isolamento sociale come forma di prevenzione al contagio ha comportato una serie di conseguenze nella vita di tutti i giorni delle persone, fra cui ad esempio, non poter uscire di casa senza un motivo valido (spesa di generi alimentari e medicinali, lavoro o necessità mediche), l'impossibilità di visitare i parenti in ospedale o le persone anziane all'interno delle RSA, la mancata possibilità di svolgere e partecipare ad eventi che comportassero assembramenti fra persone, quali ad esempio le funzioni religiose come i rituali funebri, che come vedremo sono un parte importante del processo di elaborazione al lutto (Djelanti et al., 2020; Hwang et al., 2020). In generale le misure di prevenzione hanno isolato le persone ai propri nuclei familiari e limitato al massimo i contatti con l'esterno, tuttavia, gli interventi essenziali di quarantena e di allontanamento sociale per la COVID-19 hanno un costo elevato, soprattutto negli adulti più anziani, che hanno sperimentato un grave senso di isolamento sociale e di solitudine con conseguenze potenzialmente gravi per la salute mentale e fisica (Maharani, Pendleton, & Leroi, 2019). L'impatto può essere amplificato in modo sproporzionato nelle persone con malattie mentali preesistenti, che spesso soffrono di solitudine e isolamento sociale già prima del maggiore allontanamento dagli altri imposto dalle misure di salute pubblica per la Pandemia COVID-19 (Hwang et al., 2020).

1.2. La fascia di popolazione più fragile: gli anziani

L'Istituto Superiore di Sanità in Italia ha istituito un sistema di sorveglianza integrato per monitorare l'andamento della Pandemia nel paese: secondo l'ultimo rapporto dei pazienti deceduti positivi a Covid-19 risulta che l'età media di questi sia di 80 anni, e che l'età mediana dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 è più alta di 40 anni rispetto a quella delle persone che hanno contratto l'infezione (ISS, 2022).

Per quello che riguarda le complicanze legate all'infezione da SARS-CoV-2 è possibile osservare come, a eccezione delle complicanze respiratorie che sono presenti in maniera omogenea in tutte le fasce di età, le complicanze non respiratorie sono più comunemente osservate nei deceduti di età superiore a 70 anni. Questo dato indica che nelle persone molto anziane i decessi, nei SARS-CoV-2 positivi, siano legati a una maggiore vulnerabilità causata dalle patologie preesistenti (ISS, 2022).

Questi dati mostrano chiaramente come la fascia di popolazione anziana sia stata quella più colpita dalla Pandemia non soltanto per quanto riguarda la salute fisica ma anche per

quanto riguarda la salute mentale: la gestione dell'emergenza sanitaria attraverso la procedura del lockdown e dell'isolamento sociale ha costituito una "tempesta perfetta" per la salute mentale degli anziani (Webb, 2020). In Italia agli anziani è stato specificamente consigliato di rimanere a casa, data la loro particolare vulnerabilità alla COVID-19, ma anche per ridurre il carico sui servizi sanitari e limitare la diffusione della malattia (De Leo & Trabucchi, 2020). Gli effetti negativi dell'isolamento sociale potrebbero essere particolarmente insidiosi per gli anziani e per le persone con malattie mentali preesistenti (Armitage, & Nellums) questo perché: i controlli regolari da parte dei medici e l'assunzione regolare di terapie farmacologiche possono diventare problematici, l'assunzione di alcol e il fumo possono aumentare frequentemente, mangiare correttamente e mantenere l'igiene personale possono diventare molto difficili (De Leo & Trabucchi, 2020). Questi aspetti possono aumentare il senso di demoralizzazione e di disperazione nelle persone costrette a vivere da sole e che facilmente soffrono di solitudine e isolamento sociale, noti fattori di rischio per il suicidio in tarda età (De Leo, & Arnautovska, 2016). In effetti, i casi di auto-uccisione sono stati ripetutamente riportati dalla stampa nazionale (Corriere della Sera, 2020) e possono essere visti come uno degli esiti più temuti della Pandemia (Wand et al., 2020).

Essendo le persone anziane identificate come "a maggiore rischio", questo ha contribuito ad innalzare i livelli di percezione di rischio di morte e malattia e ad aumentare i livelli di ansia in questa fascia di popolazione (Webb, 2020). In quasi tutti i Paesi che stavano combattendo con la Pandemia da COVID-19, agli anziani veniva detto di auto-quarantenersi e di isolarsi da altre persone che avrebbero potuto infettarli, nelle strutture di assistenza a lungo termine, una pratica comune era quella di vietare le visite di familiari e amici per ridurre al minimo il rischio di diffusione del virus. Sebbene queste restrizioni siano state legittime in questo periodo di crisi, potrebbero aver avuto un impatto negativo significativo sullo stato di salute mentale degli anziani, come l'isolamento sociale e la solitudine (Wu, 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.^[1] 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.

Lo studio di Gokseven et al. (2021) ha evidenziato come gli anziani siano ad alto rischio di sviluppare dei sentimenti di paura di contrarre il virus proprio perché i dati mostrano come questi siano una popolazione ad alto rischio di mortalità per Covid-19, ed ha mostrato come la paura di contrarre l'infezione in questa fascia di età sia correlata con problemi del sonno e il bisogno di supporto psicologico; appare inoltre, che i sentimenti di paura abbiano mediato in modo significativo le associazioni tra lo stato di salute percepito e la gravità dell'insonnia: più grave era lo stato di salute percepito peggiore era lo stato di salute mentale (Ahorus et al., 2021).

Nel rapporto delle Nazioni Unite sull'impatto del Covid-19 rispetto alle persone anziane (2020) viene posta l'attenzione anche su un altro fattore critico che questo spicchio di popolazione si trova a dover affrontare: la discriminazione dovuta all'età rispetto alle decisioni mediche da prendere. Discriminazioni di questo tipo erano già spesso presenti prima della Pandemia, ma che hanno visto un aumento significativo dovuto al sovraccarico delle strutture ospedaliere. Sempre nel rapporto delle Nazioni Unite si legge come l'ageismo (discriminazione o stigmatizzazione degli individui sulla base della loro età) abbia subito una escalation, con un aumento della discriminazione e stigmatizzazione; discorsi di odio aventi come target le persone anziane sono stati fatti in pubblico o sui social media, aumentando le differenze generazionali. In Inghilterra spesso i media rimarcavano le differenze di età riferendosi alle persone anziane a rischio col pronome "loro" aumentando quindi il senso di marginalizzazione di questa parte di popolazione (Webb, 2020); in Italia, il bollettino giornaliero della Protezione Civile che comunicava i dati relativi all'infezione da Covid-19, ma anche e soprattutto i dati relativi ai deceduti, non faceva altro che puntare l'attenzione su come la maggior parte delle morti avvenissero nelle persone anziane (De Leo & Trabucchi 2020).

Inoltre, le persone anziane sono quelle che più probabilmente hanno sperimentato la perdita di un proprio caro durante la Pandemia (Verdery et al., 2020). Nel 2020 in Italia il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel

nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di eccesso) (ISTAT & ISS 2022). Ogni decesso per Covid-19 lascia dietro di sé numerose persone in lutto: secondo le stime di uno studio svolto negli Stati Uniti (Verdery et al., 2020) l'imprevedibile aumento della mortalità dato dalla Pandemia ha prodotto un corrispondente aumento anche delle persone che devono quindi affrontare la perdita di un familiare o di un amico, soprattutto nella popolazione anziana: per ogni decesso da Covid-19, infatti, ci sono in media 9 persone che affronteranno il lutto, tra cui gli anziani sono quelli che più probabilmente dovranno affrontare la perdita di un parente, fratello o del coniuge (Verdery et al., 2020).

Da questa breve sintesi della letteratura emerge come le persone anziane siano state colpite dalla Pandemia sotto diversi punti di vista e in modo differente rispetto ad altre fasce della popolazione. Come indicano i dati, sono stati quelli più colpiti dal virus in termini di decessi (ISS, 2022). Rispetto ai giovani o agli adulti, hanno sperimentato maggiormente la paura di contrarre l'infezione proprio perché più esposti ad un rischio di mortalità maggiore dovuto anche alle complicanze di salute che si sviluppano con il semplice avanzare dell'età (Gokseven et al., 2021; Ahorus et al., 2021). Ma non solo, sono stati spesso marginalizzati e discriminati anche negli stessi ambienti ospedalieri o dai media che rimarcavano spesso le differenze ed invitavano le persone a rischio a rimanere casa e ad evitare contatti (United Nation 2020; Webb 2020); non ultimo, sono stati quelli, secondo le stime, ad aver dovuto affrontare maggiormente la perdita di un proprio caro, di un parente o del coniuge durante la Pandemia (Verdery et al., 2020). Inoltre, l'isolamento sociale come forma di prevenzione del contagio, rappresenta un ulteriore fattore di rischio per questa popolazione già spesso esposta ad un elevato rischio di solitudine (Maharani et al., 2019), come verrà approfondito nel secondo capitolo.

1.3. Il Lutto

La perdita di una persona cara è un evento di vita inevitabile, che chiunque prima o poi si trova a dover affrontare, è qualcosa di universalmente vissuto ma allo stesso tempo si tratta anche di un'esperienza profondamente soggettiva (Shear, 2012). Le reazioni al lutto sono varie e possono comportare sentimenti di tristezza, nostalgia e rassegnazione, tali reazioni, se pur molto dolorose e causa di sconvolgimento emotivo, sono considerate una

risposta fisiologica di fronte ad una separazione affettiva irrimediabile (Carmassi et al., 2016). Possono presentarsi problemi del sonno, difficoltà di concentrazione, spossatezza, variazioni dell'appetito, immagini ricorrenti della persona scomparsa come ricordi frequenti o sogni, può avvenire che la persona attui un ritiro dalla vita sociale per rimanere col proprio dolore (Carmassi et al., 2016). Nonostante questi aspetti possono essere vissuti con grande fatica e sofferenza dalla persona che rimane, vengono considerati come risposte fisiologiche e prevedibili a fronte della separazione affettiva. (De Leo et al., 2023).

Anche se il lutto è un'esperienza profondamente soggettiva (Shear, 2012), le risposte alla perdita possono variare di intensità e durata anche a seconda di alcuni fattori come ad esempio: 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 o credenze religiose e caratteristiche del soggetto (Zisook & Shear, 2009)

Per una maggiore chiarezza espositiva è importante ricordare come in inglese, e quindi in letteratura, vi sia una distinzione terminologica che in italiano non è presente. In lingua italiana abbiamo un unico termine, lutto, che viene usato in modo intercambiabile. In inglese esiste il termine *bereavement* che configura l'esperienza stessa della perdita, con il termine *grief* si indica ciò che ne consegue, il lutto vero e proprio, comprende gli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali. Infine, vi è un terzo termine, *mourning*, con cui si fa riferimento al cordoglio, è il processo psicologico di elaborazione della perdita (Carmassi et al., 2016).

1.3.1. Breve excursus teorico

Il processo del lutto è stato oggetto di analisi da una molteplicità di prospettive teoriche e interpretative, dobbiamo a Sigmund Freud la concettualizzazione del lutto come esperienza universale e costante nell'esperienza di vita delle persone che si presenta ogni qualvolta si perda un proprio caro (De Leo et al., 2023).

In *Lutto e Melanconia* (1915), Freud descrive il lutto come un processo caratterizzato dal lento disinvestimento affettivo dell'energia libidica dall'oggetto del proprio amore. A

poco a poco, tale energia viene rivolta verso il proprio Io e favorisce, una volta concluso il lavoro del lutto, un nuovo possibile investimento. Più tardi, Melanie Klein (1940) asserisce come il lutto possa portare la persona che lo vive a regredire alle prime fase dello sviluppo col rischio di un crollo del proprio mondo interno, la possibilità di fronteggiare la perdita diviene possibile attraverso un processo di ricostruzione del proprio mondo interno.

Bowlby (1980), attraverso la teoria dell'attaccamento, accosta il lutto all'esperienza di separazione del bambino dalla sua figura di riferimento e definisce il lutto come: *“una gamma molto ampia di processi psicologici consci ed inconsci instaurati dalla perdita di una persona amata, a prescindere dal risultato finale di tali processi”*. Bowlby (1980) delinea l'esperienza di perdita secondo 4 fasi di elaborazione del lutto: stordimento; ricerca e struggimento per la persona perduta; disorganizzazione e disperazione, e infine riorganizzazione, spiega come a seguito della perdita, la persona vivrebbe un'intensa disperazione caratterizzata da confusione, stordimento e protesta a causa del rifiuto della morte della persona cara. Ne seguirebbe una fase di desiderio, di ricerca del proprio caro, il pensare che possa tornare da un momento all'altro, rendendo difficile l'accettazione della sua scomparsa. La fase di disorganizzazione e disperazione coincide con il rendersi pienamente conto di quanto accaduto e di come la propria vita cambierà profondamente; spesso i comportamenti e le abitudini precedenti non risultano più adeguate e la persona si trova a dover investire risorse ed energie nel tentativo di indirizzarsi verso una nuova riorganizzazione della propria vita. Bowlby (1980) sottolinea che per affrontare le conseguenze di una perdita la persona deve mettere in atto un lungo lavoro elaborativo caratterizzato da processi psichici e interpersonali. Il lutto si configura come un processo, un lavoro attivo e di ricerca di strategie utili per fronteggiarlo (De Leo et al., 2023).

Uno dei primi modelli che ha evidenziato un assetto più dinamico e flessibile del processo di lutto è stato quello messo a punto da Elizabeth Kübler-Ross (1969) descrivendo un modello a cinque fasi, inizialmente teorizzato per comprendere le dinamiche psicologiche vissute dalle persone a cui era stata diagnosticata una malattia terminale, è stato poi esteso anche per comprendere i processi coinvolti nell'elaborazione del lutto.

Nella prima fase, Kübler-Ross parla di *negazione*, ovvero l'intensa difficoltà da parte della persona a rendersi conto di quanto accaduto, l'impossibilità di credere che l'evento si sia realmente verificato. La seconda fase è caratterizzata per la comparsa di intense

emozioni, come la rabbia e la paura, questo può essere un passaggio critico ma anche importante, durante il quale la persona può scegliere di chiedere aiuto nel fronteggiare l'esperienza di perdita o perdere fiducia verso il proprio futuro e ritirarsi in se stessa. Nella terza fase, denominata *contrattazione o patteggiamento*, la persona cerca di comprendere cosa le è possibile fare per riprendere in mano la propria vita, in quale direzione poter investire energie e risorse per fronteggiare la situazione problematica.

La quarta fase, definita come quella della *depressione*, si presenta nel momento in cui la persona inizia a prendere consapevolezza della perdita subita. La persona può vivere un forte senso di sconfitta e di resa verso un destino che sente di non poter cambiare. Infine, nella fase dell'*accettazione*, la persona diviene pienamente consapevole di quanto accaduto e cerca di accettare la propria condizione anche se possono permanere vissuti di rabbia e profonda sofferenza. Le fasi delineate da Kübler-Ross non seguono necessariamente un ordine cronologico, ma possono alternarsi e presentarsi più di una volta nel corso del tempo.

Secondo Bert Hellinger (2003) e la sua concezione delle costellazioni familiari, la nostra vita attuale porterebbe con sé aspetti intergenerazionali, spesso non verbali e inconsci, che possono avere un'influenza sul nostro presente. Secondo questa prospettiva ognuno di noi è portatore di una simile struttura arcaica che condiziona il comportamento e lascia delle impronte nelle generazioni future.

All'interno della cornice cognitivo comportamentale il lutto viene definito come un processo di cambiamento cognitivo che si attiva a seguito di una perdita (Taylor, 1983). La gravità dell'evento è soggettiva e legata alla misura in cui la perdita compromette la realizzazione di scopi personali o identitari (Mancini et al. 2003).

A partire da un'ottica costruttivista, invece, non vi sono eventi traumatici di per sé ma è il modo di costruirli e significarli soggettivamente a renderli tali e ad avere certe implicazioni nell'esperienza di vita della persona (Cionini e Mantovani, 2016).

1.3.2. L'elaborazione del lutto durante la Pandemia da Covid-19

La perdita di una persona cara costituisce un'esperienza universale a cui tutti siamo potenzialmente esposti e il lutto (*grief*) è ciò che ne consegue nell'immediato, per quanto doloroso, come accennato precedentemente, si tratta di una risposta fisiologica e, solitamente, da non medicalizzare (Dell'Osso et al., 2013). Il lutto rappresenta infatti la

risposta universale, istintiva, alla morte e si caratterizza per il tipo di pensieri, sentimenti e comportamenti manifestati che variano ed evolvono con il trascorrere del tempo e che comprendono: sentimenti di nostalgia e tristezza accompagnati da ricordi e immagini della persona scomparsa, tendenza all'introversione piuttosto che all'interesse per le normali attività della vita, desiderio di ricongiungersi alla persona amata. L'intensità di questi sentimenti è tanto maggiore quanto più forte era il legame affettivo con il defunto (Dell'Osso et al., 2013).

Quando si parla di elaborazione del lutto si tende a fare riferimento ad un processo, personale che si svolge in un contesto stabile che generalmente viene dato per scontato (Perls et al., 1951). In un mondo e in una società più o meno stabili, c'era sempre qualcuno, un individuo specifico, che avrebbe perso una persona cara (Bandín, 2010b). Se il mondo di quell'individuo e il suo ambiente personale vacillavano, c'era comunque il supporto inconscio e ambientale di qualcosa di noto, una routine quotidiana (Perls et al., 1951). A volte, questo sfondo implicito fungeva da contrasto alle sensazioni e ai sentimenti strani e anomali della persona che entrava in una situazione di lutto (Bandin, 2020).

L'elaborazione del lutto durante la Pandemia da Covid-19 avviene in un contesto tutt'altro che stabile e definito, il mondo intero, la società e l'ambiente vicino alla persona in lutto si trova fortemente alterato, tutto questo si aggiunge alla confusione e al dolore per la perdita stessa (Bandin, 2020). Alcune manifestazioni di questo contesto alterato sono ad esempio i lunghi e incerti periodi di lockdown, costituiti da uno stato continuo di allerta e paura del pericolo di contagio, paura anche per la propria vita in alcune circostanze. A questo si aggiunge l'impossibilità di stare vicino emotivamente alle altre persone, di poterle abbracciare senza la paura di contrarre il virus, e la solitudine provocata dalla mancanza del supporto sociale (Bandin, 2020).

Le misure per rallentare la diffusione del contagio hanno provocato dei cambiamenti non solo nella vita di tutti i giorni, ma anche delle circostanze e il contesto in cui avviene una perdita: mancanza di informazioni, l'impossibilità di accompagnare la persona nel momento della morte e di poterle dire addio, la mancata opportunità di poter aver un funerale o di svolgere una cerimonia (Burrell & Selman, 2022).

In particolare, i funerali sono una parte fondamentale del processo, sia culturale che religioso, del lutto: permettono di offrire supporto sociale e psicologico alla persona che

ha subito una perdita e l'opportunità di esprimere amore e rispetto verso il deceduto (O'Rourke et al., 2011). Durante la Pandemia le restrizioni messe in atto per ridurre la diffusione del virus hanno impedito la corretta esecuzione dei rituali funebri, e questo ha alimentato nelle persone in lutto l'impossibilità anche del conforto fisico (abbracci, strette di mano o la possibilità di sedere un accanto all'altro durante il funerale); inoltre, le misure messe in atto per far fronte all'emergenza sanitaria hanno impedito che la cerimonia funebre si svolgesse come sperato dalla persona in lutto, come auspicato dalla persona deceduta o addirittura per alcune persone di poter partecipare al funerale stesso (Burrell & Selman, 2022). In alcune città italiane come Bergamo e Brescia i tassi di mortalità erano particolarmente alti da non avere i mezzi necessari per poter svolgere delle sepolture e questo ha comportato alcune tra le immagini più tristi della Pandemia, ossia una fila di furgoni militari che portava le bare dei defunti a degli inceneritori, eliminando così totalmente la possibilità di celebrare i rituali funebri o di poter essere seppelliti nei cimiteri vicino al proprio luogo di origine (De Leo & Trabucchi, 2020). Uno studio di Norton & Gino (2014) precedente la Pandemia ha dimostrato come i rituali di morte dopo la perdita di una persona cara, possono mitigare il dolore e aumentare il senso di controllo, non solo per le persone credenti, ma anche per coloro che non lo sono, inoltre nel momento in cui ritualità e commemorazioni vengono impedito diviene più difficile poter comprendere l'accaduto, viene a mancare la parte tangibile della morte, l'ultimo incontro; la persona scompare e questo comporta profondi vissuti di confusione, smarrimento, incredulità, rabbia e colpa per non aver avuto la possibilità di prendersi cura e proteggere il proprio caro.

Il processo del lutto è stato in alcuni casi completamente stravolto dal contesto della Pandemia e in particolare dalle restrizioni messe in atto per limitare il contagio. In molti casi le persone che si trovavano in ospedale o in fin di vita non hanno potuto ricevere l'ultimo saluto dai loro familiari (Djelanti et al., 2020), morendo in quindi in solitudine e senza l'affetto dei propri cari. Durante quei mesi drammatici, le famiglie si sono ritrovate private del proprio caro improvvisamente. Di fronte a un ricovero non si sapeva se si avrebbe più avuto la possibilità di rivedere quella persona, di poterla abbracciare e accarezzare, o salutare magari per l'ultima volta. Rompendo di colpo la narrativa familiare e la sua ritualità, l'isolamento diveniva la parola d'ordine, la comunicazione veniva interrotta e le informazioni sullo stato di salute arrivavano in differita, a seguito di

un lungo tempo di attesa. Se la persona moriva, il suo corpo veniva allontanato, chiuso in un sacco ermetico e trasportato altrove. Nel periodo di acuzie della pandemia i funerali e la loro ritualità sono stati sospesi; la famiglia non ha avuto la possibilità di accomiarsi appropriatamente dal proprio caro, accompagnarlo all'ultima dimora e commemorarlo (De Leo et al., 2013).

Tutte queste caratteristiche mostrano come l'intero processo dell'elaborazione del lutto sia stato modificato e sconvolto e come chi ha vissuto questo tipo di situazione si sia trovato davanti a delle sfide nuove e imprevedibili da dover affrontare (Bandin, 2020).

1.3.3. La morte per Covid-19

Il processo di elaborazione al lutto è influenzato dalle circostanze in cui questo avviene. Una morte traumatica si realizza quando si ha una perdita improvvisa, violenta o inaspettata, come ad esempio il suicidio, omicidio, incidente stradale o catastrofe naturale (Kristensen et Al., 2012), con circostanze che possono avere un impatto molto negativo sull'elaborazione della perdita (Cipolletta et al., 2021). Durante la Pandemia da Covid-19, sono molte le persone che hanno affrontato una perdita avvenuta in maniera improvvisa e violenta (Cipolletta, Entilli, & Filisetti 2022). La morte per Covid-19 può essere definita traumatica in quanto le persone hanno vissuto la Pandemia proprio come una catastrofe naturale (Carmassi et al., 2022); inoltre, è possibile ricondurre la natura traumatica delle morti per Covid-19 all'impossibilità in chi rimane di poter svolgere i rituali funebri (Djelanti et al., 2020). In uno studio empirico sono state esaminate le reazioni acute al dolore in persone che avevano perso un proprio caro per Covid-19 e sono state confrontate con le reazioni al lutto di chi aveva perso un caro per cause naturali e per cause innaturali (come omicidio, suicidio e incidenti stradali). I risultati hanno messo in luce che le persone che avevano perso qualcuno per Covid-19 avevano reazioni acute al dolore più forti rispetto a coloro che avevano perso qualcuno per cause naturali; avevano, inoltre, reazioni al dolore molto simili a coloro che avevano perso qualcuno per morti traumatiche (Eisma et al., 2020).

A causa dell'eccessivo carico sul sistema sanitario, i decessi causati dal Coronavirus sono stati finora un esempio di "cattiva morte" (Carr et al., 2020). Le morti "cattive" o di scarsa qualità sono caratterizzate da disagio fisico, difficoltà respiratorie, isolamento sociale, angoscia psicologica, mancanza di preparazione, trattamento non rispettoso o dignitoso,

interventi medici indesiderati o privazione di trattamenti desiderati (Krikorian et al., 2020). Altri segni distintivi delle “cattive morti” sono il disagio, le difficoltà respiratorie, la mancanza di consapevolezza e il ricorso alla ventilazione meccanica, (Steinhauser et al., 2000).

Le morti da Covid-19 possono essere considerate traumatiche ma anche “delegittimate” e in questo senso classificabili come morti ambigue, poiché caratterizzate da esperienze di disumanizzazione del defunto, dalla mancanza di contatto con il parente morente e con la salma del defunto e dall'assenza di rituali funebri (Testoni et al., 2021).

Nel contesto instabile ed alterato della Pandemia la maggior parte delle morti avvenute, non soltanto per Covid-19, possono essere state particolarmente difficili e dolorose da dover affrontare, in quanto accomunate e caratterizzate da sentimenti di solitudine accentuati dalla paura di contrarre l'infezione, da preoccupazioni economiche e dalla preoccupazione verso la propria e altrui salute (Goveas et Al., 2020).

1.3.4. Disturbi nell'elaborazione del lutto

Il dolore è una risposta naturale alla perdita di una persona cara; nella maggior parte dei casi questo dolore diventa più lieve col passare del tempo (Shear, Ghesquiere & Glickman, 2013). La teoria dell'attaccamento considera il lutto come una normale reazione emotiva, definita da sentimenti di tristezza, colpa, rabbia e angoscia dovuti alla separazione da una persona cara (Shear & Shair, 2005). Questi sentimenti possono talvolta evolvere in uno stato di perdita traumatica e in sintomi di lutto acuto che di solito si risolvono in seguito alla revisione della rappresentazione interiorizzata del defunto. Questo processo mira a incorporare la realtà della morte in uno schema di base sicuro e funzionante e a reinserire efficacemente il sistema esplorativo in un mondo senza il defunto (Shear & Shair, 2005). Con il termine “lutto acuto” alcuni autori identificano le manifestazioni iniziali della risposta adattiva al decesso di una persona cara che comprendono: sentimenti di nostalgia e tristezza, ricordi e immagini intrusive della persona scomparsa, desiderio struggente di ricongiungersi con essa, tendenza all'isolamento (Dell'Osso et al., 2013)

Nella maggior parte dei casi le persone riescono a gestire nel corso del tempo questa reazione alla perdita di una persona amata; di conseguenza i sentimenti di tristezza e

dolore dopo la morte di un caro non dovrebbero essere considerati una condizione patologica (Diolaiuti et al., 2021).

Ciò che può essere definito patologico o disfunzionale non è il lutto (*bereavement*) ma il processo di elaborazione dello stesso (*grief*) (Nakajima, 2018). L'incapacità di realizzare una corretta integrazione della rappresentazione interna del defunto si traduce nel Disturbo da Lutto Complicato (Complicated Grief, CG); l'evitamento del lutto, la rabbia, i sensi di colpa, i ricordi della morte e della perdita persistenti hanno un ruolo chiave come fattori di mantenimento (Simon et al., 2007). Tale disturbo è presente sia all'interno del DSM-5 che nella classificazione internazionale delle malattie (ICD- 11).

I due manuali diagnostici, DSM-5 e ICD-11, descrivono altri due tipi di diagnosi legate all'elaborazione del lutto: il Disturbo da Lutto Prolungato (Prolonged Grief Disorder, PGD), definito come una persistente e pervasiva nostalgia del defunto o una persistente e pervasiva preoccupazione per il defunto accompagnata da un intenso dolore emotivo (Killikelly & Maercker, 2017) e il Disturbo da Lutto Persistente e Complicato (Persistent Complex Bereavement Disorder, PCBD), ossia uno stato patologico caratterizzato da gravi e persistenti reazioni di lutto e dolore, tra cui sentimenti caratterizzati da confusione di ruoli, mancanza di significato e solitudine (Malgaroli et al., 2018). I disturbi dell'elaborazione del lutto presentano una parziale sovrapposizione sintomatologica, oltre che una frequente comorbilità, con due principali disturbi: l'Episodio Depressivo Maggiore (EDM) e, qualora la morte sia violenta o improvvisa, il Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD). Rispetto all'Episodio Depressivo Maggiore, i sintomi del Lutto Prolungato sono prevalentemente centrati sulla persona cara e il soggetto ritiene che tutto tornerebbe alla normalità se il defunto "ricomparisse"; nella depressione manca questa fantasia. L'altro disturbo in diagnosi differenziale con il Disturbo da Lutto Prolungato è il Disturbo da Stress Post Traumatico che può svilupparsi quando la morte della persona cara è violenta, improvvisa o inattesa. L'evento traumatico, è in genere, circoscritto nello spazio e nel tempo e la risposta adattiva richiede una rielaborazione della minaccia subita e una rivalutazione delle aspettative relative al pericolo e alla sicurezza. La perdita di una persona cara, invece, non finisce mai; entra a far parte stabilmente dell'esperienza dell'individuo, cambiandola in modo indelebile. Una risposta adattiva richiede di assimilare la perdita e di ridefinire i progetti e gli obiettivi della vita dei quali in precedenza faceva parte anche la persona amata. Il Disturbo da Stress Post Traumatico è

primariamente caratterizzato da paura e ansia, mentre il disturbo da Lutto Prolungato da tristezza e nostalgia (Carmassi et al., 2016)

L'emergenza sanitaria causata dalla Pandemia ha portato ad un aumento dei decessi, non solo per Covid-19, ma anche per coloro che necessitavano di cure maggiori all'interno degli ospedali, e che dato il sovraccarico delle strutture sanitarie, non sono riusciti ad avere correttamente. Questo aumento dei tassi di mortalità ha comportato delle sfide uniche per coloro in lutto, aumentando così la possibilità della diagnosi di Disturbo da Lutto Prolungato (Goveas et Al., 2021). Alcuni autori mostrano come la perdita di un caro nel contesto della Pandemia da Covid-19, possa incidere sul processo di elaborazione del lutto e aumentare la possibilità di Disturbo da Lutto Complicato e di Disturbo da Lutto Persistente e Complicato, soprattutto se l'individuo è considerato un soggetto "ad alto rischio" e presenta delle comorbidità (Bertuccio & Reunion, 2020; Gesi et al., 2020).

Alcuni studi hanno evidenziato un peggioramento della salute mentale generale, non solo per quanto riguarda disturbi specifici dell'elaborazione del lutto. Gli adulti anziani che hanno sperimentato un lutto durante il periodo della Pandemia, sia di un familiare che di un amico, hanno riportato un peggioramento della depressione rispetto a coloro che non avevano subito quel tipo di lutto (Wang et Al., 2021), specialmente per quanto riguarda le donne anziane (Pierce et Al., 2020). Fra gli adulti anziani, le donne sono ad un rischio più elevato di sperimentare un lutto rispetto agli uomini, questo perché le donne tendono ad avere una cerchia di amicizie maggiore (Cornwell et Al., 2008) e perché è più probabile che rimangano vedove, dato il maggior tasso di mortalità per Covid-19 negli uomini (Gebhard et Al., 2020)

Le circostanze della morte durante la Pandemia da Covid-19, frequentemente improvvisa, apparentemente evitabile e casuale, spesso in solitudine o senza la possibilità di visite, unita ad un contesto particolare, caratterizzato dal distanziamento fisico e sentimenti di insicurezza, unito ad una situazione economica instabile, hanno portato ad un alto tasso di diagnosi di Disturbo da Lutto Prolungato, date anche le conseguenze che una morte del genere porta con sé: sentimenti di solitudine, paura di contrarre l'infezione, preoccupazioni economiche maggiori e doversi preoccupare per la salute degli altri (Goveas et Al., 2020).

1.4. Vedovanza durante la Pandemia da Covid-19

L'esperienza del lutto è particolarmente rilevante soprattutto per le persone anziane, anche perché sperimentano la morte di un proprio caro molto più frequentemente degli adulti; in particolare, la perdita del coniuge risulta una delle più comuni (Shear et al., 2013). In uno studio condotto negli Stati Uniti si evidenzia come le persone anziane, in particolare le donne, non tollerano o si adattano al lutto con peggiore successo rispetto alle donne più giovani, riferendo anche un maggior numero di sentimenti di ansia e depressione (Sable, 1991). Essere in una relazione coniugale può fornire ad un anziano sentimenti di gratificazione, conferme comportamentali, un'ottima base per il futuro e interazioni positive (Shaan, 2013); può, pertanto, risultare benefico per il funzionamento fisico degli individui, per la loro salute, per il loro benessere psicologico ed è correlato con un aumento della longevità (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Schoenborn, 2004). Considerando che il desiderio di attaccamento dura tutta la vita, le relazioni adulte come il matrimonio sono destinate a essere coltivate a tempo indeterminato, la perdita di questo legame affettivo può non sembrare mai tempestiva o facilmente accettabile per il sopravvissuto (Sable, 1991). La morte di un proprio caro è associata a cambiamenti emotivi e sociali negli anziani, che includono: una diminuzione nella soddisfazione del benessere generale e un aumento della sensazione di solitudine e isolamento sociale (Shear et al., 2013). In particolare, la fine del matrimonio è un predittore significativo di solitudine (Dahlberg et al., 2021). È ormai assodato che la scomparsa del coniuge indica una perdita del sostegno sociale, emotivo e strumentale, nonché della compagnia fisica e dell'interazione sociale con il coniuge (Van Baarsen, 2002), che porterebbe alla solitudine negli adulti più anziani.

Come chiarito precedentemente, la popolazione anziana è stata quella più colpita dalla Pandemia in termini di decessi (ISS, 2022) e secondo le stime sono quelli che più probabilmente hanno sperimentato la perdita di un proprio caro durante la Pandemia, come un amico, un parente o un coniuge appunto (Verdery et Al.2021).

Fra i diversi tipi di lutto, la morte di un coniuge, rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per il peggioramento della salute mentale e fisica, ed è associata ad un elevato rischio di mortalità (Domingue et al., 2021); inoltre, rispetto ad altri tipi di morte,

comporta delle problematiche diverse soprattutto di tipo economico (Umberson et al., 2017).

In letteratura ci sono pochi studi al momento che indagano l'esperienza della vedovanza durante il periodo della Pandemia. Una delle poche ricerche su questo tema ha evidenziato che la perdita di un coniuge a causa della Covid-19 è associata a una salute mentale nettamente peggiore di quella prevista sulla base di associazioni comparabili tra la morte recente del coniuge e la salute mentale prima della Pandemia (Wang et al., 2022). Gli autori di questo studio evidenziano come questi rischi elevati si applicano a milioni di vedove e vedovi COVID-19 in tutto il mondo (Wang et al., 2022). La scoperta che la vedovanza durante la Pandemia abbia un'associazione maggiore con i risultati negativi in termini di salute mentale è coerente con quanto esposto precedentemente (Carr et al., 2020; Stroebe & Schut, 2021).

In altre parole, lo studio di Wang et al., 2022 ipotizza che il lutto durante la Pandemia, e non solo quello strettamente per Covid-19, sia eccessivamente dannoso per gli anziani in lutto, e che quanto precedentemente esposto si estenda ad altre morti pandemiche. Molti decessi durante la pandemia sono diventati "cattive morti" per i familiari sopravvissuti, a causa della paura di cercare le cure mediche necessarie, del triage dei problemi di salute acuti e delle restrizioni ospedaliere all'accesso dei non ricoverati, ognuno dei quali ha probabilmente reso difficile per le famiglie elaborare la morte del loro caro, indipendentemente dalla sua causa specifica. L'elaborazione del lutto è stata inoltre complicata durante la Pandemia anche a causa di altri fattori di stress, come l'insicurezza finanziaria e la mancanza di supporto pratico ed emotivo, i quali hanno probabilmente aggravato ulteriormente il disagio psicologico delle persone in lutto durante questo periodo (Wang et Al. 2022).

Capitolo 2

Solitudine e Isolamento Sociale

2.1. Cosa si intende per Solitudine e Isolamento Sociale: differenze

Anche prima della pandemia COVID-19, l'isolamento sociale e la solitudine erano riconosciuti come problemi di salute pubblica e politica, soprattutto a causa del loro grave impatto sull'aspettativa di vita, sul benessere e sulla salute fisica e mentale (Fried et al., 2020). La pandemia, e le successive misure per contenere l'espansione del virus, hanno reso ancora più fondamentale comprendere le conseguenze dell'isolamento sociale e della solitudine (Holt-Lunstad, 2021). Dopo lo scoppio del virus in molti Paesi del mondo sono stati emanati ordini di lockdown e di allontanamento fisico, divieti di spostamenti e il passaggio al lavoro e all'istruzione a distanza ha comportato una riduzione dei contatti sociali (cioè un maggiore isolamento sociale), che a sua volta può aver contribuito ad aumentare i livelli di solitudine (Ernest et al., 2022). L'isolamento sociale e la solitudine, pur essendo correlati, sono concetti distinti: l'isolamento sociale è lo stato oggettivo di avere una piccola rete di relazioni affini e non affini e quindi poche o infrequenti interazioni con gli altri. Alcuni studi hanno trovato solo deboli correlazioni tra isolamento sociale e solitudine (Steptoe et al., 2013): le persone socialmente isolate non sono necessariamente sole (infatti, la solitudine in tal caso viene descritta in termini positivi) e viceversa. Al contrario, la solitudine è la sensazione dolorosa - o "dolore sociale" - che deriva da una discrepanza tra la quantità (ad esempio, il numero di contatti sociali al giorno) e/o la qualità (riferita all'esperienza soggettiva di caratteristiche come l'affetto, l'intimità o il conflitto) delle connessioni sociali desiderate ed effettive (Cacioppo et al., 2014).

Nel contesto pandemico, la distinzione tra isolamento sociale e solitudine è particolarmente importante, poiché molte persone hanno meno contatti, ma non tutte si sentono sole (Ernest et al., 2022); questo perché la solitudine è legata a fattori diversi dall'isolamento sociale, tra cui caratteristiche temporalmente stabili dell'individuo (Mund et al., 2020) e del suo ambiente, come i tratti della personalità, il bisogno di contatto e le aspettative di relazione, la salute fisica e mentale e le norme culturali (Lim et al., 2020). Queste variabili possono spiegare perché la pandemia non abbia colpito tutti allo stesso

modo. Ad esempio, un'indagine sulla popolazione tedesca ha mostrato che gli individui estroversi hanno riportato un maggiore aumento della solitudine durante la pandemia (Entringer & Gosling, 2021).

In letteratura la solitudine viene distinta da concetti correlati come l'isolamento sociale, vivere da soli (Ong, Uchino & Wethington 2016) e *solitude*; quest'ultimo termine inglese non ha una traduzione italiana ma può essere interpretato con un'accezione positiva del termine solitudine (Hawkley & Cacioppo 2010). Al livello più elementare, l'isolamento sociale è stato definito come uno stato oggettivo di contatti sociali minimi con altri individui, mentre la solitudine riflette uno stato soggettivo di mancanza dell'affetto e della vicinanza desiderati con un'altra persona significativa o intima (cioè la solitudine emotiva) o con gli amici e i familiari più stretti (cioè la solitudine relazionale) (Ong, Uchino & Wethington 2016). Inoltre, sebbene a volte siano considerati sinonimi di “vivere da soli”, la solitudine e il vivere da soli sono categorie correlate ma non sovrapposte, per esempio, le ricerche condotte sugli anziani dimostrano che vivere da soli non è necessariamente indicativo di solitudine: molti di coloro che vivono da soli riferiscono di avere frequenti contatti sociali e un coinvolgimento attivo nelle organizzazioni comunitarie (Wenger et al 1996). Allo stesso modo, i ricercatori hanno distinto la solitudine dall'esperienza di essere soli o dalla *solitude*, quest'ultima riflette uno stato di isolamento sociale che comporta un allontanamento volontario dalla rete sociale, mentre la solitudine è involontaria e più strettamente associata a deficit nella qualità percepita delle interazioni sociali (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Vivere da soli, avere pochi legami con la rete sociale e avere contatti sociali poco frequenti sono tutti indicatori di isolamento sociale; mentre l'isolamento sociale può essere una variabile oggettivamente quantificabile, la solitudine è uno stato emotivo soggettivo (Holt-Lunstad et al., 2015). La solitudine è la percezione dell'isolamento sociale, o l'esperienza soggettiva di sentirsi soli, e quindi comporta una misurazione necessariamente soggettiva (Holt-Lunstad et al., 2015). La solitudine è stata anche descritta come l'insoddisfazione per la discrepanza tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive (Peplau & Perlman, 1982).

Le persone prive di contatti umani spesso si sentono sole (Yildirim & Kocabiyik, 2010); tuttavia, l'isolamento sociale e la solitudine spesso non sono significativamente correlati (Perissinotto & Covinsky, 2014), il che suggerisce che si tratta di costrutti indipendenti e

che uno può verificarsi senza l'altro (Holt-Lunstad et al., 2015). Per esempio, alcuni possono essere socialmente isolati, ma accontentarsi di contatti sociali minimi o preferire la solitudine; altri possono avere contatti sociali frequenti ma sentirsi comunque soli (Holt-Lunstad et al., 2015).

Sebbene l'isolamento sociale possa non essere emotivamente deprimente per tutti, esso è associato a rischi medici, a un aumento dei costi sanitari e a un accesso limitato ai principali caregiver, al supporto finanziario, medico o emotivo (Holt-Lunstad et al., 2015). Al contrario, la solitudine è una discrepanza tra il livello di connessione sociale effettivo e quello desiderato ed è associata a depressione, ansia, disabilità funzionale, sintomi fisici come il dolore e morte (Persinotto, Cenzer & Covinsky, 2012). Durante la pandemia COVID-19, molti anziani possono aver sperimentato nuovi o peggiorati sentimenti di solitudine a causa della mancanza di attività sociali personali, spesso essenziali a causa di limitazioni preesistenti dovute a condizioni mediche croniche, disturbi della vista o dell'udito o disabilità funzionali (Cudjoe & Kotwal, 2020). L'isolamento sociale e la solitudine possono esistere separatamente e non è raro che coesistano (Aswhin et al., 2021).

Le persone che sperimentano la solitudine spesso si descrivono come se si sentissero vuote dentro e scollegate dagli altri (Weiss, 1973). De Jong Gierveld e Van Tilburg (2010) hanno definito la solitudine come un sentimento negativo soggettivo che ha origine da deficit percepiti nelle relazioni sociali. Cacioppo et al. (2006) ne hanno evidenziato la funzione evolutiva, con la solitudine che funge da stimolo per riconnettersi con gli altri. Queste formulazioni sono in linea con la teoria dell'attaccamento, un quadro importante per comprendere le conseguenze della perdita e della separazione. La teoria dell'attaccamento suggerisce che gli esseri umani nascono con un sistema psicobiologico che li spinge a cercare la vicinanza di altri significativi nei momenti di bisogno (Bowlby, 1980). Secondo Bowlby (1980), l'obiettivo di questo sistema comportamentale di attaccamento è quello di mantenere un'adeguata protezione e sostegno, che si accompagna a un senso di sicurezza e protezione.

La salute, la vita e il patrimonio genetico dei membri delle specie sociali sono minacciati quando si trovano isolati (Cacioppo e Hawkley, 2009). Durante il lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19, ad esempio, siamo stati tutti obbligati a sperimentare l'isolamento sociale e molte persone hanno sofferto le conseguenze della solitudine (Cardona &

Andres, 2023). Durante la pandemia, la priorità è stata data ai pericoli del virus. Tuttavia, l'isolamento sociale e la solitudine possono avere effetti sulla salute a breve e a lungo termine che non possono essere ignorati. Holt-Lunstad et al. (2015) ad esempio, hanno dimostrato l'associazione dell'isolamento sociale e della solitudine con un rischio significativamente maggiore di morte per tutte le cause.

Gli esseri umani sono creature profondamente sociali (Hawkley & Cacioppo, 2010). La socialità umana è prominente anche nelle società individualiste contemporanee. Quasi l'80% delle nostre ore di veglia sono trascorse con gli altri e, in media, il tempo trascorso con amici, parenti, coniugi, figli e colleghi di lavoro è considerato intrinsecamente più gratificante di quello trascorso da soli (Emler 1994, Kahneman et al., 2004). Gli esseri umani sono creature che creano significati, tanto da percepire relazioni sociali laddove non esiste un rapporto oggettivo (ad esempio, tra autore e lettore, tra un individuo e Dio) o dove non è possibile la reciprocità (ad esempio, nelle relazioni parasociali con i personaggi televisivi) al contrario, percepiamo l'isolamento sociale quando le opportunità e le relazioni sociali esistono, ma non abbiamo la capacità di sfruttare il potere della connessione sociale nella vita quotidiana (Hawkley & Cacioppo, 2010). L'isolamento cronico percepito (cioè la solitudine) è caratterizzato da disturbi dell'attenzione, della cognizione, degli affetti e del comportamento, che hanno un impatto sulla morbilità e sulla mortalità a causa dei meccanismi genetici, neurali e ormonali che si sono evoluti come parte integrante del significato di essere umano (Hawkley & Cacioppo, 2010).

2.2. Solitudine in anzianità

La solitudine e l'isolamento sociale sono spesso trascurati, nonostante siano problemi vitali per la salute pubblica, con un rischio di mortalità paragonabile a fattori di rischio ben consolidati come il fumo di sigaretta e persino superiore all'influenza dell'attività fisica e dell'obesità (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010).

La solitudine può essere particolarmente presente tra gli anziani, per i quali la diminuzione delle risorse economiche, l'aumento delle disabilità e la morte dei coetanei o del coniuge, possono risultare ulteriori fattori di rischio importanti (Stephoe et al., 2013). Le statistiche di prevalenza indicano che quasi 1 adulto anziano su 3 si sente solo negli Stati Uniti (Persinotto et al., 2012). Anche se la solitudine non è un problema

esclusivamente degli anziani, i più anziani (quelli di età pari o superiore a 80 anni) sembrano avere tassi relativamente elevati di solitudine: secondo alcune stime, dal 40% al 50% riferisce di sentirsi spesso solo (Dykstra, 2009). Il rapporto della Fondazione Nuffield afferma che "Una caratteristica angosciante della vecchiaia è la solitudine. Tutti coloro che hanno svolto attività assistenziali tra gli anziani l'hanno ritenuta il più comune, e allo stesso tempo il più imponderabile, dei mali di cui soffrono gli anziani, e la sua frequenza è stata ampiamente confermata dal nostro studio" (Rowntree, cit. 1947, p. 52). Studi coerenti condotti in Nord America (American Association of Retired Persons, 2010), Australia (Grenade & Boldy, 2008) e Nord Europa (Dykstra, 2009) hanno riportato tassi di solitudine tra la popolazione di età superiore ai 65 anni compresi tra il 5 e il 10%. Esiste una notevole variabilità tra gli studi quantitativi sulla solitudine in età avanzata in termini di (a) popolazioni studiate; (b) misura della solitudine utilizzata; (c) fattori sociodemografici censiti; (d) tassi di risposta e dimensioni del campione; e (e) distinzione tra indagini descrittive e analitiche (Victor & Bowling, 2012). Di conseguenza, la coerenza con cui sono stati riportati i tassi di prevalenza della solitudine negli ultimi 6 decenni per i Paesi dell'Europa settentrionale e occidentale, del Nord America e dell'Australia è notevole e aggiunge "validità di facciata" alla conclusione che la solitudine grave è un problema vissuto da molti anziani (Victor & Bowling, 2012).

La sensazione di solitudine può verificarsi in individui di qualsiasi età, ma è particolarmente diffusa tra gli adulti anziani in molti paesi (Victor & Bowling, 2012). Ciò può essere legato al fatto che gli anziani hanno maggiori probabilità di sperimentare una serie di eventi di vita che possono portare a una riduzione dei contatti sociali, tra cui il pensionamento, vivere da soli, la perdita di familiari o amici, le malattie croniche e le disabilità sensoriali, come la perdita della vista e dell'udito (Maharani et al., 2019). La pandemia COVID-19, può aver aggravato i sentimenti di solitudine in molti anziani, questo a causa delle misure di prevenzione per la diffusione del contagio, che ha comportato una mancanza di attività sociali personali, spesso fondamentali a causa di limitazioni già presenti dovute a condizioni mediche croniche, disturbi della vista o dell'udito o disabilità funzionali (Cudjoe & Kotwal, 2020).

2.2.1. Conseguenze sulla salute mentale e fisica

Una delle conseguenze della solitudine è la diminuzione della capacità di autoregolazione, ovvero la capacità di regolare i propri pensieri, sentimenti e comportamenti, che è fondamentale per raggiungere gli obiettivi personali o per conformarsi alle norme sociali. Sentirsi socialmente isolati compromette la capacità di autoregolazione e questi effetti sono così automatici da sembrare non consapevoli (Hawkley & Cacioppo, 2010). Di rilievo per la salute è la capacità di autoregolazione nell'ambito dei comportamenti legati allo stile di vita. La regolazione delle emozioni può migliorare la capacità di regolare altri comportamenti di autocontrollo (Tice & Bratslavsky, 2000), come è evidente dalle ricerche che dimostrano che un affetto positivo predice una maggiore attività fisica (Hawkley & Cacioppo, 2009). Negli adulti di mezza età e anziani, una maggiore solitudine è stata associata a un minore sforzo nel mantenere e ottimizzare le emozioni positive; la compromissione della regolazione delle emozioni nelle persone sole spiega la loro minore probabilità di svolgere qualsiasi attività fisica e la solitudine predice anche una diminuzione dell'attività fisica nel tempo (Hawkley & Cacioppo, 2009). L'attività fisica è un noto fattore protettivo per la salute fisica, la salute mentale e il funzionamento cognitivo (Penedo & Dahn, 2005), il che suggerisce che una scarsa autoregolazione può contribuire al maggior rischio per la salute associato alla solitudine attraverso la diminuzione della probabilità di impegnarsi in comportamenti che promuovono la salute. Uno studio sul tema ha messo in luce che la solitudine è anche un fattore di rischio per l'obesità e per comportamenti che compromettono la salute, tra cui una maggiore propensione all'abuso di alcol (Lauder et al., 2006) Nella misura in cui l'autoregolazione è responsabile di comportamenti salutari più scarsi nelle persone sole, è possibile che comportamenti salutari migliori siano più facilmente realizzabili in compagnia, reale o percepita, di altri (Hawkley & Cacioppo, 2009).

Sono stati proposti diversi percorsi teorici per spiegare gli effetti della solitudine sulla salute degli anziani; come è stato osservato, la solitudine è stata associata a comportamenti negativi per la salute, pratiche sanitarie più scadenti (ad esempio, uso di alcol e fumo) e minori comportamenti che promuovono la salute (ad esempio, meno attività fisica, scarsa nutrizione) tra le persone anziane (Ong et al., 2016). Inoltre, la solitudine è associata a una diminuzione del sonno (ad esempio, durata del sonno più breve, minore efficienza del sonno, maggiore stanchezza diurna) nell'età adulta i risultati di due indagini longitudinali sulla salute degli anziani (Hawkley Preacher & Cacioppo,

2010) suggeriscono che la solitudine predice la diminuzione della qualità soggettiva del sonno che, a sua volta, si ripercuote sull'ulteriore aggravamento della solitudine, suggerendo una relazione causale bidirezionale.

Sono molti gli studi che sondano i substrati neurobiologici della solitudine, in particolare negli adulti più anziani. In una review di Cacioppo et al. 2014, si evidenzia come i meccanismi neurobiologici includono i cambiamenti legati all'avanzare dell'età nelle risposte allo stress neuroendocrino, cardiovascolare e infiammatorio; l'aumento della resistenza vascolare, della pressione arteriosa e dell'attività ipotalamica e ipofisaria dell'adrenocortico; la resistenza leucocitaria ai glucocorticoidi, che riflette rapporti alterati tra i globuli bianchi in circolazione, e un minore controllo infiammatorio e una diminuzione dell'immunità.

Anche i processi cognitivi sono stati chiamati in causa come potenziale meccanismo nel rapporto solitudine-salute. Per esempio, è stato dimostrato che sentimenti di solitudine gravi e persistenti compromettono il funzionamento esecutivo, aumentano la sensibilità agli stimoli sociali negativi ed erodono la fiducia interpersonale (Hawkley & Cacioppo, 2009). Inoltre, recenti lavori sull' *embodiment of cognition* hanno suggerito che i sentimenti di solitudine possono essere istanziati in varie rappresentazioni mentali, tra cui la percezione sensomotoria, la mimica e la sincronia interpersonale (Cacioppo et al. 2014). In uno studio condotto da Cacioppo & Cacioppo (2012) emerge come le esperienze di calore/freddezza fisica e le sensazioni di calore/freddezza sociale condividono rappresentazioni sensomotorie simili. Inoltre, la solitudine o l'isolamento sociale percepito possono avere un ruolo nel modulare il modo in cui gli individui percepiscono e rispecchiano le espressioni e le azioni degli altri, in particolare gli indizi non verbali che possono indicare un rifiuto sociale (Ong et al., 2016). Le prove esistenti dimostrano l'esistenza di importanti legami tra la solitudine e la salute degli anziani. I dati esaminati indicano che sentimenti di solitudine intensa e persistente sono fortemente legati a varie forme di morbilità psicologica e fisica (ad esempio, aumento della sintomatologia depressiva, declino cognitivo e malattie croniche) (Ong et al., 2016).

Il suicidio in tarda età sembra collegato a sentimenti di solitudine e isolamento sociale (De Leo, 2022), sebbene i tassi di suicidio siano diminuiti a livello globale e la qualità della vita e l'accesso all'assistenza sanitaria sono migliorati, tuttavia, i tassi di suicidio degli anziani rimangono i più alti al mondo (De Leo, 2022); in generale, si registra un

aumento progressivo dei tassi di suicidio con l'età, soprattutto tra gli uomini (OMS, 2018). Con i dati epidemiologici che prevedono un quasi raddoppio della popolazione anziana in meno di 30 anni e la crescente proporzione di famiglie mononucleari, la preoccupazione di un aumento dell'isolamento sociale, della solitudine e della dipendenza, noti fattori di rischio per il suicidio, non appare infondata (De Leo, 2022).

2.2.2. Differenze di Genere

Nonostante le osservazioni di cui sopra, le associazioni tra isolamento sociale ed esiti psicologici nel processo di invecchiamento rimangono elusive; resta, inoltre, da stabilire se l'isolamento sociale e gli esiti psicologici siano due processi indipendenti che influenzano la salute in modo diverso o se la malattia psicologica faccia sì che l'isolamento sociale influisca sulla salute o viceversa (Hsiao et al., 2023). Oltre a ciò, analogamente a molte condizioni cliniche, le associazioni tra solitudine ed esiti psicologici negativi possono presentare anche differenze nei due generi (Nilsen et al., 2022). Dagli studi epidemiologici emerge che le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare la depressione nel tempo, ma sono stati riportati risultati contrastanti sulla solitudine (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Alcuni studi hanno suggerito che la solitudine è più forte nelle donne che negli uomini; altre ricerche hanno riportato risultati contraddittori, altre ancora hanno addirittura sostenuto l'esistenza di differenze di genere in queste associazioni (Cacioppo et al., 2010). Gli effetti misti delle associazioni sesso-specifiche sono stati osservati anche nel deterioramento cognitivo (Fangfang et al., 2022). In uno studio longitudinale di coorte su persone di 50 anni e più, sono state riscontrate delle differenze di genere nelle caratteristiche dell'isolamento sociale e nel suo impatto sulla solitudine e sugli esiti della salute mentale a un follow-up di 4 anni (Hsiao et al., 2023). Nello studio di Hsiao et al., 2023, una percentuale leggermente più alta di donne (29,9%) ha riferito di soffrire di solitudine rispetto agli uomini (26,5%), e la prevalenza riferita di solitudine è coerente con quella di molti Paesi (tra il 20% e il 34%) (Chen, 2022). Questi risultati sono coerenti con la letteratura preesistente secondo cui le donne sono più disposte a dichiarare la propria solitudine a sé stesse e agli altri (Berkman et al., 1993). Gli effetti culturali intrinseci, come i ruoli specifici del sesso, possono spiegare in parte queste differenze. Alcuni studi hanno suggerito l'esistenza di una "pressione all'auto-etichettatura" negli uomini, che indica che un numero minore di uomini, rispetto

alle donne, si auto-etichetta come solitario a causa delle potenziali conseguenze sociali negative per gli uomini (Hammen & Peters, 1977). Tuttavia, altri studi hanno sostenuto che le donne possono essere più frustrate e sentirsi meno gratificate degli uomini (World Health Organization. Mental Health Determinants and Populations Team, 2000). Di fronte a stress di varia origine, gli uomini sono più propensi a riferire un disagio somatico, mentre le donne sono più propense a riferire un disagio affettivo (Hammen & Padesky, 1977). A differenza degli uomini, che di solito ricevono sostegno dalla moglie principalmente, le donne hanno generalmente reti sociali più ampie e una maggiore partecipazione alle attività sociali (Hong et al., 2009). Tuttavia, le donne sono più sensibili degli uomini al contesto interpersonale e preferiscono una maggiore connessione interpersonale (Kendler et al., 2005).

2.3. Isolamento sociale e Pandemia

Inizialmente considerata una malattia regionale, la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), causata dal coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave 2 (SARS-CoV-2), si è diffusa rapidamente e inesorabilmente in tutto il mondo. A differenza di altre recenti malattie virali, la COVID-19 non era circoscritta a una particolare popolazione o regione, ma ha colpito tutti e ha causato cambiamenti senza precedenti nella vita quotidiana del mondo intero (Bankole, 2022). Essendo una nuova malattia, ha portato con sé anche un'enorme quantità di incertezza sulle modalità di diffusione, sui soggetti più suscettibili e sui possibili danni che potrebbe causare (Bankole, 2022).

Uno dei cambiamenti più evidenti durante la pandemia di COVID-19 per la popolazione adulta anziana, con o senza problemi di salute mentale preesistenti, è stato l'aumento significativo dell'isolamento sociale (Bankole, 2022).

Per molti anziani, l'isolamento sociale è avvenuto rapidamente, con poco o nessun preavviso, quando i Paesi hanno improvvisamente attuato chiusure a livello nazionale. Poiché gli adulti più anziani hanno registrato risultati peggiori in termini di morbilità e mortalità, i centri nazionali di controllo delle malattie hanno incentrato gran parte dell'educazione e della comunicazione sull'importanza di stabilire e mantenere una distanza fisica dagli altri (United Nation, 2020); di conseguenza, a meno che non vivessero nello stesso nucleo familiare di altri membri della famiglia, gli anziani erano

separati dalle loro famiglie e dai loro amici per lunghi periodi di tempo, indipendentemente dal fatto che vivessero a casa propria o in una struttura di assistenza a lungo termine (Bankole, 2022).

I legami sociali svolgono un ruolo importante nel mantenimento della salute e della qualità della vita ed è stato dimostrato che contribuiscono a ridurre la morbilità e la mortalità (Stephoe, 2013). Una meta-analisi completata da Holt-Lunstad et al., (2010) ha rivelato un aumento del 50% della probabilità di sopravvivenza negli individui con forti relazioni sociali, che è rimasto costante per diverse variabili, tra cui età, sesso e stato di salute. Gli autori, come accennato precedentemente, concludono che gli effetti delle relazioni sociali sulla mortalità sono paragonabili a quelli osservati su fattori di rischio ben consolidati per la mortalità, come il fumo e l'uso di alcol, e superiori a quelli osservati con la mancanza di attività fisica e l'obesità.

2.3.1. Anziani e Pandemia: una popolazione già a rischio

Secondo il rapporto dell'Eurostat su Struttura della Popolazione e Invecchiamento del 2022, l'Italia risulta essere il paese europeo con la più alta percentuale di anziani, con un grave problema di solitudine presente in questa fascia di popolazione: «Circa il 30% delle persone con più di 75 anni di età dichiara di non avere nessuna persona a cui riferirsi in caso di bisogno, e solo l'undici per cento degli anziani intervistati dichiara di ritenere di poter contare, in caso di bisogno, sul sostegno di un vicino di casa. È una situazione preoccupante, visto che l'Italia figura tra le nazioni a sbilanciamento demografico più marcato, con una quota di ultrasessantacinquenni che già sfiora il 25 per cento della popolazione totale. E secondo le stime dell'Ocse, l'Italia diventerà entro il 2050 il terzo paese più anziano del pianeta, rispettivamente dopo Giappone e Spagna» (Corriere della Sera, 2023)., è ragionevole ipotizzare come questa situazione possa essersi ulteriormente aggravata dopo l'epidemia globale di COVID-19 nel 2020 dovuto al distanziamento sociale, e il conseguente aumento dell'isolamento sociale per prevenire la diffusione del contagio.

Durante la pandemia, molte rappresentazioni mediatiche dell'invecchiamento erano particolarmente inquietanti e inadeguate (De Leo, 2022). Facevano sentire gli anziani un peso per la società e per le loro famiglie; li rendevano consapevoli del fatto che avrebbero potuto vedersi negata l'assistenza o essere considerati meno meritevoli (De Leo &

Trabucchi, 2020). Questi fattori possono causare sentimenti di perdita di valore e di significato e compromettere il senso di indipendenza (Wand et al., 2020). Non sono ancora disponibili studi che chiariscano in modo specifico l'impatto della pandemia COVID-19 sui tassi di morte per suicidio tra gli adulti anziani; tuttavia, è ipotizzabile che la pandemia abbia un impatto negativo sul suicidio in età avanzata (Wand et al., 2020). L'epidemia di sindrome respiratoria acuta grave (SARS) del 2003 a Hong Kong è stata associata a un aumento del numero di suicidi in età avanzata, soprattutto nelle donne; rispetto agli anni precedenti, l'aumento è stato pari al 30% del numero previsto (Chan et al., 2006). In Giappone, dopo un iniziale calo dei tassi di suicidio durante la prima ondata della pandemia, si è registrato un aumento del 16% durante la seconda ondata (da luglio a ottobre 2020), con un incremento maggiore nelle donne (Tanaka, & Okamoto, 2021). Il Giappone ha nominato un ministro della solitudine (Tetsushi Sakamoto) dopo aver registrato un aumento dei tassi di suicidio nel Paese per la prima volta in 11 anni. Fattori come l'allontanamento sociale, la quarantena, i dispositivi di protezione individuale, la solitudine e l'impossibilità di contattare i propri cari (anche per l'ultimo saluto) possono potenzialmente aggravare l'ansia, la depressione e i sintomi di stress post-traumatico, potenziali fattori scatenanti di episodi di autolesionismo e suicidio (De Leo & Trabucchi, 2020). Come accennato nei paragrafi precedenti, la diminuzione delle risorse economiche, l'aumento delle disabilità e la morte dei coetanei o del coniuge, possono risultare dei fattori di rischio importanti per la solitudine (Stephoe et al., 2013).), molti di questi fattori di rischio durante la pandemia sono stati esacerbati, in particolare nel capitolo precedente è stato illustrato come questa popolazione sia stata la più colpita dal virus in termini di decessi ma anche quelli che più probabilmente hanno sperimentato la perdita di un proprio caro durante la Pandemia, come un amico, un parente o un coniuge appunto (Verdery et al.2021). Anche le persone anziane con un buon supporto sociale possono avere ripercussioni a valle, perché spesso dipendono dagli incontri sociali, dalle congregazioni religiose o spirituali e dal coinvolgimento della comunità per la loro salute fisica e mentale. L'interazione sociale aiuta a stimolare e mantenere la salute del cervello e quindi può avere effetti deleteri da un allontanamento sociale prolungato. Sebbene ogni persona gestisca i momenti di incertezza in modo molto diverso, gli anziani sono particolarmente vulnerabili (Roy et al.,2020).

2.4. Vedovanza e Solitudine

La perdita di una persona cara può costituire una delle cause che aprono la strada verso la solitudine. Prima la vicinanza di un altro rendeva la vita significativa per la condivisione di speranze, difficoltà, soddisfazioni; quando il legame si rompe, la reazione più forte può essere la chiusura in sé stessi insieme alla rinuncia a costruire ulteriori relazioni; in questo modo il processo di isolamento diviene sempre più incisivo e la lontananza dalla realtà sempre più forte (De Leo & Trabucchi, 2019).

Una particolare situazione è rappresentata dalla vedovanza: studi precedenti hanno esplorato vari fattori di rischio per la solitudine, uno dei quali è la vedovanza, un evento angosciante che di solito si verifica quando gli individui entrano in una fase avanzata della vita. È stato dimostrato che la vedovanza è associata negativamente a una serie di esiti, tra cui la mortalità, la disabilità, la depressione e il declino cognitivo (Zhang et al., 2021) ma anche la solitudine (Carr et al., 2018). Il matrimonio è una relazione molto importante per gli anziani, che può fornire loro gratificazioni emotive, conferme comportamentali e interazioni positive (Schann, 2013). La presenza di una relazione coniugale è benefica per il funzionamento fisico, la salute autopercepita, il benessere psicologico e la longevità degli individui (Schoenborn, 2004). La dissoluzione del matrimonio è un fattore predittivo significativo di solitudine (Victor e Bowling, 2012). È ormai assodato che la scomparsa del coniuge indica una perdita del sostegno sociale, emotivo e strumentale da parte del coniuge, nonché della compagnia fisica e dell'interazione sociale con il coniuge che porterebbe alla solitudine negli adulti più anziani (Dahlberg et al., 2021). Esistono delle prove empiriche della relazione positiva tra vedovanza e solitudine (Carr et al., 2018). Yang (2020) ha riscontrato che le donne alfabetizzate hanno sperimentato un livello di solitudine inferiore rispetto alle loro controparti analfabete quando sono rimaste sposate; tuttavia, questo effetto è scomparso quando il coniuge è morto.

Anche se alcune ricerche hanno dimostrato che il risposarsi potrebbe essere negativo per il sostegno intergenerazionale degli anziani vedovi, esso può diventare una strategia di coping molto efficace in risposta alla vedovanza; gli anziani vedovi risposati sperimentano meno angoscia e solitudine rispetto alle loro controparti non risposate (Wright et al., 2020). Molti studi sulla vedovanza si concentrano su adulti anziani con un'ampia fascia d'età; mentre è stata prestata poca attenzione alle differenze di età nel

modo in cui il lutto del coniuge viene vissuto dagli adulti anziani (Carr e Utz, 2001). La popolazione degli anziani è eterogenea e varia in termini di salute e rischio di mortalità. Il rischio di rimanere vedovi è più alto tra gli anziani che tra i giovani, a causa della maggiore mortalità in età avanzata e la perdita del partner è un evento più normale per gli anziani che per i giovani. In altre parole, la perdita del coniuge potrebbe essere un evento fuori dal tempo per i giovani anziani rispetto ai vecchi. Di conseguenza, la vedovanza può causare un impatto più negativo sulla salute fisica e mentale delle persone giovani rispetto a quelle anziane (Carr e Utz, 2001). Tuttavia, ci sono prove che suggeriscono che non ci sono differenze tra i gruppi di età nell'effetto della vedovanza. Ad esempio, Moon et al. (2011) hanno riscontrato che l'effetto della vedovanza sulla mortalità non era diverso per i soggetti di età inferiore a 65 anni rispetto a quelli di età superiore a 65 anni in una meta-analisi.

In letteratura si riscontrano risultati incoerenti sul diverso impatto della vedovanza sulle donne anziane e sugli uomini anziani. In termini di effetti della vedovanza sulla depressione, van Grootheest et al. (1999) hanno riscontrato che gli effetti della vedovanza sui sintomi depressivi erano più forti per gli uomini anziani che per le donne anziane. Analogamente, Lee (2001) ha sostenuto che la vedovanza è più deprimente per gli uomini che per le donne. Al contrario, Sasson et al. (2014) hanno riscontrato l'assenza di differenze di sesso negli effetti della vedovanza sui sintomi depressivi. Moon et al. (2013) hanno riscontrato che la relazione tra vedovanza e mortalità non varia in base al sesso. Inoltre, Perkins et al. (2016) hanno riscontrato che la vedovanza era correlata a esiti di salute peggiori per le donne anziane rispetto agli uomini anziani. I risultati incoerenti sulle differenze di sesso negli effetti del lutto implicano che la vedovanza non colpisce uomini e donne allo stesso modo, portando così a una vulnerabilità specifica del sesso a questo evento di vita angosciante (Umberson, 1992).

Capitolo 3

La ricerca

Lo scopo di questo lavoro di ricerca è quello di comprendere quale sia stata l'esperienza e il vissuto di coloro che hanno perso il proprio coniuge, durante un periodo storico così particolare come quello della pandemia da Covid-19, in particolare rispetto alla fascia di popolazione anziana (età superiore a 65 anni) che viene riconosciuta in letteratura come già fortemente a rischio di solitudine (Maharani, Pendleton, & Leroi, 2019; Victor & Bowling, 2012). Il termine "Doppia Solitudine" nel titolo della presente tesi fa riferimento all'impatto dell'isolamento sociale, causato dalle strategie messe in atto per evitare la diffusione del contagio del virus Covid-19, unito alla solitudine causata dalla perdita del proprio/a compagno/a di vita (Dahlberg et al., 2021, Shear et al., 2013).

Vista la complessità del tema trattato e delle molteplici sfaccettature coinvolte per questa tesi si è preferito utilizzare un metodo di ricerca misto, unendo due approcci metodologici: il qualitativo e il quantitativo.

3.1. Il metodo misto

I metodi misti sono stati introdotti tra la fine degli anni '80 e i primi anni '90 nell'ambito della formazione, del management, delle scienze sociali e sanitarie e si sono progressivamente sviluppati a livello internazionale in molteplici discipline (Creswell, 2014). Sono descritti come dei metodi di indagine in cui vi è la combinazione di metodi qualitativi e quantitativi in un singolo studio o serie di studi (Creswell & Plano Clark, 2011). L'uso combinato di approcci qualitativi e quantitativi può fornire una comprensione più ampia e poliedrica di un fenomeno integrando il paradigma costruttivista con quello positivista che sostiene che esistono molte realtà e non solo una, e che vanno interpretate. (Halcomb et al., 2009), un autore chiave dell'approccio costruttivista è Bruner (1990) che ha definito la conoscenza narrativa come un racconto, una storia delle intenzioni, delle azioni e situazioni umane nel tempo e nello spazio, che può mescolare gli aspetti sia oggettivi che soggettivi.

Esistono diverse tipologie e classificazioni di metodi misti, Creswell & Plano Clark (2011), hanno individuato i punti più importanti per garantire il rigore progettuale di uno studio con metodo misto (MM) ossia:

1) determinare a priori il livello di interazione tra i dati qualitativi e quantitativi (unire parzialmente o completamente i dati);

2) determinare la priorità della domanda di ricerca (predominanza della domanda quantitativa o qualitativa oppure di entrambe);

3) e la tempistica (simultanea o sequenziale) della raccolta e analisi dei dati quantitativi o qualitativi.

In letteratura i disegni con metodo misto più proposti e più comuni sono quattro: il convergent parallel design, l'explanatory sequential design, l'exploratory sequential design e l'embedded design (Paturzo et al., 2016).

Per questo progetto di ricerca di tesi è stato scelto il convergent parallel design (disegno di triangolazione convergente), ossia una particolare metodologia che viene utilizzata quando si vogliono ottenere dati differenti ma complementari sul fenomeno studiato: i due approcci sono usati simultaneamente iniziando con un'analisi indipendente dei dati qualitativi e quantitativi e in seguito integrando i dati nell'interpretazione/discussione dei risultati (Paturzo et al. 2016). Il disegno di ricerca verrà approfondito nel dettaglio nel paragrafo successivo.

Aver scelto questa modalità per svolgere la ricerca ha permesso di avere un modello di indagine flessibile, che consentisse di avere un riscontro chiaro e rigoroso delle narrazioni delle persone, tenendo conto della dimensione soggettiva e di quella oggettiva (Paturzo et al. 2016).

3.2. Il disegno di ricerca

Il nostro progetto è iniziato ponendosi alcuni interrogativi circa il vissuto delle persone anziane che durante la pandemia da Covid-19 hanno anche dovuto affrontare la perdita del proprio coniuge, e quali possibili effetti questa perdita, unita all'unicità del periodo storico, possa aver provocato in termini di solitudine e isolamento sociale. Nei capitoli precedenti è stata esaminata la letteratura esistente attorno ai vari temi trattati: il lutto durante la pandemia da Covid-19, le differenze fra solitudine e isolamento sociale, mantenendo sempre l'attenzione rivolta sulle conseguenze rispetto alla popolazione anziana (Maharani, Pendleton, & Leroi, 2019; Victor & Bowling, 2012).

Esplorando la letteratura riguardante la vedovanza durante la pandemia da Covid-19 abbiamo potuto notare alcune lacune sul tema, e su un'esperienza che ha riguardato

moltissime persone nel mondo: la morte del coniuge durante la pandemia. Da questo, nasce un progetto di ricerca più ampio che consta di due ricerche parallele: una in termini qualitativi, l'altra in termini quantitativi. Noi ricercatrici abbiamo voluto concentrarci ciascuna su un tipo di analisi diversa per una maggiore comprensione del fenomeno indagato.

Nello specifico, in questa tesi verrà condotta un'analisi qualitativa: verranno discussi i risultati ottenuti dai racconti e dalle narrazioni delle persone che sono rimaste vedove durante i due anni della pandemia da Covid-19, e dall'analisi quantitativa, condotta parallelamente, verranno estrapolati i dati relativi ai soli partecipanti della ricerca qualitativa. In questo modo, come anticipato nel paragrafo precedente, si ottiene un disegno di ricerca con metodo misto, in particolare il convergent parallel design. I due dati, quelli ottenuti dalla ricerca qualitativa e dalla ricerca quantitativa verranno integrati in ultima analisi permettendo una maggiore comprensione del fenomeno; i dati quantitativi andranno a completare quanto emerso dalle interviste semi strutturate, e quindi dall'analisi qualitativa, le due raccolte dati sono quindi avvenute simultaneamente. Per la creazione di questo progetto di ricerca si sono susseguite alcune fasi. Nella prima fase, quella esplorativa, è stata esaminata la letteratura esistente sul tema e svolto un lavoro di ricerca di possibili associazioni, parrocchie e/o strutture a cui poterci rivolgere per poter rintracciare il campione; successivamente abbiamo proceduto alla costruzione del progetto di ricerca definendone la domanda di indagine principale e sulla base di questa sono stati costruiti gli strumenti *ad hoc* per la raccolta dei dati, ovvero un'intervista semi-strutturata a domande aperte somministrata vis a vis dalle ricercatrici, e un questionario con domande chiuse a scelta multipla autosomministrato per mezzo della creazione di un Google Form online. Per garantire l'anonimato, sia durante l'intervista che nella compilazione del questionario è stato creato un codice alfanumerico (specifico per la persona) che ha permesso di accoppiare ogni intervista al corrispettivo questionario. Concluse queste fasi, l'intero progetto è stato sottoposto all'attenzione del Comitato etico per la Ricerca Psicologica dell'Università di Padova (N. 5169), ed è stato quindi approvato.

3.2.1 Scopo della ricerca

Lo scopo del progetto di tesi è quello di indagare il vissuto delle persone che durante la pandemia da Covid-19 hanno anche dovuto affrontare la perdita del proprio coniuge e quali possibili effetti questa perdita, unita all'unicità del periodo storico, possa aver provocato in termini di solitudine e isolamento sociale, focalizzando l'attenzione su una fascia di popolazione specifica: gli anziani, una popolazione particolarmente a rischio sotto due punti di vista: sono stati i più colpiti dalla Pandemia e in particolare dal Covid-19 in termini di decessi (ISS, 2022), sono quindi le persone anziane quelle che più probabilmente hanno sperimentato la perdita di un proprio caro durante la Pandemia (Verdery et al., 2020), in particolare in questo progetto verrà indagata la perdita del proprio coniuge poiché il matrimonio è una relazione molto importante per gli anziani, che può fornire loro gratificazioni emotive, conferme comportamentali e interazioni positive (Schann, 2013) e rimanere vedovi è un fattore predittivo significativo di solitudine (Victor e Bowling, 2012), inoltre è presente un'alta percentuale di anziani, con un grave problema di solitudine, nel capitolo precedente è stato esaminato come la solitudine sia collegata ad una serie di problemi di salute psicologica e fisica (ad esempio, aumento della sintomatologia depressiva, declino cognitivo e malattie croniche) (Ong et al., 2016). L'esperienza della vedovanza viene analizzata all'interno di un periodo storico, quello della pandemia, estremamente particolare, caratterizzato da incertezze economiche, paura di contrarre l'infezione, ma anche e soprattutto lunghi periodi di lockdown che hanno contribuito ad aumentare l'isolamento sociale, che nonostante sia un costrutto diverso dalla solitudine, risultano spesso correlati (Aswhin et al., 2021). Il termine "Doppia Solitudine" nel titolo della presente tesi fa quindi riferimento all'impatto da un lato dell'isolamento sociale dovuto alle restrizioni messe in atto per rallentare la diffusione del contagio, dall'altro all'esperienza di solitudine data dalla perdita del compagno di vita (Dahlberg et al., 2021, Shear et al., 2013).

3.3. Partecipanti

A questa ricerca hanno offerto il loro contributo 21 partecipanti, 6 maschi e 15 femmine. Di seguito sono esposti i criteri di inclusione:

1. Essere rimasti vedove/i durante il periodo della pandemia da Covid-19, quindi da Marzo 2020, fino alla fine dello stato di emergenza a Marzo 2022;

2. Avere più di 65 anni di età;
3. Assenza di decadimento cognitivo, dovuto a malattie tipiche delle persone anziane, come demenza senile, Alzheimer, o altre.
4. Non essere ricoverati in strutture come RSA o Case di Riposo

Il gruppo di partecipanti è stato reclutato tramite diversi canali: attraverso la promozione sui canali social in particolare dell'associazione De Leo Fund, contattando le Auser sul territorio nazionale, e attraverso la conoscenza diretta da parte delle ricercatrici.

Ogni partecipante è stato libero di scegliere se partecipare o meno e di potersi ritirare e sottrarre in qualsiasi momento della ricerca. Ogni partecipante alla ricerca prima di iniziare la compilazione del questionario e di rispondere alle domande dell'intervista semi-strutturata ha preso visione del modulo informativo e di consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati, che comprendeva una breve descrizione della ricerca e degli scopi, il tempo stimato per la compilazione e i recapiti a cui fare riferimento in caso di dubbio o perplessità, così come i recapiti dei servizi di ascolto gratuito contattabili dai partecipanti (come quello offerto dall'associazione De Leo Fund), qualora successivamente alla ricerca avessero avvertito un senso di malessere.

Del totale dei partecipanti, 21, si è scelto di escludere uno di questi, in quanto non rispondente ai criteri di ricerca. Inoltre, in linea con la possibilità di ritirarsi o meno in qualsiasi momento della ricerca, una persona, dopo l'intervista, non si è sentita di compilare anche il questionario, dovuto alla difficoltà delle emozioni provate nel raccontare. La persona è stata quindi tranquillizzata e rassicurata sulla possibilità di potersi sottrarre e ringraziata, come tutte le altre, per aver partecipato e raccontato una parte così delicata della sua vita.

Il totale del campione effettivo si compone quindi di 20 persone, di cui 5 maschi e 15 femmine, di una di queste, come spiegato sopra, abbiamo soltanto l'intervista e non il questionario, tutti quanti hanno perso il proprio coniuge da più di un anno dal momento della raccolta dati.

Tabella 3.3 Informazioni demografiche del campione

<i>Informazioni demografiche</i>		<i>Numero di Soggetti</i>
<i>Sesso</i>	maschio	5
	femmina	15
<i>Età</i>	66-70	4
	71-75	5
	76-80	5
	81-85	4
	86-90	-
	91-95	2
	<i>Livello di istruzione</i>	Scuola primaria
Scuola secondaria di I Grado		6
Scuola secondaria di II Grado		8
Laurea Triennale		1
Laurea Magistrale		1
Diploma di Specializzazione		1
<i>Numero di persone con cui vive</i>	0	13
	1	6
	2	-
	3	-
	4 o più	1
<i>Cause della perdita</i>	Covid-19	4
	Altra malattia (tumore, malattie cardiovascolari, diabete, demenza...)	11
	Morte improvvisa (infarto, ictus...)	4
	Morte improvvisa e violenta (incidente, suicidio, omicidio)	1
<i>Tempo trascorso dalla perdita</i>	1-3 mesi	-
	3-6 mesi	-
	9-12 mesi	1
	Da più di un anno	19

3.4. Strumenti

Poiché in campo psicologico l'obiettivo della ricerca, come in questo caso, è quello di cogliere le sfaccettature di un certo fenomeno e quanto questo porti ad un arricchimento

della conoscenza, per una maggiore quantità di dettagli, risulta essere molto importante cogliere e osservare la variabilità individuale (Jervis & Drake, 2014). Nel nostro lavoro abbiamo scelto di utilizzare due strumenti: l'intervista semi-strutturata e il questionario con risposte chiuse; questo ci ha permesso da una parte di valorizzare la formulazione personale dell'esperienza della perdita del proprio coniuge e di potersi raccontare liberamente, orientando comunque le risposte dei partecipanti agli argomenti di nostro interesse attraverso la formulazione di domande, dall'altra abbiamo potuto in un certo senso "oggettivare" l'esperienza attraverso l'utilizzo di test standardizzati inseriti nel questionario ed avere un'ulteriore visuale sul loro vissuto e sul tema affrontato. Entrambi gli strumenti verranno approfonditi separatamente nei successivi paragrafi ed è possibile visionarli in appendice.

3.4.1. Intervista semi-strutturata

Uno degli strumenti più utilizzati dalla ricerca qualitativa è proprio l'intervista semi-strutturata: queste sono formate da una traccia di domande che hanno la funzione di creare un dialogo fra il ricercatore e il partecipante (De Jonckheere & Vaughn, 2019). Le interviste semi-strutturate hanno due vantaggi principali, permettono di comprendere il mondo, dal punto di vista soggettivo, dell'intervistato, ponendo l'attenzione sul suo vissuto prima di ricercare spiegazioni scientifiche (Kvale, 1996), sia perché basandosi su una traccia di domande precedentemente preparate, l'intervistatore può riformarle in itinere sulla base degli argomenti trattati dall'intervistato per potersi adattare al meglio. L'intervista semi-strutturata fornisce una traccia entro la quale gli intervistati possono sentirsi liberi di parlare e di esprimere il "proprio modo di sentire con le loro stesse parole" (Patton, 1990), e questa caratteristica è stata ritenuta particolarmente importante proprio per la delicatezza della tematica trattata. Inoltre, questa modalità di raccolta dati assume un valore aggiunto: permette di instaurare una relazione di fiducia tra partecipante e intervistatore, un ascolto attivo e rispettoso permette di costruire una relazione (Spradley, 2021) e riconosce la complessità del condividere le proprie esperienze e pensieri (Shank, 2006).

Ovviamente questa modalità presenta anche diverse criticità: si potrebbe avere partecipanti con poca voglia di raccontarsi e reticenti nel condividere argomenti personali, per ovviare a questa problematicità risulta di fondamentale importanza

descrivere i motivi dello studio, e sottolineare quanto la partecipazione dell'intervistato sia importante e unica (De Jonckheere & Vaughn, 2019).

Nella ricerca sono state condotte interviste semi-strutturate vis a vis volte ad indagare l'esperienza della vedovanza connessa ai sentimenti solitudine e isolamento sociale dati dalla pandemia da Covid-19 e dalla perdita del proprio compagno/a. La traccia dell'intervista è stata creata ad hoc e la raccolta dati è stata supervisionata dalla professoressa Sabrina Cipolletta, responsabile della ricerca.

Ogni intervista è iniziata con un momento di presentazione e di spiegazione del progetto: spesso queste informazioni venivano già scambiate quando i partecipanti venivano reclutati per spiegare di che cosa si sarebbe trattato il successivo incontro e per ricevere la risposta affermativa nel prendere parte allo studio.

Le interviste sono avvenute in ambienti tali da poter garantire all'intervistato la massima privacy e tranquillità, alcune sono avvenute in stanze appositamente fornite dalle associazioni di volontariato alle quali ci siamo rivolte, altre sono state somministrate a casa delle persone stesse ed altre in parchi pubblici e zone all'aperto, in ogni occasione si è sempre assicurato che l'ambiente fosse idoneo, rispettoso, e che le influenze esterne potessero essere ridotte al minimo dovute alla delicatezza del tema trattato e dalla fragilità del momento di vita vissuto e raccontato dalle persone.

I dati sono confidenziali, solo il ricercatore conosce nome e cognome del partecipante e non lo rende rinvenibile nella ricerca, ad ogni intervista viene associato un codice alfanumerico così composto: le iniziali del nome e cognome della madre da nubile (per esempio MB se la madre si chiamasse Maria Bianchi), le iniziali del nome e cognome del padre da celibe (per esempio GR se il padre si chiamasse Giuseppe Rossi), e infine le ultime due cifre dell'anno di nascita (per esempio, se è nato/a nel 1956, sarà 5-6). Tale codice ha una doppia funzione, permette di descrivere i risultati senza rendere nota l'identità della persona che ha partecipato allo studio, e inoltre permette, data la specificità e unicità del codice, di rintracciare successivamente il questionario corrispondente compilato dalla persona in autonomia.

All'inizio dell'intervista è stato consegnato ad ogni partecipante un modulo per il consenso informato, opportunamente spiegato dall'intervistatrice e firmato dalla persona, in alcuni casi è stato necessario dover assicurare gli intervistati riguardo alla garanzia di essere audio-registrati, per ovviare a questi dubbi è stato spiegato che la registrazione

sarebbe stata utilizzata unicamente allo scopo di trascrivere le interviste e che nessun nome e cognome sarebbe apparso all'interno dell'elaborato, tutto questo ha tranquillizzato i partecipanti.

Dopo un momento di presentazione, gli argomenti trattati dall'intervista sono stati:

- 1) Presentazioni e informazioni anagrafiche e di contesto: è stata data la possibilità alla persona di parlare un po' di sé per acquisire informazioni sulla sua vita e metterlo a proprio agio, qualora alcune informazioni di contesto non venissero specificate dalla persona sono state chieste dell'intervistatrice: in particolare se la persona ha figli e/o nipoti e se al momento vive da sola o con qualcuno.
- 2) Come l'emergenza sanitaria data dalla pandemia ha modificato la vita della persona e come veniva occupato il proprio tempo: *Come si è inserita nella sua quotidianità l'emergenza sanitaria degli ultimi due anni?*
- 3) Qualità del rapporto che la persona aveva col proprio coniuge: *Può raccontarmi del rapporto che aveva con il suo/a marito/moglie? In che modo lo definirebbe?*
- 4) Come è avvenuta la perdita: *Può raccontarmi della sua perdita? (approfondire con domande specifiche sull'accaduto solo se la persona omette delle informazioni nel racconto, ex. dove è morto il parente, ecc.)*
- 5) Informazioni rispetto alle maggiori difficoltà nell'affrontare questo tipo di perdita, facendo riferimento anche al periodo storico della pandemia: *Quali sono state per lei le maggiori difficoltà nell'affrontare una perdita come quella che mi descrive in un periodo così particolare come gli ultimi due anni?*
- 6) Informazioni rispetto a come la perdita è stata affrontata se ha ricevuto del supporto e dell'aiuto nell'affrontarla: *Come sta vivendo (o ha vissuto) questo momento così delicato? Ha persone accanto/vicine che la possano supportare e confortare?*
- 7) Informazioni rispetto alle difficoltà in relazione ai sentimenti di solitudine: *Le è capitato di avere dei momenti in cui si sentisse più solo/a o in difficoltà?*
- 8) Data l'esperienza vissuta in prima persona dagli intervistati, è stato approfondito dal loro punto di vista quale potrebbe essere un tipo di aiuto o quali secondo loro potrebbero essere delle situazioni che avrebbero agevolato la loro situazione: *Secondo la sua esperienza e rispetto al suo vissuto, di cosa avrebbe/ci sarebbe bisogno?*

- 9) Informazioni per comprendere se la persona nel momento di fragilità si sia rivolta a qualche professionista per farsi aiutare: *Si è rivolta a qualche professionista/servizio del territorio per farsi supportare in questo momento così delicato?*
- 10) Per concludere l'intervista è stato posto ai partecipanti alcune domande che hanno permesso loro di aggiungere eventuali informazioni o riflessioni riguardo a qualcosa di importante che desideravano condividere: *C'è qualcosa che vorrebbe aggiungere? Qualcosa di importante per lei che vuole condividere in più rispetto a quello che ci siamo già detti?*

Le interviste hanno avuto una durata minima di 25 minuti ad una massima di 1 ora e 20 minuti con una media di 40 minuti. Questa variabilità nei tempi è da ricondurre alla diversità degli intervistati, alcuni si sono mostrati particolarmente loquaci e disposti alla condivisione, altri leggermente più riservati, nel rispetto delle esigenze delle persone l'intervista è stata adattata al partecipante, cercando di porre domande più specifiche per spronare il dialogo. Tutti i partecipanti al termine delle interviste hanno mostrato interesse e curiosità verso il nostro progetto, molti di questi hanno anche ringraziato, ci hanno mostrato molto gratitudine per la ricerca che stiamo portando avanti, in quanto si sono detti particolarmente colpiti emotivamente dalla loro esperienza e ritengono che il tema trattato sia importante. Le interviste sono state successivamente trascritte *verbatim* per la poter svolgere un'analisi testuale.

3.4.2. Questionario

Il secondo strumento utilizzato per questa ricerca è il questionario: tale strumento, così come l'intervista semi-strutturata è stato costruito *ad hoc* dalle ricercatrici. Si tratta di un questionario "per scale di misurazione" a cui viene anteposta una serie di domande di carattere anagrafico visionabili in appendice. Le scale di misurazione utilizzate sono state scelte appositamente e fanno riferimento alle ipotesi e scopi di ricerca.

Il questionario è stato realizzato attraverso la creazione di un Google Form così che le persone possano compilarlo in autonomia poiché pensato per una ricerca su più ampia scala, inoltre, prima della compilazione appare un paragrafo per il consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati online, alla fine di tale paragrafo appare la

seguinte frase “Proseguendo nella compilazione del questionario esprimo il consenso a partecipare alla ricerca”, che sostituisce la firma al consenso cartaceo, in tal modo, così come nell’intervista, ogni partecipante è informato rispetto alla riservatezza dei dati personali. Ad ogni questionario viene affidato un codice alfanumerico (lo stesso che viene illustrato nel paragrafo precedente: le iniziali del nome e cognome della madre da nubile, le iniziali del nome e cognome del padre da celibe infine le ultime due cifre dell’anno di nascita).

Il questionario per scale di misurazione si compone di 8 parti:

- 1) La prima parte è relativa alle informazioni anagrafiche e di contesto composta da 7 domande, tali domande indagano il genere, l’età, il livello di istruzione, con quante persone vive attualmente e informazioni rispetto alla perdita;
- 2) Dyadic Adjustment Scale – 7 (DAS-7): è uno strumento psicologico utilizzato per valutare la qualità di una relazione di coppia, il test contiene 7 item (Gentili et al., 2002; Hunsley et al., 2001). Abbiamo scelto di indagare questo aspetto poiché la qualità della relazione col defunto è un fattore importante per la successiva elaborazione della perdita

Esempio item: I punti sulla linea che segue rappresentano diversi gradi di felicità nella sua relazione. Per favore, scelga il punto che meglio descrive il grado di felicità della sua relazione, da 0 che corrisponde a “estremamente infelice” fino a 6 “perfetta” con “felice” al punto 3

- 3) General Anxiety Disorder-7 (GAD-7): è uno strumento self-report valido ed efficace per lo screening del disturbo d’ansia generalizzato e per la valutazione della sua gravità nella pratica clinica e nella ricerca, si compone di 7 item (Sptizer et al., 2006; Shevlin et al., 2022, Pfizer, 2023). È stato scelto di indagare l’aspetto ansioso come possibile “sintomo” dato dalle restrizioni messe in atto per la pandemia

Esempio Item: “Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?” 1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a

- 4) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): è uno strumento self-report utilizzato per la diagnosi, il monitoraggio e la determinazione della gravità della depressione, lo strumento si compone di 9 item (Kronke, 2021; Shevlin et al.,

2022, Pfizer, 2023). È stato scelto di indagare l'aspetto depressivo come possibile "sintomo" dato dalla perdita del proprio caro.

Esempio Item: "Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?" 1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose

- 5) Satisfaction With Life Scale-5 (SWLS-5): è uno strumento self-report che misura la soddisfazione della vita, che è ritenuta essere un fattore all'interno del costrutto più generale del benessere (Pavor & Diener, 1993; Corrigan et al 2013; Antonelli, 2014). Questa scala si fonda sulla concezione di soddisfazione di vita considerata come esito di un processo di giudizio riferito all'insieme degli aspetti della propria esistenza ed effettuato utilizzando i criteri personali, propri dell'intervistato (Pavor & Diener, 1993; Corrigan et al 2013; Antonelli, 2014).

Esempio Item: "Usando la scala da 1 a 7 seguente, indichi il Suo grado di accordo con ogni affermazione." 1. Per la maggior parte la mia vita si avvicina al mio ideale.

- 6) Prolonged Grief-13 (PG-13): è uno strumento self report utilizzato per rilevare la presenza o assenza del disturbo da lutto prolungato nella pratica clinica e nella ricerca, si compone di 13 item che indagano i sintomi per la diagnosi da lutto prolungato secondo il DSM-5 (Prigerson et al 2009, De Luca et al., 2015). Si è scelto di indagare i sintomi da lutto prolungato poiché la letteratura recente mostra una possibile aumento della diagnosi di disturbo da lutto prolungato per le perdite avvenute durante la pandemia

Esempio Item: "Per ogni domanda, indica con un segno la tua risposta" 1. Nel mese scorso, quanto spesso hai provato desiderio struggente o nostalgia per la persona che hai perduto?

- 7) Multidimensional Scale of Perceived Social Support-12 (MSPSS-12): è uno strumento self-report di 12 item utilizzato per valutare il grado di supporto sociale percepito da parte della famiglia, supporto percepito da parte degli amici, supporto percepito da parte degli altri significativi (Zimet et al., 1998; Di Fabio & Busoni, 2008; Di Fabio & Palazzeschi, 2015).

Si è scelto di indagare il supporto sociale proprio per verificare il rischio di solitudine rispetto alle persone anziane poiché la letteratura mostra come queste siano una popolazione già fortemente a rischio dovuto al decadimento della rete

sociale.

Esempio Item: “Siamo interessati a come ti senti rispetto alle seguenti affermazioni. Leggi con attenzione ogni affermazione ed indica come ti senti a riguardo” 1. C'è una persona in particolare che mi è vicina quando ho bisogno.

- 8) Revised UCLA Loneliness Scale-6 (RULS-6): è uno strumento self-report di 6 item utilizzato per la valutazione della percezione di solitudine e qualità dei rapporti sociali (Wongpakaran et al., 2020 Boffo, Mennarini & Munari 2012 Zaccaria et al. 2020) Si è scelto di indagare anche il sentimento di solitudine percepito proprio perché si tratta di un sentimento che può essere presente anche quando si riceve del supporto sociale (Ernest et al., 2022) e poter identificare i livelli di solitudine percepita.

Esempio Item: 1. Quanto spesso si sente solo?

Il questionario si compone di un totale di 67 domande, per la compilazione i tempi approssimativi sono di 15 minuti, alcuni partecipanti sono riusciti a compilare il questionario in autonomia, altri hanno chiesto un aiuto poiché non sapevano utilizzare sufficientemente bene degli apparecchi elettronici come smartphone o computer, di conseguenza sono stati supportati nella compilazione avvenuta, in tutti i casi, successivamente all'intervista. Alcuni partecipanti hanno mostrato dei dubbi e perplessità rispetto ad alcune domande, in alcuni casi è stato spiegato cosa si intendeva con alcune parole o termini, in altri i partecipanti sono stati invitati a rispondere il più sinceramente possibile, essendo le domande chiuse a risposta multipla si è invitato le persone a rispondere con la scelta più vicina alla loro realtà.

3.4. Analisi dei dati

L'analisi dei dati dipende da che tipo di strumento viene utilizzato e dai dati che si ottengono con questi. Poiché si tratta di una ricerca con metodo misto abbiamo due tipologie di dati: per quanto riguarda l'intervista ci troviamo di fronte ad una tipologia di dati testuali, mentre per il questionario ci troviamo di fronte a dei dati quantitativi.

Il questionario si compone di una serie di test standardizzati che indagano: qualità della relazione, ansia, depressione, soddisfazione della vita, presenza o assenza del disturbo da lutto prolungato, grado di supporto sociale e infine percezione di solitudine. L'obiettivo

finale dei test è quello di stimare la quantità o qualità del tratto o caratteristica psicologica posseduta dall'esaminato, ogni test fornisce uno o più punteggi, oppure stabilisce che una persona appartiene a una e non ad un'altra categoria, questo avviene mediante numeri o classificazioni (Picone et al, 2013). Ognuno dei test inseriti all'interno del questionario ha una rispettiva griglia di scoring che consente di poter convertire le risposte date dalle persone in punteggi grezzi, confrontando tali punteggi con le griglie di correzione, specifiche per ogni test, è possibile avere una risposta standardizzata del costrutto esaminato.

Per le interviste, una volta trascritte verbatim, si è scelto di utilizzare come metodo di indagine l'analisi tematica. Questa metodologia è caratterizzata da una relativa indipendenza da teorie e quadri epistemologici sottostanti, e consente di analizzare i dati in modo flessibile, e permette di avere un potenziale resoconto ricco e dettagliato dei dati (Braun & Clarke, 2006). Gli autori Braun e Clarke (2006) sottolineano come questa rappresenti "un metodo per identificare, analizzare e riportare modelli (temi) all'interno dei dati", l'obiettivo di questa analisi è proprio la creazione di temi, ovvero dei contenuti che si ripresentano e catturano aspetti importanti in relazione alla domanda di ricerca, sono dei contenuti astratti, a volte sfocati, che i ricercatori identificano prima, durante e dopo l'analisi (Ryan & Bernard, 2000).

Il tema viene scelto dal giudizio del ricercatore, che da un lato corrisponde a libertà e flessibilità del metodo, dall'altra sottende un'importante responsabilità per il ricercatore che deve lasciarsi guidare dai dati stessi senza farsi influenzare da preconcetti. Braun e Clarke (2006), descrivono due possibili analisi tematiche, quella induttiva e quella teorica, nel caso della presente tesi si è scelta la prima modalità, anche detta bottom up, questo significa che i temi identificati sono fortemente legati ai dati stessi (Patton, 1990), ciò significa che i dati saranno codificati senza inserirli in una cornice di codifica preesistente.

Vengono identificati da Braun & Clarke (2006) sei passaggi fondamentali nel condurre un'analisi tematica, questi step non necessariamente devono essere seguiti in maniera lineare, proprio perché la complessità dei dati rende spesso necessario passare più volte per i vari step. I passaggi identificati dagli autori sono:

- 1) Familiarizzare con i dati: una lettura approfondita dei dati che permetta già di evidenziare i primi temi o pattern, un'azione preliminare al processo di codifica.

- 2) Generazione di codici iniziali, con codice si intende ciò che identifica una caratteristica dei dati che appare interessante ovvero il “più fondamentale segmento, o elemento, dei dati grezzi o delle informazioni che possono essere valutati in riguardo al fenomeno” (Boyatzis, 1998). Ciò permette di organizzare i dati in gruppi significativi (Tuckett, 2005).
- 3) Ricerca di temi: consiste nel cercare temi e raggruppare i codici rilevanti in delle macrocategorie
- 4) Revisione dei temi: permette di valutare il lavoro svolto, individuando i temi supportati da pochi dati, quindi da eliminare e quelli che si sovrappongono così da unirli.
- 5) Definire e nominare i temi: prevede l’identificazione del fulcro di ognuno dei temi rintracciati e parallelamente la considerazione di come si inseriscano nel più ampio contesto dell’insieme dei dati, vengono quindi definiti i temi mettendo in risalto gli aspetti più interessanti della categoria. In questa fase può essere necessario rintracciare dei sotto-temi per dare maggiore struttura ad un tema che può risultare complesso. I temi in questa fase vengono nominati attraverso delle etichette chiare e concise.
- 6) Produzione del report: è la fase finale comporta la stesura dell’analisi e la produzione di un report, rappresentato dall’esposizione dei risultati, organizzati secondo i temi e sotto-temi, una narrazione degli aspetti salienti emersi

Capitolo 4

Risultati

4.1. Analisi Qualitativa

Dal processo di analisi tematica delle 20 interviste sono stati rintracciati quattro temi principali, articolati in sotto temi, identificati attraverso i sei passaggi fondamentali dell'analisi tematica, descritti da Braun & Clarke (2006), come riportato nel paragrafo 3.4.

Per la comprensione dell'analisi svolta e dei risultati che abbiamo osservato, sono riportate di seguito una tabella riassuntiva (Tabella 4.1) dei temi e dei sotto temi e per ciascun tema una tabella con i rispettivi codici secondo l'ordine con cui saranno presentati nei paragrafi successivi. Verranno riportati anche degli estratti delle interviste in modo anonimo con associato un codice che fornisce informazioni sul sesso e l'età dell'intervistato. Nonostante le esperienze dei partecipanti fossero molto diverse tra loro, sono emersi alcuni temi ricorrenti.

Tabella 4.1. Temi e sotto temi

Temi	Sotto temi
Pandemia	<ul style="list-style-type: none">- Influenza della pandemia sulla quotidianità- Ansie causate dalla situazione pandemica- Ricoveri Ospedalieri
Lutto	<ul style="list-style-type: none">- Difficoltà legate alla perdita- Elaborazione della perdita- Tipo di perdita- Funerale- Qualità del rapporto
Solitudine	<ul style="list-style-type: none">- Cause- Momenti critici- Strategie di coping
Supporto Sociale	<ul style="list-style-type: none">- Supporto da parte dei familiari- Desiderio di conoscere qualcuno- Supporto da parte dei conoscenti

4.1.1. Pandemia

All'interno di questo tema vengono riportati tutta una serie di conseguenze provocate dalla pandemia da Covid-19 e dalle limitazioni imposte per ridurre la diffusione del contagio. Nello specifico, questa prima tematica considerata è a sua volta costituita da tre sotto temi che di seguito verranno approfonditi e calati nell'esperienza reale delle persone che hanno partecipato alla ricerca. Di seguito viene proposta una tabella (Tabella 4.1.1) riassuntiva dei sotto temi. Nonostante la maggior parte degli intervistati abbia dichiarato di non aver subito molti cambiamenti durante il periodo della pandemia da Covid-19 emergono comunque altri due sotto temi principali in qualche modo opposti: le ansie e paure, i cambiamenti nelle visite ai parenti e nel rapporto con i dottori negli ospedali.

Tabella 4.1.1. Tabella riassuntiva dei sotto temi del tema 1

Tema 1. Pandemia	
	- Nessun cambiamento
Influenza della pandemia sulla quotidianità	- Qualche cambiamento - In secondo piano rispetto ad altre problematiche - Limitazione della libertà
Ansie causate dalla situazione pandemica	- Ansia generalizzata - Paura di contrarre il virus - Paura per il compagno/a considerato soggetto fragile
Ricoveri ospedalieri	- Difficoltà nelle visite al coniuge - Rapporto con i dottori/infermieri

4.1.1.1. Influenza della Pandemia sulla quotidianità

Come accennato nel paragrafo precedente molti dei partecipanti hanno riportato di non aver avuto particolari cambiamenti nella loro quotidianità durante la pandemia da covid-19 se non addirittura nessun cambiamento.

“Non è cambiato assolutamente niente, ho fatto una vita abbastanza casalinga per cui per me non è cambiato niente” (P16,F,76)

Uno degli intervistati ha dichiarato che la sua vita non è cambiata *“perché io son sempre stato in quarantena costantemente” (P3,M,81).*

Alcune persone hanno riportato qualche cambiamento nella loro quotidianità ma senza riportare particolari difficoltà.

“è stato un periodo di costrizione, vabbè tutta una serie di accorgimenti, però niente di particolare, andavamo spesso, lei soprattutto, a fare i tamponi ma non l’abbiamo subito granchè” (P11,M,72)

Altri intervistati hanno invece riportato come la pandemia sia stata in sottofondo rispetto ad altre problematiche di cui dovevano occuparsi come ad esempio il compagno/a malato, una delle persone intervistate ha infatti raccontato come in quel periodo la pandemia appariva secondaria rispetto ad altre difficoltà.

“Allora durante la pandemia mio marito si è ammalato di tumore al pancreas. Quindi io mi sono occupata poco di pandemia ma più di mio marito, naturalmente con tutte le limitazioni che la pandemia ci ha dato.” (P15,F,72).

Complessivamente risulta che per gli intervistati la pandemia e anche le restrizioni imposte dal contagio non abbia portato particolari cambiamenti nella loro quotidianità, anche se due persone durante l’intervista hanno dichiarato di aver subito qualche limitazione rispetto alla loro libertà.

“Non avere più la libertà di uscire, avere spazio di essere fuori” (P5,M,72)

“È cambiata molto perché i miei figli non mi facevano uscire per andare a fare la spesa, non mi interessa anche se non mangio, dicevano mamma la spesa te la facciamo noi” (P13,F,84)

4.1.1.2. Ansie causate dalla situazione pandemica

Un altro sotto tema emerso riguardante la pandemia è quello delle ansie e paure, in particolare sono stati identificati tre sottogruppi: ansia generalizzata, paura di contrarre il virus e la paura per il proprio compagno/a considerato un soggetto fragile.

L'ansia generalizzata si riferisce alla situazione pandemica in generale.

“avevo questa paura, non ci poteva dare la mano, non ci poteva abbracciare, io tutto questo l'ho un po' subito perché sono fatalista, anche troppo” (P14,F,78) oppure “Mi sono sentita un po' a disagio... la vita era cambiata” (P2F,93).

La paura di contrarre il virus viene riportata da una persona sola che fa un paragone con l'influenza asiatica del 1957.

“La pandemia l'ho vissuta male, nel senso che piena di paura perché me la facevano avere la paura, però non come si dice quella paura di non avere la mascherina, se non ho la mascherina prendo questa malattia, se non mi fossi disinfettata le mani chissà cosa mi succede...perché io non lo so, forse voi non ci crederete, ma io dall'anno '67 fino ad oggi ho avuto la febbre una volta sola, non ho mai avuto l'influenza, non sono mai stata malata, ho avuto tre figli fino al '79 quando ha avuto l'ultima figlia, non sono mai stata malata. Non precludevo che questo covid fosse così aggressivo perché ho vissuto gli anni dell'asiatica nel '57 che io l'ho presa, ha portato via anche quella tante morti nel '57, però l'abbiamo avuto in casa mia a tutte e non abbiamo avuto perdite” (P8,F,84).

Molti degli intervistati dovevano occuparsi del proprio compagno/a malato, di conseguenza in molti era presente una paura o ansia non per sé stessi ma per il proprio coniuge ritenuto appunto soggetto fragile:

“Eh beh certo, prima della pandemia ero più serena, ero più... volevo dire avevo un pensiero enorme durante la pandemia perché lui ha avuto la malattia durante la pandemia... lui non è morto solo di pandemia perché lui...l'ho preso anche io, l'ha preso

mio figlio... però noi si è superata bene, come tutti perché non avevamo nulla, lui bellino aveva questa malattia, aveva un tumore nel sangue” (P1,F,81).

“È stato solo traumatico, perché mia moglie essendo soggetto fragile, aveva una forma tumorale che portava avanti da anni, da 5 anni, quindi aveva subito 2 operazioni, quindi ovviamente l’attenzione era rivolta a lei a non far precipitare le cose” (P19,M,66)

4.1.1.3. Ricoveri ospedalieri

Un aspetto importante che la pandemia ha coinvolto riguarda sicuramente il tema degli ospedali, in particolari nel racconto delle persone emergono due sotto temi principali: le visite al coniuge e il rapporto con i dottori ed i medici.

Per quanto riguarda le visite al proprio compagno/a queste spesso non erano possibili o venivano concesse in casi eccezionali, in alcuni casi i medici o gli infermieri hanno aiutato le persone con videochiamate per poter parlare con i parenti, ma la possibilità di vedere la persona fisicamente è risultata una tematica particolarmente importante e presente in molti dei racconti.

“Cinque giorni prima che morisse mi chiamò una dottoressa e mi dice che Paolo la vorrebbe rivedere, in tutta sicurezza perché noi stavamo nella terrazza, e lei mi dice se me la sentivo e io son corsa” (P12,F,70)

Allo stesso modo il non poter far visita alla persona è risultata una tematica particolarmente importante, di seguito un estratto di un’intervista:

“P4,F,73: Da un certo punto è arrivato il Covid, il 12 marzo mi hanno detto che non potevo più andare all’ospedale e lui non era in grado, non si alzava dal letto, anzi cercava di togliersi e io l’ho aiutato in qualche maniera, invece quando sono andata via non potevo più andarci.

Ricercatrice: Riusciva in qualche modo a sentirlo, con chiamate, videochiamate?

P4,F,73: Avevo un'amica che era cardiologa e quando finiva il turno andava a trovarlo e usava il suo telefono e mi salutava, questo naturalmente tutto marzo. Il 7 Aprile la mattina alle 5:30 mi chiamano le infermiere che lo hanno trovato morto.

Ricercatrice: E quindi lei non lo ha più potuto rivedere dal marzo, deve essere stato difficile.

P4,F,73: Questa è stata la cosa più pesante, che ancora adesso, ogni tanto mi dico se fossi stata ancora lì magari.”

Altra tematica molto presente è il rapporto con i medici, questa sotto tematica è legata al sotto tema delle visite in ospedale soprattutto perché non era possibile visitare il coniuge in ospedale ed avere un contatto diretto con la persona e con i dottori, di conseguenza il rapporto con i medici e infermieri è risultato per molti un fattore importante sia in senso positivo che negativo.

"Lui è morto il 6 di maggio. Una cosa estremamente positiva è che i medici mi telefonavano quotidianamente per darmi notizie e questo non posso assolutamente dire niente perché secondo me si sono comportati come si dovevano comportare, era una situazione caotica, non sapevano da che parte rifarsi, Paolo era una vittima predestinata perché era fragile, e verso il 20 di aprile arrivò la maschera e il casco e non riuscivo più a capirlo, allora gli infermieri facevano da traduttore.” (P12,F,70)

“Ho cambiato medico. Un po' perché la dottoressa ci ha piantato in asso dopo i sei, sette mesi è andata a fare la libera professione, non è che avesse solo paura, le faceva comodo e in particolari che non sto qui a scendere, comunque ha scelto la libera professione perché ci sono molte persone che ancora adesso la seguono, ma perché forse magari era anche brava, però se lei fosse venuta a casa e l'avesse visto avrebbe capito che aveva bisogno solo di una dose di cortisone invece di doverlo trasferire in ospedale con i rischi annessi, poi a volte divento razionale e dico che con i se non si va avanti” (P18,F,78)

4.1.2. Lutto

Il secondo tema rintracciato all'interno delle interviste è quello del lutto, in cui sono presenti diverse sotto tematiche schematizzate all'interno della Tabella 4.1.2. Attorno a questa tematica come vedremo si collegano gli altri temi principali e risulta quindi centrale nel racconto degli intervistati. Nonostante l'esperienza del lutto sia qualcosa di estremamente soggettivo, sono emersi alcuni temi ricorrenti.

Tabella 4.1.2. Tabella riassuntiva dei sotto temi del tema 2

Tema 2. Lutto	
Difficoltà legate alla perdita	<ul style="list-style-type: none">- Problematiche burocratiche ed economiche- Mancanza di punti di riferimento- Togliere gli oggetti del defunto
Elaborazione della perdita	<ul style="list-style-type: none">- Far riferimento alle proprie risorse- Supporto psicologico- Ricordi- Sentimenti di tristezza- Suicidio
Tipo di perdita	<ul style="list-style-type: none">- Covid-19- Improvvisa- Improvvisa e violenta- Malattia
Funerale	<ul style="list-style-type: none">- Non poter partecipare- Non poterlo svolgere- Riuscire a poter partecipare/svolgere
Qualità del rapporto	<ul style="list-style-type: none">- Ottimo- Alti e bassi- Burrascoso

4.1.2.1. Difficoltà legate alla perdita

La metà degli intervistati ha riportato come una delle difficoltà principali che ha dovuto affrontare successivamente alla perdita fossero di tipo economico/burocratico, alcuni hanno spiegato che non si aspettavano di dover affrontare tante situazioni di questo tipo, altri ancora perché spesso si affidavano al compagno/a per questo tipo di problematica.

“È stato difficile anche per le incombenze burocratiche che ho dovuto affrontare. A parte che anche i miei figli mi hanno aiutato in questo ma è stato impegnativo per tanti di quei documenti.” (P4,F,73)

“A volte ho un problema da risolvere e istintivamente se c'era mio marito ci pensava lui, tipo la contabilità, ci ha pensato sempre lui e invece adesso mi trovo in una situazione in cui ho dovuto capire da sola qualcosa dell'INPS, del 730” (P16,F,76)

Alcuni dei partecipanti hanno riportato come difficoltà principale da dover affrontare quella della perdita dei punti di riferimento, di dover riorganizzare la propria vita.

“Dopo la perdita è abituarsi ad una vita completamente diversa rispetto a 50 anni di matrimonio vissuti benissimo” (P15,F,72)

“La vita viene stravolta, si deve ricominciare a riprogrammare da sola... [...] ti vedi sola ad affrontare ogni giorno tutte le scelte e i problemi che si presentano” (P20,F,75)

Alcuni degli intervistati hanno parlato di come riorganizzare il materiale del defunto fosse stato per loro difficile e doloroso, in particolare per i ricordi che riaffiorano.

“I giorni brutti sono stati quando con Barbara e mia sorella e mia cognata in casa abbiamo messo via le sue cose e quello non è stato facile, però sono stati affrontabili, ancora non ho terminato questo perché ci sono delle cose che non posso fare, tipo le foto non le guarderò mai” (P19,M,66)

“Il primo anno non riuscivo a togliere i suoi vestiti, oppure quando vedevo delle foto”
(P4,F,73)

4.1.2.2. Elaborazione della perdita

Questa categoria si concentra sull’elaborazione della perdita dei partecipanti, come strategia per affrontare la perdita troviamo principalmente un far riferimento alle sole proprie risorse da parte dei partecipanti, molti intervistati hanno dichiarato di essersi fatti forza da soli, riuscendo a superare il momento grazie alle proprie forze senza lasciarsi abbattere. Solo tre partecipanti si sono rivolti a dei servizi di supporto psicologico.

“Ho cercato di reagire perché vivendo sola dico, se io mi butto giù e non reagisco è peggio, dico perché dove vado a finire? Qui ho una casa, è casa mia, cerco di proteggermi e di tirare avanti, sono stata... ho cercato di essere forte” (P2,F,93)

“Credo in nessun momento di aver perso il buon umore anche se naturalmente cadere in momenti di grande tristezza non era difficile e ho cercato di non farlo perché credo che sarebbe stato negativo per il proseguimento delle cose che dovevo fare” (P19,M,66)

“Sono riuscita a tirare fuori delle cose anche non riferite a Paolo, amici e parenti, poi io sono di carattere anche chiuso, non che io voglia apparire piagnona, invece con il Dottor Toccafondi ho mollato tanto, con lei un pochino perché non c’è coinvolgimento, c’è fiducia, però non c’è niente da affettivo e quindi non c’è giudizio” (P12,F,70)

Cinque partecipanti hanno dichiarato che il ricordo della persona è molto importante per loro e che questo li ha in qualche modo agevolati nel superare la perdita.

“Anche quelli negativi [N.d.R. si riferisce ai ricordi] li tengo ben stretti, perché a volte mi siedo sullo scalino e lo guardo, lo guardo la mattina quando salgo e la sera quando scendo perché sta al terzo scalino, è lì che ci guarda e mi ci arrabbio insieme, sa quante gliele dico! Dicono che bisogna lasciarli andare, questa qua non mi appartiene proprio, non posso dimenticare i miei 44 anni con lui” (P18,F,68)

“Lo sento sempre presente perché ogni sera lui si metteva sempre sul soggiorno come le ho detto e si accendeva la luce, che abbiamo una radioregistratore e sopra c'è la lampada, e lui si accendeva la lampada e guardava la televisione e allora io ogni sera da quando è mancato accendo la lampada” (P8,F,84)

La maggior parte degli intervistati ha riportato dei sentimenti di tristezza successivamente alla perdita, cinque hanno riportato di essersi sentiti depressi, uno di questi ha riportato di aver pensato al suicidio ma che poi quel momento è passato.

“Sa sono distrutta, sono stata un anno... mi sto riprendendo un pochino ora sento... sono stata un anno che io non potevo telefonare... perché cominciavo a piangere, se vedevo qualcuno cominciavo a piangere anche ora mi viene un po'... dopo un anno mi viene anche ora un pochino hai visto il magone” (P1,F,81)

“Io sono ceduto, quando avevo la depressione, non capivo cosa si riguardasse perché un animale come me, pensavo fosse lontano anni luce, invece ci sono caduto quattro mesi dalla morte di mia moglie, successo il 4 luglio ero al mare, avevo un periodo terribile” (P3,M,81)

4.1.2.3. Tipo di perdita

All'interno dei racconti dei partecipanti una parte consistente è spesso dedicata al racconto di come la persona se ne è andata, come vedremo è possibile raggruppare le perdite in quattro categorie, Covid-19, altra malattia, morte improvvisa e morte improvvisa e violenta.

Le morti per Covid-19 sono quattro e sono accomunate dal fatto che la persona se ne è andata in ospedale senza che il proprio coniuge fosse lì, e senza averli mai potuto fare visita.

“Da quando l'ho accompagnato alla croce rossa... non gli ho detto ciao, non gli ho detto niente perché... niente, così, l'hanno chiuso e l'hanno portato via, non l'ho più visto nei io nè i figli, nessuno” (P6,F,82)

Le morti per causa improvvisa sono quattro e sono state causate da infarti o ictus, le persone hanno riportato incredulità e di non aver compreso la gravità inizialmente.

“Io non ero pronta a capire la gravità, mi è partito in ambulanza il 23 aprile di tre anni fa e non è più tornato” (P18,F,68)

“Gli è venuto un colpo di tosse ha sputato, ha sputato sangue, e dico come mai? Vado a prendere un fazzoletto son tornata in la eh... Marino Marino... era là... ho chiamato subito il 118” (P2,F,93)

In un caso si è trattato di morte improvvisa e violenta, a seguito di un piccolo incidente la persona è stata ricoverata in ospedale e per un errore medico è morto, la persona ha riportato sentimenti contrastanti e rabbia.

“Mia figlia mi dice di andare subito all’ospedale perché sembra una cosa bella, si va subito giù, si entra, il professore ci vede e ci fa entrare nello studio e chiude la porta gli chiedo cosa c’è di bello e come fosse andata l’operazione, mi prese la mano e mi disse che voleva chiedermi un favore, se gli avessi dato gli organi di mio marito, ma mio marito aveva 85 anni, ci stava prendendo in giro oltretutto? E mi disse che mio marito aveva il fegato di uno di 40 anni, i reni perfetti, e avremmo bisogno di queste cose per salvare un uomo, gli dissi di prenderli, mia figlia disse di sì, ero felice per quello” (P13,F,84)

4.1.2.4. Funerale

Il tema del funerale è stato ritenuto importante per cinque degli intervistati, per quattro di loro perché non sono riuscite a poter dare l’ultimo saluto al proprio compagno in quanto positive o perché causa lockdown non è stato possibile svolgerlo.

“No il funerale glielo hanno fatto però io non sono andata, il funerale l’hanno fatto perché ormai si poteva... però non so come... perché i vestiti li ho ancora dentro l’armadio tutti quanti messi bene e non so come l’abbiano messo [...] avevo il covid e dovevo stare a casa, ci penso ancora perché neanche al funerale sono andata... tra fidanzamento e tutto sono 60 anni di vita insieme sicchè” (P6,F,82)

“Non ho potuto andare al funerale è stata la cosa ancora più peggiore” (P20,F,75)

Solo una persona ha dichiarato che il funerale è stato un momento che ha permesso di apprezzare il loro rapporto e la persona che ha perso.

“Può darsi che lo vedo ora che persone siamo state, perché c’è il mio marito... mamma mia guardi al funerale c’era una chiesa piena piena, conosciuto... proprio conosciuto perché lui, era una persona le ho detto, parlava con tutti, una persona intelligente” (P1,F,81)

4.1.2.5. Qualità del rapporto

I partecipanti hanno raccontato durante l’intervista che tipo di rapporto avessero con il loro compagno/a, dai racconti sono emerse tre sfumature delle relazioni.

Dodici persone hanno dichiarato di aver avuto una relazione ottima, totalizzante e serena, ed è questo uno dei motivi stando ai loro racconti per il quale sentono molto la mancanza di quella persona.

“Bellissimo, bellissimo, è per questo che mi manca oltremodo, perché non l’ho vissuta come una liberazione la sua morte anzi, mi fa ancora molto soffrire” (P15,F,72)

“Ricercatrice: Come lo definirebbe il rapporto che aveva con Paolo?”

P12,F,70: Totalizzante.

Ricercatrice: In senso positivo?

P12,F,70: Sì, partiamo dal fatto che non sono una persona molto sicura di me stessa, non ho molta fiducia in me stessa, Paolo era una persona con una grande cultura, affascinante, aveva viaggiato tutto il mondo e io delle volte soprattutto all’inizio gli dicevo: Ma tu in me cosa ci trovi? E lui mi diceva: io so tante cose ma tu sai tante altre cose”

“Era un rapporto meraviglioso, vita in comune serena, tranquilla, una cosa meravigliosa” (P5,M,72)

Sei persone hanno raccontato di aver avuto una relazione fatta di alti e bassi, di conflitti e di difficoltà anche di tipo economico.

“Lui era gelosissimo di me perché ha avuto un'infanzia non difficile, però non era stato molto amato e quindi quando ha trovato me ero diventata la sua luce, ero tutto, ma questo lo sapevo, sapevo anche qual era la fonte di questa sua paura, della sua gelosia, non si sentiva sicuro, aveva sempre paura che come da bambino gli portassero via la caramella e la teneva stretta, era una cosa logica anche se a volte era abbastanza pesante, poi ammalandosi è diventato sempre più pesante perché aveva paura di perdermi e non si sentiva sicuro” (P9,F,76)

“Sì, in vent'anni abbiamo trovato la nostra osmosi, consapevole, è stato un amore combattuto, conflittuale per molti anni, da parte mia, lui era molto stabile, io ero molto inquieta, aggressiva a volte, poi sono riuscita a trovare la pace con me stessa e questo ha fatto sì che si ricomponesse anche la coppia, abbiamo vissuto quei vent'anni pieni.” (P10,F,74)

Infine, due persone hanno definito il rapporto in maniera più problematica o burrascosa dovuta alla diversità dei caratteri.

“Problematico, conflittuale perché mio marito aveva un carattere, non voglio dire dittatoriale, autoritario, e io ho avuto la sindrome della crocerossina che salva il mondo e allora lui aveva un carattere incompatibile col mio, ma della serie io ti salverò.” (P14,F,78)

“P18,F,68: Un fulmine a ciel sereno 24h al giorno. Noi abbiamo sempre resistito, vedo tante belle coppie che apparentemente sembrano delle belle coppie, noi apparentemente lo sembravamo, dentro di noi eravamo un casino ma poi abbiamo resistito e posso dire che nel momento del bisogno la nostra coppia almeno si univa contrariamente a quello

che magari gli altri si fanno, forse per quello che non vivo male il mio lutto, perché lui era ogni presente.

Ricercatrice: Era un po' un rapporto conflittuale?

P18,F,68: Sì, perché io sono iperattiva e lui era più tranquillo”

4.1.3. Solitudine

Uno dei temi rintracciati è quello della solitudine, le persone hanno raccontato di come sia importante questo aspetto nella loro vita o come lo sia stato nel momento della perdita ma non solo. Per la maggior parte degli intervistati il sentimento di solitudine è causato dalla perdita del coniuge ma appaiono anche altre cause, fra cui il vivere soli. Anche se alcuni non presentano nessuna strategia di coping nei confronti della solitudine la maggior parte cerca di impegnarsi perché questo sentimento si affievolisca anche se raccontano di avere alcuni momenti in cui è più difficile.

Tabella 4.1.3. Tabella riassuntiva dei sotto temi del tema 3

Tema 3. Solitudine	
Cause	<ul style="list-style-type: none"> - Perdita del coniuge - Vivere soli - Isolamento sociale
Momenti critici	<ul style="list-style-type: none"> - Sera o la notte - Festività/domenica - Quotidianità
Strategie di coping	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna - Volontariato - Tenersi impegnati - Nipoti o avere qualcuno da accudire

4.1.3.1. Cause

Dai racconti delle interviste dei partecipanti emergono tre cause della solitudine, la perdita del coniuge, il trovarsi a vivere soli (come conseguenza della perdita) e trovarsi in situazioni di isolamento sociale e mancanza di contatti.

Per quanto riguarda la solitudine causata dalla perdita, dai racconti emerge come questa abbia provocato un senso di mancanza di punti di riferimento ma anche di affetto e di amore.

“Io tra l'altro sono figlio unico, non ho fratelli, ho una zia che sta a Reggio Calabria, poi ci sono i cugini ma che stanno lontani, e quindi in questa situazione di solitudine per quanto io mi fossi occupato di tutto ad un certo punto vengono a mancare le motivazioni, per cui le cose si fanno perché vanno fatte, sarà anche per l'età, ma non c'è prospettiva, non ci può essere progettazione.” (P11,M,72)

“Mi sento sola perché mi manca tanto, quando sei stato per anni con una persona con cui hai condiviso tutto, gli alti e bassi, come le ho detto non eravamo la famiglia del Mulino Bianco ma si è lavorato sempre insieme, eravamo uniti, era come se mi fosse stato tolto e lo sapevo che sarebbe venuto a questa cosa, però è stato come mi togliessero qualcosa, e ancora adesso che sono passati tre anni i miei figli sono voluti andare via da quella casa, i miei ricordi erano troppi e non ci sono voluta stare più e sono venuta qui a vivere con mia figlia, lei ha una casa molto grande e visto che i miei figli sono tutti qui vicino a Rivoli, adesso vivo con mia figlia e il mio genero” (P9,F,76)

La solitudine causata dal vivere da soli invece nel racconto degli intervistati sembra portare sentimenti diversi, come più paure e ansie.

“Non che io mi sentissi sola, che io mi sento sola, io non sono sola, la solitudine da noia come fatto perché se io mi sentissi male sono da sola, ce c'è un'altra persona accanto a può chiamare qualcuno, se io casco per le scale mi ritrovano il giorno dopo morta, perché son da sola” (P14,F,78)

“Quindi io devo cercare di essere un po' più tranquilla nella mia solitudine. Il mio ideale sarebbe stato che uno dei figli venisse ad abitare con me. Perché ho una casa

grandissima. Ma poi ho capito che comunque sarebbe stata una forzatura e anche io stessa ho desistito dall'insistere” (P15,F,72)

“Dormivo sul divano per la paura che andare al letto mi succedesse qualcosa e essere sola” (P20,F,75)

Infine, alcune persone hanno riportato una solitudine generata da una scarsa rete di supporto intorno, che può essere definita come un isolamento sociale, accentuata sicuramente della perdita della persona amata.

“Il disagio maggiore è quello della solitudine, perché io sono un animale solitario per natura però quando è troppo è troppo” (P3,M,81)

“Ho avuto con mio marito una vita in cui siamo sempre stati solo noi due, non abbiamo mai avuto amici intimi, con cui c'è uno stretto legame come fanno tutti, avevamo degli amici ma noi siamo qua e loro sono a Civitavecchia, anche se a volte a me mi sarebbe piaciuto amici anche al di fuori del matrimonio, anche amicizie di donne, oppure cose da fare insieme, invece non mi è mai successo e pensando a questa cosa mi sento più sola perché non avendo amici su cui contare...” (P16,F,76)

4.1.3.2. Momenti critici

All'interno di questo sotto tema troviamo quelli che sono i momenti più difficile per le persone intervistate, ovvero quei momenti in cui la solitudine si fa più forte, per sette persone il momento più critico è la sera quando non c'è molto da fare e si rimane soli

“La sera è brutta... perchè ti chiudi in casa, perché sei tu, tu e basta...” (P20,F,75)

Un altro momento difficile riportato dagli intervistati sono le festività o la domenica che si era abituati a passare col compagno/a.

“Quando si arriva alla domenica che mi trovo sola, insomma...mi sento un po' giù perché si era tanto abituati, sempre ad andare in giro...” (P2,F,93)

Per alcuni non ci sono dei momenti specifici in cui la solitudine si fa più sentire, è qualcosa di variabile e quotidiano.

“Sono le vicissitudini della quotidianità, le storie che ti legano alle esperienze che avevi fatto o che non hai completato” (P18,F,68)

“Ci sono periodi in cui è un po' altalenante la cosa, ci sono momenti in cui è un po' più basso e questo vale nel corso della stessa giornata” (P11,M,72)

4.1.3.3. Strategie di coping

Durante le interviste è emerso come alcune persone abbiano cercato delle soluzioni per affrontare la solitudine, la maggior parte, otto persone, ha spiegato di non avere una strategia per affrontare la solitudine, ma semplicemente cerca di farsi forza, non buttarsi giù, o lasciare che passi.

“Qualche tempo fa mi è capitato che una mi diceva che io dovevo reagire, e io gli ho detto ma mi vedi? Io sono qui, vuol dire che stamattina mi sono alzato e ho reagito” (P11,M,72)

“niente, sto in casa, li vivo male [N.d.R i momenti di solitudine], sono una persona che cerca di chiudere, non è che dico vabbè ciapo la macchina, vado via... no sto chiusa in casa e aspetto che passi, ma ripiango e si va avanti” (P20,F,75)

Tre degli intervistati hanno dichiarato di aver iniziato attività di volontariato per tenersi impegnati.

“Ho cercato altri interessi per occupare degli spazi che altrimenti sarebbero stati soffocanti ecco, quindi faccio l'autista all'AUSER, mi occupo della parrocchia, queste cose qua”. (P15,F,72)

Due hanno dichiarato che cercano di occupare il tempo il più possibile.

“Adesso cerco di non avere un attimo di pace, perché lavoro, faccio lavoretti, faccio la cucina, il cuoco, faccio da mangiare per gli altri, vado in giro in camper, vado a camminare, vado in giro in bicicletta, vado a fare escursioni sui monti” (P5,M,72)

Per alcuni una strategia di coping è occuparsi di qualcuno, avere qualcuno da accudire o qualcuno a cui pensare.

“Pensando alla famiglia, pensando a lei [la figlia N.d.R.] per non dargli troppi dispiaceri, penso ai bambini” (P17,F,91)

“Mi sono arrangiato da solo con i miei nipotini, standoli dietro, con la piccola giochiamo con le carte” (P7,M,80)

4.1.4. Supporto sociale

Il quarto tema rintracciato all'interno dei racconti dei partecipanti è quello del supporto sociale, questo come vedremo si può dividere in tre sotto-temi che sono: il supporto sociale da parte della famiglia, da parte di conoscenti, ma anche per molti la volontà o il desiderio di conoscere persone nuove, per alcuni dei partecipanti è nato anche il desiderio di trovare un nuovo compagno, due degli intervistati sono fra di loro fidanzati e si sono conosciuti proprio, a seguito della perdita di entrambi del coniuge, alla ricerca di supporto.

Tabella 4.1.4. Tabella riassuntiva dei sotto temi del tema 4

Tema 4. Supporto Sociale	
Supporto da parte dei familiari	- Tipo di supporto
	- Aiuto da parte dei figli
	- Paura di pesare su di loro
Desiderio di conoscere qualcuno	- Trovare un nuovo compagno/a
	- Trovare nuove amicizie
Supporto da parte dei conoscenti	- Ricevere compagnia
	- Rottura di alcuni legami

4.1.4.1. Supporto da parte dei familiari

Per molti il principale aiuto è venuto proprio dalla famiglia che ha fornito il proprio supporto attraverso chiamate e videochiamate, la vicinanza fisica e l'aiuto pratico in casa.

“C'è mia sorella che è presente, presente di più, mi chiama anche 2/3 volte al giorno, viene a trovarmi, mi porta la pizza qualche volta” (P20,F,75)

“Incoraggiandomi e aiutandomi [la nuora N.d.R.] nelle cose che non riuscivo a fare da sola senza aiuto” (P17,F,91)

Per molti la forma d'aiuto principale è arrivata proprio dai figli.

“Le devo dire una cosa, le persone che mi sono state vicine ci sono, in primis la mia figliola, e la mia figliola mi è stata vicino, la sento tutti i giorni, tutti i giorni mi manda un pensiero filosofico del buongiorno, se vuole glielo leggo quello di stamani, ogni mattina insieme al buongiorno c'è la pillola di saggezza” (P14,F,78)

Allo stesso tempo per alcuni richiedere aiuto ai propri familiari o ai propri figli non è così semplice, alcuni hanno dichiarato infatti, di aver paura di pesare su di loro.

“Ho una casa di 160mq, c'è spazio per una famiglia, almeno uno dei figli l'avrei voluto co me, però forse hanno ragione loro, nel senso che questo cambiamento sarebbe andato a sballare i loro equilibri e quindi forse è giusto così...” (P15,F,72)

4.1.4.2. Desiderio di conoscere qualcuno

Dai racconti è emerso come per molti sia nato il desiderio di intraprendere nuove conoscenze, sia di tipo romantico che nuove amicizie. Ad esempio, due degli intervistati si sono conosciuti a seguito del lutto, ed hanno trovato nell'altro un supporto reciproco, finendo poi per creare una relazione.

“All'inizio mi sembrava di tradire mio marito, però gli ho detto andiamo, avevo ancora qualche momento in cui piangevo, specialmente in cui mi capitava di ascoltare la

canzone che me lo ricordava, però abbiamo iniziato ad andare in montagna a camminare e abbiamo iniziato a giocare a carte, insomma era un po' diverso da prima e poi io ho ripreso, era ancora l'ultimo periodo di covid e riprendevo l'attività in parrocchia, e quello mi ha aiutato, parlare con la gente. Un po' alla volta ora sono più serena, poi praticamente ci frequentiamo abbastanza, lui ha la stessa età mia” (P4,F,73)

“Ora sono in compagnia di Laura, mi ha fatto una società di mutuo soccorso per darsi una mano uno con l'altro visto che abbiamo qualche anno” (P5,M,72)

Anche per altri è emerso il desiderio di riaccompagnarsi con qualcuno.

“Quello che mi manca è una donna, anche per scambiare una parola” (P3,M,81)

Al di là di intraprendere una nuova relazione amorosa, anche altre quattro persone degli intervistati hanno espresso la volontà di intraprendere nuove conoscenze o nuove amicizie per superare i momenti difficile sia legati alla perdita che alla solitudine.

“Tanti amici, e poi anche persone nuove che ho avvicinato a vario titolo e con le quali ho iniziato una frequentazione che mi aiuta se vogliamo” (P15,F,72)

“Mi sarebbe piaciuto avere nuove amicizie, e ti dirò che con Facebook e questa roba qua ho trovato un ex compagno di lieo che ricordavo e gli ho telefonato, ci siamo messi in contatto e siamo ancora in contatto adesso” (P16,F,76)

4.1.4.3. Supporto da parte dei conoscenti

Diverse persone hanno raccontato di aver ricevuto supporto dai propri conoscenti e amici, in questo caso il tipo di supporto si basava sul farsi compagnia a vicenda più che un aiuto pratico come nel caso dei familiari, la cerchia di amicizie ha quindi fornito un supporto per superare la situazione di solitudine.

“Ho le mie amiche che vengono a trovarmi alle 5 la sera e si sta fino alle 7 in compagnia” (P2,F,93)

“C’era una signora anche lei vedova che frequentavo in un gruppo di vedovi, mi ha portato in questo gruppo, ho conosciuto altre persone che hanno perso il proprio compagno o compagna, ci si ritrova si fa qualche amicizia” (P9,F,76)

Due intervistati hanno dichiarato che dopo la perdita del compagno hanno fatto una selezione delle amicizie, proprio perché si sono sentiti delusi dal tipo di supporto ricevuto.

“Ho chiuso molte porte a molte persone, mi hanno delusa, molte persone che credevo amiche si sono rivelate esattamente il contrario, opportunisti che magari o frequentavano la casa solo perché magari Maurizio apriva le porte, la credenza, la tovaglia e tutte queste menate qua e quindi sono diventata un po’ più selettiva” (P18,F,68)

“Guardando le persone quasi singolarmente ho visto anche un atteggiamento contrario, persone che vedevo tutti i giorni che era facile incontrarle e averci un rapporto, alcune persone le ho allontanate, spesso il dolore stanca e non tutti sono capaci di affrontarlo” (P11,M,72)

4.2. Risultati questionario

Nei paragrafi successivi verranno analizzati e commentati i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario contenente una prima parte di informazioni anagrafiche riportate nella tabella 3.3 e successivamente sette test standardizzati che valutano rispettivamente: qualità della relazione, presenza o assenza del disturbo da lutto prolungato, ansia generalizzata, depressione, supporto sociale percepito, soddisfazione di vita e solitudine percepita. I test verranno prima analizzati singolarmente e poi nella loro totalità. Al questionario come accennato precedentemente hanno risposto 19 intervistati su 20 in quanto una signora fra i partecipanti non si è sentita di compilarlo, data la delicatezza del tema trattato e la vulnerabilità della persona non si è insistito perché lo compilasse.

4.2.1. Qualità della relazione coniugale

Tutti i partecipanti a questo studio hanno ottenuto dei punteggi alti e si sono collocati secondo i criteri della DAS-7 nella categoria “buona relazione coniugale”. Nonostante alcune persone nel corso delle interviste abbiano dichiarato che la loro relazione ha avuto degli alti e bassi o è stata burrascosa, il questionario ha riportato che comunque complessivamente la loro relazione coniugale è positiva. I risultati ottenuti sono riportati all’interno della tabella 4.2.1.

Tabella 4.2.1. Risultati DAS-7

Qualità della relazione coniugale	Numero di soggetti
Buona relazione coniugale	19
Cattiva relazione coniugale	0

4.2.2. Disturbo da lutto prolungato

Dai risultati del Prolonged Grief 13 risulta che solo una persona presenta tutti i criteri per la diagnosi del disturbo da lutto prolungato (P15,F,72). All’interno della tabella 4.2.2. sono riassunti i risultati ottenuti. È interessante notare come però sette persone presentano tre criteri su quattro, e in tutti casi il criterio non soddisfatto è quello relativo alla compromissione del funzionamento sociale, con cui si intende la capacità di un individuo di adempiere con soddisfazione personale i principali ruoli da lui attesi in un definito ambito sociale. Questo risultato potrebbe essere attribuibile al fatto che tutte le persone intervistate sono comunque pienamente abili e vivono tutti nelle proprie abitazioni senza il supporto di badanti o aiuto in casa.

Tabella 4.2.2. Risultati del PG-13

Criteri per la Diagnosi di Disturbo da lutto prolungato	Numero di Soggetti
Angoscia da separazione	16
Criterio della durata: i sintomi del disagio da separazione devono essere elevati almeno 6 mesi dopo la perdita	16
Sintomi cognitivi, emotivi e comportamentali	8
Criterio di compromissione: L'intervistato deve avere una significativa compromissione del funzionamento sociale	1

4.2.3. Ansia

Attraverso il GAD-7 si è indagata la presenza o meno di ansia generalizzata, che viene classificata su più livelli che vanno da “assente” a “grave”. Nessuno degli intervistati presenta un’ansia grave ma solo quattro risultano avere una completa assenza di ansia. Quindici partecipanti su diciannove presentano dell’ansia anche se la maggior parte in forma lieve. Questa potrebbe essere dovuta alla situazione pandemica o alla perdita del proprio compagno/a. Nella tabella 4.2.3. sono riportati i risultati ottenuti.

Tabella 4.2.3. Risultati GAD-7

Livello di Ansia	Numero di soggetti
Assente	4
Lieve	10
Moderata	4
Moderatamente grave	1
Grave	0

4.2.4 Depressione

Attraverso il PHQ-9 si è indagata la presenza o meno di depressione, che viene classificata dal test su più livelli che vanno da “assente” a “depressione maggiore severa”. Nessuno degli intervistati presenta una depressione maggiore severa, dieci dei diciannove partecipanti sperimentano i sintomi della depressione, sei sotto-soglia, tre in forma lieve e uno in forma moderata. La vedovanza è associata negativamente a una serie di esiti, tra cui la depressione (Zhang et al., 2021) di conseguenza questi risultati sono coerenti con quanto ci si aspettava.

Tabella 4.2.4. Risultati PHQ-9

Depressione	Numero di soggetti
Assente	9
Depressione maggiore sottosoglia	6
Depressione maggiore lieve	3
Depressione maggiore moderata	1
Depressione maggiore severa	0

4.2.5. Supporto sociale percepito

Nella tabella 4.2.4. sono riassunti i risultati ottenuti per quanto riguarda il supporto sociale percepito. Stando a quanto riportato dal test MSPSS-12 solo una persona percepisce un basso supporto sociale. La maggior parte del campione ritiene quindi di percepire un buon supporto sociale dalla sua rete.

Tabella 4.2.4. Risultati MSPSS-12

Supporto sociale percepito	Numero di soggetti
Basso	1
Medio	6
Alto	12

4.2.6. Soddisfazione della vita

Quattordici persone, dei diciannove intervistati si reputano soddisfatte della propria vita vissuta fino a questo momento mentre cinque si ritengono insoddisfatte. La scala di valutazione SWLS-5 permette di classificare la soddisfazione di vita da “estremamente soddisfatto” a “estremamente insoddisfatto”, i risultati ottenuti sono riportati all’interno della tabella 4.2.5.

Nel momento in cui questi punteggi vengono confrontati con gli altri valori si nota come le persone che si ritengono insoddisfatte della propria vita abbiano dei punteggi elevati per quanto riguarda depressione e solitudine.

Tabella 4.2.5. Risultati SWLS-5

Soddisfazione di vita	Numero di soggetti
Estremamente soddisfatto	4
Soddisfatto	5
Leggermente Soddisfatto	5
Neutro	0
Leggermente insoddisfatto	3
Insoddisfatto	1
Estremamente insoddisfatto	1

4.2.7. Solitudine percepita

Attraverso la Revised UCLA Loneliness Scale-6 (RULS-6) si è potuto classificare la solitudine secondo tre livelli: lieve, moderata e grave. Nessuno dei partecipanti ha ottenuto un punteggio pari a 0 che potesse indicare un'assenza del sentimento di solitudine. Come vediamo nella tabella 4.2.4, la maggior parte degli intervistati sperimenta solitudine ad un livello moderato-grave. Questo dato è particolarmente interessante perché ci dice due cose: la totalità del campione anche se minima sperimenta solitudine, e nonostante la maggior parte delle persone ritenga di avere un buon supporto sociale (vedi paragrafo 4.2.6), la maggior parte del campione sperimenta comunque solitudine.

Tabella 4.2.4. Risultati R-ULS-6

Solitudine	Numero di soggetti
Lieve	5
Moderata	11
Grave	3

Capitolo 5

Discussione

Alla luce dei risultati presentati nel capitolo precedente, si propone ora di discutere quanto emerso nel corso della ricerca. Il nostro progetto è iniziato ponendosi alcuni interrogativi circa il vissuto delle persone anziane che durante la pandemia da Covid-19 hanno anche dovuto affrontare la perdita del proprio coniuge, e quali possibili effetti questa perdita, unita all'unicità del periodo storico, possa aver provocato in termini di solitudine e isolamento sociale. L'uso del metodo misto permetterà di avere un'immagine di insieme più completa rispetto alla tematica presa in esame, particolarmente complessa e ricca di sfaccettature.

5.1. Confronto fra le tematiche emerse

Dalle narrazioni dei partecipanti sono emersi quattro temi principali che hanno guidato la ricerca. Il primo tema emerso è quello riguardante la pandemia da Covid-19 e in particolare le conseguenze provocate sulla vita dei partecipanti. È interessante notare come all'interno di questo tema emergano tre sotto-tematiche importanti e in un certo senso anche in contrasto fra di loro: da una parte abbiamo il sotto tema delle ansie causate dalla situazione pandemica e dei ricoveri ospedalieri, dall'altra abbiamo l'influenza sulla quotidianità. Sono in contrasto fra loro poiché le influenze sulla quotidianità riportate dai partecipanti sono minime, la maggior parte dei partecipanti spiega come la propria quotidianità non si sia modificata più di tanto durante il periodo pandemico, ma allo stesso tempo emergono ansie e paure, queste mai sperimentate prima, in particolare la paura per il proprio coniuge considerato soggetto fragile e il tema degli ospedali e del rapporto con i medici particolarmente mutato durante il contesto pandemico. L'impossibilità di poter visitare liberamente il proprio caro o di riuscire a parlare con i dottori sono due elementi che escono dalla normalità e che infatti emergono all'interno dei racconti e in contrasto con il sotto tema della quotidianità in cui spicca una quasi mancata influenza della pandemia sulla vita degli intervistati, o in secondo piano rispetto alle problematiche da dover affrontare: come ad esempio prendersi cura dell'altro. Di conseguenza all'interno di questo tema ci sono dei sotto-temi che appaiono quasi in contrasto fra loro ma sono uniti dal pensiero rivolto verso il proprio coniuge. Questi risultati sono coerenti con la

letteratura proposta e, come evidenziato da Goveas et al. (2021), le circostanze della morte durante la pandemia da Covid-19 hanno provocato un maggiore attenzione verso la salute degli altri, in particolare nei confronti del proprio coniuge. I maggiori cambiamenti e conseguenze della pandemia riportate dai partecipanti sono relative alle circostanze in cui la perdita è avvenuta ovvero: mancanza di informazioni dovute al mancato contatto diretto con i dottori, l'impossibilità di accompagnare la persona nel momento della morte e di poterle dire addio durante le visite in ospedale, e risultano coerenti con quanto esposto nello studio di Burrell & Selman, (2022). Le sotto-tematiche come la, paura di contrarre il virus, la paura per il compagno/a considerato soggetto fragile, le difficoltà nelle visite al coniuge e il rapporto con i dottori/infermieri sono collegate al contesto in cui il lutto avviene e quindi al secondo tema rintracciato all'interno dei racconti dei partecipanti, ovvero quello del "Lutto", e alla sotto-tematica relativa ai funerali, come evidenziato in letteratura i funerali sono una parte fondamentale del processo del lutto (O'Rourke et al., 2011; Norton & Gino, 2014; Burrell & Selman, 2022), dai racconti risulta come l'impossibilità di non poterlo svolgere o di non poter partecipare sia stato particolarmente doloroso o difficile, solo una persona riporta l'importanza che ha avuto nella sua elaborazione del lutto la possibilità di poter svolgere il funerale.

All'interno del tema del lutto troviamo cinque sotto-tematiche che descrivono in qualche modo l'intero processo. All'interno di questo secondo tema emerso troviamo due sotto-tematiche che sono legate fra loro, la qualità del rapporto che viene descritta dalla maggior parte degli intervistati in termini positivi e le difficoltà legate alla perdita. La letteratura descrive come le relazioni coniugali negli anziani siano una fonte di sostegno, di sentimenti positivi e come questa rappresenti un fattore predittivo per la salute e il benessere psicologico (Shaan, 2013; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003), nel racconto degli intervistati troviamo infatti come una delle maggiori difficoltà riportate frequentemente sia di carattere burocratico ed economico, proprio perché la scomparsa del coniuge comporta una perdita del sostegno pratico (Van Baarsen, 2002) i partecipanti hanno spiegato che non si aspettavano di dover affrontare tante situazioni di tipo burocratico, altri ancora che spesso era il coniuge ad occuparsi degli aspetti economici, molti degli intervistati hanno riportato anche una mancanza dei punti di riferimento come principale difficoltà legata alla perdita, proprio perché il matrimonio è una relazione estremamente

importante per gli anziani che fornisce loro gratificazioni emotive, conferme comportamentali e interazioni positive (Shaan, 2013), la maggior parte degli intervistati ha descritto la loro relazione come ottima, totalizzante e serena, e la perdita di questo legame può aver provocato un disorientamento, appunto una mancanza di punti di riferimento. Quanto identificato è coerente con quanto evidenziato in letteratura infatti la scomparsa del coniuge comporta una perdita del sostegno sociale, emotivo e strumentale (Van Baarsen, 2002). All'interno del tema lutto troviamo il sotto-tema riguardante l'elaborazione della perdita che raccoglie i sentimenti e le strategie utilizzate dai partecipanti per superare la scomparsa del coniuge, per quanto riguarda l'elaborazione del lutto sappiamo come questo sia un processo estremamente personale e soggettivo (Shear, 2012), ma si è potuto rintracciare all'interno dei racconti degli intervistati alcune strategie in comune quali: far riferimento alle proprie risorse, ricerca di supporto psicologico e i ricordi, il primo fa riferimento al fatto che molte persone abbiano affrontato il dolore da sole e si siano risollevate facendosi forza da soli, secondo la letteratura esistente sul tema è una reazione comune, che viene riportata spesso da chi vive un lutto, ovvero ritirarsi per vivere il proprio dolore e affrontarlo da soli (Carmassi et al., 2016), inoltre, studi precedenti hanno evidenziato che gli anziani che contano sulle risorse personali e hanno una percezione positiva di sé mostrano una minore reattività allo stress e livelli più elevati di resilienza (Yu, et al., 2020). Per quanto riguarda il supporto psicologico, solo tre intervistati si sono rivolti a dei servizi per farsi aiutare nel superare il dolore, e infine troviamo i ricordi, alcuni partecipanti hanno dichiarato che il ricordo della persona scomparsa è per loro piacevole e d'aiuto. Molti degli intervistati hanno riportato dei sentimenti di tristezza successivamente alla perdita, cinque hanno riportato di essersi sentiti depressi. Nonostante questi aspetti possono essere vissuti con grande fatica e sofferenza dalla persona che rimane, vengono considerati come risposte fisiologiche e prevedibili a fronte della separazione affettiva (De Leo et al., 2023). Uno degli intervistati ha dichiarato che dopo la morte della moglie ha pensato anche al suicidio ma che questi pensieri sono passati col tempo, sappiamo come la perdita del coniuge sia un fattore predittivo significativo di solitudine (Victor e Bowling, 2012). E come questa sia un noto fattore di rischio per il suicidio in tarda età (De Leo, & Arnautovska, 2016).

Il tema del lutto appare connesso ad un altro tema, quello della solitudine, fra le principali cause descritte dai partecipanti al loro sentimento di solitudine troviamo proprio la perdita del coniuge e come questa abbia provocato un senso di mancanza di punti di riferimento ma anche di affetto e di amore. In letteratura è noto che la scomparsa del coniuge indica una perdita del sostegno emotivo e pratico, nonché della compagnia fisica che porterebbe alla solitudine negli adulti più anziani (Dahlberg et al., 2021). La perdita del coniuge ha fatto sì che molti degli intervistati si trovassero a vivere da soli, alcuni dei partecipanti hanno dichiarato di provare dei sentimenti di solitudine proprio perchè si sono trovati a dover vivere da soli, e come questo abbia portato sentimenti diversi che prima non avevano, come più paure e ansie. Il vivere da soli comporta una riduzione dei contatti sociali, la solitudine è stata anche descritta come l'insoddisfazione per la discrepanza tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive (Peplau & Perlman, 1982), la scarsità di contatti umani provoca spesso sentimenti di solitudine (Yildirim & Kocabiyik, 2010); la letteratura ci dice anche che isolamento sociale e solitudine non sono sempre collegati e che si tratta di due costrutti diversi come descritto nel secondo capitolo (Perissinotto & Covinsky, 2014; Holt-Lunstad et al., 2015). All'interno del tema della solitudine troviamo altri due sotto-temi: uno di questi fa riferimento ai momenti critici e l'altro alle strategie di coping. Molte delle persone intervistate hanno dichiarato di sentirsi particolarmente soli o di provare il sentimento di solitudine in maniera più accentuata alla sera o durante la domenica o festività che si era abituati a passare col compagno/a, anche in questo caso vediamo un legame fra il tema del lutto, della perdita del proprio coniuge con i sentimenti di solitudine.

Nonostante molti, otto persone intervistate, non abbia trovato una strategia per uscire dalla solitudine, alcuni cercano di affrontare questo sentimento trovando delle attività o dedicandosi a qualcuno per sentirsi meno soli, si dedicano ad attività di volontariato, si occupano dei nipoti o tentano di tenersi occupati, secondo alcuni studi il sostegno sociale, in particolare, si è rivelato una risorsa importante non solo quando viene ricevuto dagli altri, ma anche quando viene dato agli altri (Cipolletta & Gris 2021). Questa sotto-tematica relativa alle strategie di coping per uscire dalla solitudine presenta dei legami con il tema del supporto sociale, all'interno del quale troviamo il desiderio di conoscere qualcuno, in alcuni casi gli intervistati hanno dichiarato di aver intrapreso nuove attività a seguito della perdita per sentirsi meno soli e che questo gli ha permesso di conoscere

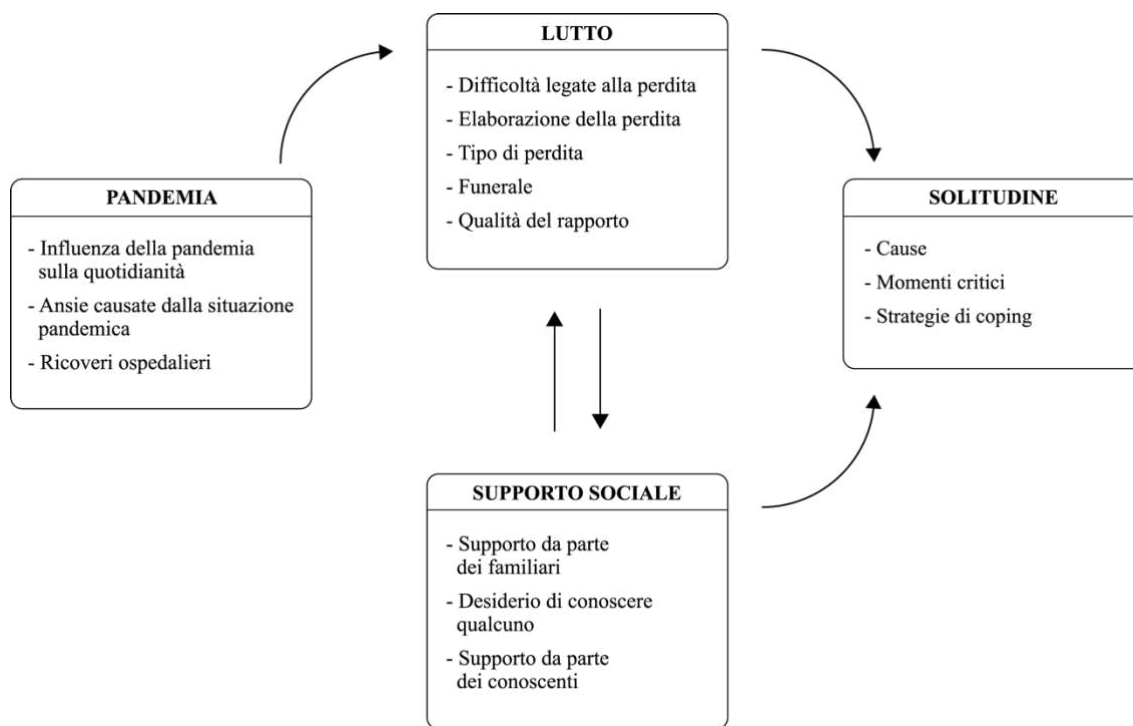
nuove persone. In alcuni casi è apparso il desiderio di iniziare una nuova relazione, secondo la letteratura esistente sul tema, intraprendere una nuova relazione può diventare una strategia di coping molto efficace in risposta alla vedovanza; gli anziani vedovi risposati sperimentano infatti meno angoscia e solitudine rispetto alle loro controparti non risposate (Wright et al., 2020).

All'interno del tema del supporto sociale troviamo altre due sotto-tematiche che sono fra loro connesse al tema del lutto: il supporto da parte dei familiari e il supporto da parte dei conoscenti.

Per molti il principale aiuto è venuto proprio dalla famiglia che ha fornito il proprio supporto attraverso chiamate e videochiamate, la vicinanza fisica e l'aiuto pratico in casa. Diverse persone hanno raccontato di aver ricevuto supporto a seguito del lutto dai propri conoscenti e amici, in questo caso il tipo di supporto si basava sul farsi compagnia a vicenda più che un aiuto pratico come nel caso dei familiari. Queste due sotto-tematiche, supporto da parte dei familiari e da parte dei conoscenti, sono anch'esse connesse al tema della solitudine poiché per alcuni richiedere aiuto ai propri familiari o ai propri figli non è stato semplice, alcuni hanno dichiarato infatti, di aver paura di pesare su di loro, anche in uno studio precedente condotto con anziani durante il periodo del lockdown appare questa paura di pesare sugli altri nella ricerca di compagnia (Cipolletta & Gris 2021). Questa paura di pesare su di familiari potrebbe aver ridotto le richieste di aiuto e aumentato quindi la sensazione di solitudine generata da una scarsa rete di supporto circostante (Yildirim & Kocabiyik, 2010). Per quanto riguarda la sotto-tematica relativa al supporto da parte dei conoscenti troviamo come gli intervistati abbiano trovato nella cerchia di amicizie un supporto per superare la situazione di solitudine dovuta dalla perdita del proprio coniuge, ma anche come dall'altra parte due degli intervistati riportano che a seguito del lutto hanno interrotto diverse amicizie proprio perché si sono sentiti delusi dal tipo di supporto ricevuto, c'è quindi un'ambivalenza fra il supporto sociale e la solitudine, perché da un lato questo può aver ridotto i sentimenti di solitudine dall'altro lato potrebbe aver aumentato questi sentimenti dovuto al declino delle reti sociali delle amicizie che sono state interrotte, in letteratura la degradazione della rete sociale è riconosciuta come un fattore di rischio per la solitudine negli anziani (Maharani et al., 2019). Queste sono le principali relazioni che emergono fra le tematiche riassunte e schematizzate nella figura 5.1.

È interessante notare come contrariamente a quanto ci si aspettava la pandemia non ha influito o accentuato la situazione di solitudine nei partecipanti o che questa abbia impedito loro, la possibilità di ricevere del supporto da parte della rete sociale. Le possibili spiegazioni sono due: si può pensare che la perdita della persona amata, del compagno di vita abbia superato e occupato più tempo e spazio nella vita degli intervistati di quanto lo abbia fatto la pandemia, la solitudine data dalla perdita del compagno, il dolore provato può aver in qualche modo oscurato i sentimenti di isolamento dovuti alle restrizioni per il Covid-19, e questo appare in qualche modo anche nei racconti dei partecipanti quando descrivono come questa sia passata per alcuni in secondo piano rispetto ad altre problematiche, come appunto occuparsi del coniuge malato o della perdita. Un'altra possibile spiegazione riguarda il periodo in cui è stata svolta la ricerca ovvero fra marzo 2023 a giugno 2023 quando le restrizioni erano assenti e il numero dei contagi era, rispetto all'inizio, notevolmente minore: per questo i partecipanti possono avere dato per note o non aver riportato alcune dinamiche, poiché il periodo delle restrizioni e della pandemia era ormai terminato (WHO, 2023). Dal tema del supporto sociale risulta come questo in alcuni casi sia stato insufficiente e che molti dei partecipanti si siano dati da fare per cercare nuove persone, nuove compagnie, non possiamo attribuire questo alle restrizioni del periodo pandemico ma potremo ipotizzare come le limitazioni imposte dalla pandemia abbiano ridotto la possibilità di fornir del supporto a coloro che hanno subito il lutto.

Figura 5.1 Relazioni fra i temi



5.2. Integrazione dei risultati delle due analisi

La possibilità di avere a disposizione due tipologie di dati consente di avere una visione del fenomeno indagato in maniera più completa ed esaustiva, inoltre, data la complessità del tema trattato e delle molteplici sfaccettature coinvolte la possibilità di unire ai dati qualitativi delle interviste dei dati standardizzati provenienti dal questionario permette di avere più informazioni sul fenomeno studiato.

Per quanto riguarda l'impatto della pandemia sul campione dalle interviste risulta che questa non abbia portato particolari cambiamenti nella vita degli intervistati, e questo potrebbe essere spiegato in due modi: gli intervistati erano tutte persone anziane e tutti i partecipanti si trovano attualmente in pensione, conducendo quindi una vita per lo più casalinga, per questo motivo potrebbe essere che abbiano accusato meno le restrizioni dovute al Covid-19, inoltre la ricerca è stata svolta durante il periodo da marzo 2023 a giugno 2023 quando le restrizioni erano assenti e il numero dei contagi era inferiore: per questo i partecipanti possono non aver riportato alcune dinamiche, poiché il periodo delle restrizioni e della pandemia era ormai terminato (WHO, 2023).

Tuttavia, emergono altri temi inerenti al contesto pandemico, quello degli ospedali e delle ansie, emerge dalle interviste un'ansia, una preoccupazione rivolta verso l'altro, in particolare per il proprio coniuge considerato soggetto fragile, Webb, 2020 descrive come l'essere definito "a maggiore rischio" abbia innalzato i livelli di percezione di morte e malattia e aumentato i livelli di ansia nella popolazione anziana.

L'ansia e le paure che emergono dalle interviste sono coerenti e ben visibili dai risultati del questionario, in cui quindici persone su diciannove dei partecipanti, sperimentano ansia, anche se la maggior parte in forma lieve, questo potrebbe essere attribuito al fatto che il periodo pandemico, come accennato precedentemente, era già terminato al momento della ricerca, resta comunque degno di nota il fatto che l'ansia sia comunque presente. Nelle interviste i partecipanti hanno parlato di paura per l'altro, una preoccupazione nei confronti del coniuge dovuta alla pandemia da Covid-19, il GAD-7 ci fornisce delle informazioni sull'ansia generalizzata, le ansie raccontate dagli intervistati potrebbero far parte di una situazione più complessa di ansia generalizzata, di cui fanno parte anche quelle ansie e paure raccontate nelle interviste dovute alla pandemia, nei racconti degli intervistati appare anche la paura di pesare sui propri figli e familiari e l'ansia di trovarsi a vivere da soli conseguentemente alla perdita. Quest'ansia potrebbe essere causata anche dalla solitudine, sperimentata in forma moderata o grave da quattordici dei partecipanti, la solitudine infatti è un fattore di rischio potenziale che potrebbe aggravare i sintomi di ansia e depressione (De Leo & Trabucchi 2020). Rimanere vedovi è uno dei fattori di rischio per una serie di problemi fra cui la solitudine (Carr et al., 2018) tutti i partecipanti sperimentano solitudine, nessuno ha infatti ottenuto un punteggio al test R-ULS6 che indicasse un'assenza del sentimento di solitudine, questo è un dato interessante, ci mostra quanto il rimanere vedovi possa provocare sentimenti di questo tipo, ma potrebbe essere che in questo campione anche se piccolo, i sentimenti di solitudine siano più elevati perché hanno sperimentato la perdita del coniuge durante un periodo di restrizione dei contatti sociali, e che, come risulta dalle interviste il supporto sociale si sia focalizzato su una ricerca di nuovi contatti o che in alcuni casi sia stato insufficiente. Nella scala MSPSS-12 relativa al sostegno sociale percepito, la maggior parte ha ottenuto punteggi medio alti, questo appare leggermente in contrasto con quanto emerso dalle interviste, poiché all'interno troviamo sia il supporto ricevuto da conoscenti e familiari ma anche l'insoddisfazione e la ricerca di nuove compagnie.

Un dato interessante è che nonostante tredici persone abbiano ottenuto punteggi medio-alti nella scala del supporto sociale percepito, hanno anche ottenuto punteggi medio-alti per quanto riguarda la solitudine risultando quindi moderata o grave, questo è coerente con i temi e i legami emersi dalle interviste, abbiamo visto infatti come dalle interviste sia emerso il supporto sociale ottenuto dai familiari e dai conoscenti sia stato inferiore rispetto al bisogno effettivo delle persone e che questo le abbia spinte per quanto riguarda la solitudine ad impegnarsi in attività come il volontariato e per quanto riguarda la cerchia sociale, a cercare nuove amicizie o iniziare una nuova relazione. Inoltre, questo risultato è concorde con la letteratura esistente che spiega come nonostante alcune persone possano avere contatti sociali frequenti, avere un buon supporto sociale, possano comunque sentirsi soli (Holt-Lunstad et al., 2015).

Per quanto riguarda la tematica del lutto è stato somministrato il Prolonged Grief 13, da questo test risulta che solo una persona fra gli intervistati, P15,F,72, presenta il Disturbo da Lutto Prolungato, negli altri test la persona ha ottenuto punteggi alti per quanto riguarda anche ansia, depressione e solitudine. Coerentemente con quanto esposto in letteratura frequentemente il Disturbo da Lutto Prolungato si presenta in comorbilità con altri disturbi come Episodio Depressivo Maggiore (Carmassi et al., 2016). Secondo i risultati ottenuti al PG-13, sette dei partecipanti presentano 3 criteri su 4 per la diagnosi, il criterio mancante è sempre quello relativo alla diminuzione del funzionamento sociale, la nozione di “funzionamento sociale” è legata ad una serie di diverse possibili definizioni, tutte comunque facenti riferimento ad una serie di aspetti quali la capacità di un individuo di adempiere con soddisfazione personale i principali ruoli da lui attesi in un definito ambito sociale (come lavoratore, studente, casalinga, sposo/a, amico, ecc.), di aver cura di se stesso e del proprio ambiente di vita, di coinvolgersi positivamente in attività ricreative e di tempo libero (Carpiniello 2010) Questo risultato è attribuibile al fatto che tutte le persone intervistate sono comunque pienamente abili nonostante si tratti di persone anziane (una di queste ha 93 anni) e che sono in grado di prendersi cura di loro stessi in maniera autonoma, inoltre come già detto sono tutti pensionati e conducono una vita abbastanza casalinga, inoltre molti degli intervistati hanno cercato di reagire al lutto senza lasciarsi abbattere come evidenziato dalle interviste, mostrando grande capacità di resilienza, affidandosi ai ricordi o in alcuni casi anche ad un supporto psicologico. È importante considerare come all'interno del test PG-13 non venga

menzionato il sentimento di solitudine scaturito dalla perdita, attualmente presente come sintomo per la diagnosi di Disturbo da Lutto Prolungato nella revisione del testo della quinta edizione del DSM, (Prigerson et al., 2021), come abbiamo visto però tutti i partecipanti sperimentano solitudine e la maggior parte attribuisce alla proprio alla perdita questo sentimento.

Quasi tutti i partecipanti hanno riportato nel corso delle interviste sentimenti di tristezza, cinque hanno parlato di depressione ed uno ha fatto riferimento a pensieri suicidi, la vedovanza in letteratura viene associata negativamente a una serie di esiti, tra cui la depressione (Zhang et al., 2021) dai risultati del questionario PHQ-9 risulta che 10 degli intervistati sperimentano i sintomi della depressione, questo potrebbe essere uno degli esiti negativi della perdita certamente, nonostante questa sia avvenuta per la totalità dei partecipanti da più di un anno, ma è ragionevole pensare che il prolungamento di questi sentimenti di depressione e tristezza dopo un notevole periodo dalla perdita possa essere dovuto alle difficoltà incontrate nel corso del lutto dovute alla pandemia. Abbiamo visto infatti come questa abbia influenzato il processo di elaborazione ostacolando ad esempio le visite ospedaliere, il rapporto con i medici ed impedendo in alcuni casi di svolgere o partecipare al funerale e quindi poter salutare il defunto, i funerali sono una parte fondamentale del processo, sia culturale che religioso, del lutto: permettono di offrire supporto sociale e psicologico alla persona che ha subito una perdita e l'opportunità di esprimere amore e rispetto verso il deceduto (O'Rourke et al., 2011).

Tutti i partecipanti hanno ottenuto come risultato dei punteggi alti al DAS-7 e si sono collocati nella categoria "buona relazione coniugale", questo potrebbe essere uno dei motivi per i quali la maggior parte dei partecipanti sperimenta ansia, che come abbiamo visto è presente sia nei racconti delle interviste che come risultati al test, e soprattutto sperimenta solitudine, anche questa presente in tutte le risposte al questionario da parte dei partecipanti e nelle interviste, questo perchè la letteratura ci dice che il matrimonio è una relazione molto importante per gli anziani, che può fornire loro gratificazioni emotive, conferme comportamentali e interazioni positive (Schann, 2013), e che la presenza di una relazione coniugale è benefica per il funzionamento fisico, la salute autopercepita, il benessere psicologico e la longevità degli individui (Schoenborn, 2004).

Come causa della solitudine appare primariamente la perdita ma anche il vivere da soli, che come abbiamo visto è stato causato dalla perdita stessa del coniuge, alcune persone

hanno riportato una solitudine generata da una scarsa rete di supporto intorno, che può essere definita come un isolamento sociale, accentuata sicuramente dalla perdita della persona amata.

Abbiamo visto infine come cinque persone abbiano ottenuto dei punteggi bassi al SWLS-5 e che si ritengono insoddisfatte della propria vita condotta fino a quel momento. Confrontando i punteggi con gli altri valori si nota come le persone che si ritengono insoddisfatte della propria vita abbiano dei punteggi elevati per quanto riguarda depressione e solitudine. La morte di un proprio caro è associata a cambiamenti emotivi e sociali negli anziani, che includono: una diminuzione nella soddisfazione del benessere generale e un aumento della sensazione di solitudine e isolamento sociale (Shear et al., 2013). Nelle interviste di queste persone emergono anche altri due aspetti: il primo riguarda la pandemia, infatti risulta che non abbiano sperimentato molti cambiamenti nella quotidianità durante il periodo pandemico, e che sia presente in loro un desiderio di intraprendere nuove conoscenze, è possibile ipotizzare che queste persone fossero già sole, che provassero già il sentimento di solitudine, prima della pandemia e che al momento della morte del coniuge abbiano perso quindi una importante figura di riferimento: come sappiamo il compagno/a di vita è una persona molto importante per gli anziani, che può fornire loro gratificazioni emotive, conferme comportamentali e interazioni positive (Schann, 2013), la perdita di questo legame potrebbe aver portato le persone ad un'insoddisfazione più in generale per la loro vita, acuendo quindi un sentimento di solitudine, come accennato prima, già presente.

5.4. Limiti della ricerca

Un limite della ricerca già citato durante la discussione dei risultati è sicuramente il fatto che questa è stata svolta durante il periodo da marzo 2023 a giugno 2023 quando le restrizioni erano assenti e il numero dei contagi era, rispetto all'inizio, notevolmente minore: per questo i partecipanti possono avere dato per note o non aver riportato alcune dinamiche, poiché le restrizioni erano notevolmente ridotte e inoltre il 5 maggio 2023 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ufficialmente dichiarato la fine della pandemia da Covid-19 che ha causato circa 20 milioni di morti in tutto il mondo.

Un altro limite della ricerca è quello del campione: gli anziani reclutati sono tutti in buona salute, senza problemi economici e autonomi, si è scelto volontariamente di non

selezionare persone provenienti da RSA o Case di Riposo poiché queste persone vivono in contesti particolari e sperimentano delle condizioni di vita molto diverse dagli intervistati del campione, tuttavia sappiamo che problematiche fisiche, come la presenza di malattie pre-esistenti avrebbero potuto portare a effetti negativi molto più gravi su questa fascia di popolazione, poiché durante la pandemia i controlli regolari da parte dei medici e l'assunzione regolare di terapie farmacologiche sono diventate problematiche, (De Leo & Trabucchi, 2020), inoltre l'essere considerato soggetto "a maggiore rischio" avrebbe aumentato i livelli di percezione di morte e malattia e di ansia nella popolazione anziana (Webb, 2020).

5.5. Possibili implicazioni future

Nonostante le persone coinvolte in questa ricerca siano tutte in buona salute, senza problemi economici e autonome si è comunque riscontrata un'elevata presenza del sentimento di solitudine, di ansia e infine anche di depressione, tutte quante hanno anche sperimentato la perdita del coniuge in un contesto difficile come quello della pandemia ma hanno tutte comunque un ottimo background, è ragionevole quindi ipotizzare che le conseguenze di una perdita di questo tipo su una popolazione ancora più fragile, magari in contesti sociali o economici difficili possa aver provocato degli effetti ancora maggiori e drammatici. È importante che le persone anziane, spesso fragili, non vengano lasciate sole e sarebbe forse auspicabile un maggiore coinvolgimento in attività ricreative per questa fascia di popolazione così ampia in Italia, per evitare delle possibili conseguenze sulla salute fisica e sul benessere psicologico degli anziani, anche rispetto all'impatto economico che questo può avere sui servizi sanitari della società ed anche in prospettiva dell'entrata nella terza età dei "baby boomers", che mediamente hanno avuto meno figli rispetto a chi li ha preceduti e che rappresentano una fascia molto numerosa della popolazione generale.

Non sono state riscontrate particolari differenze nei diversi tipi di morte del coniuge e gli effetti sul campione, tuttavia questo potrebbe essere un ulteriore campo di indagine potendolo svolgere con campioni più grandi per evidenziare delle peculiarità negli effetti su chi rimane. Un'ulteriore prospettiva di ricerca potrebbe essere di verificare quale impatto abbia avuto la pandemia sugli anziani rimasti vedovi prima della pandemia o

comunque che si trovano in una condizione di isolamento, come vivere da soli, e verificare quale impatto abbia avuto su di loro la pandemia da Covid-19.

Conclusioni

L'obiettivo di questa tesi era indagare l'esperienza e il vissuto di coloro che hanno perso il proprio coniuge, durante un periodo storico così particolare come quello della pandemia da Covid-19, specificatamente rispetto alla fascia di popolazione anziana (età superiore a 65 anni) che viene riconosciuta in letteratura come già fortemente a rischio di solitudine (Maharani, Pendleton, & Leroi, 2019; Victor & Bowling, 2012). Il termine "Doppia Solitudine" nel titolo della presente tesi fa riferimento all'impatto dell'isolamento sociale, causato dalle strategie messe in atto per contenere la diffusione del contagio del virus Covid-19, unito alla solitudine causata dalla perdita del proprio/a compagno/a di vita (Dahlberg et al., 2021, Shear et al., 2013).

Il lutto appare come il tema centrale attorno a cui ruotano le altre tematiche rintracciate, la pandemia infatti sembra non aver avuto una particolare influenza sulla quotidianità delle persone intervistate rimanendo in secondo piano rispetto ad altre problematiche come appunto la perdita stessa. La pandemia non sembra aver svolto un ruolo significativo nel sentimento di solitudine riportato dai partecipanti: una prima ragione potrebbe risiedere nel fatto che isolamento sociale e solitudine siano due concetti distinti e solo debolmente correlati (Tanskanen & Anttila, 2016). 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.

La pandemia ha sicuramente influenzato l'esperienza del lutto nei partecipanti, impedendo le visite in ospedale, ostacolando il rapporto con i dottori e in alcuni casi impedendo lo svolgimento del funerale, ma non ha giocato nessun ruolo nell'accesso al supporto sociale dei partecipanti. In uno studio particolarmente recente sullo stesso tema emergono dei risultati simili, lo studio di Vieveen e collaboratori (2023) analizza come l'esperienza di perdita del coniuge durante la pandemia da Covid-19 sia stata caratterizzata da peculiarità negative che interferiscono proprio col processo di elaborazione della perdita stessa, come ad esempio è emerso il vissuto frequente del senso di abbandono da parte dei servizi sanitari, delle perplessità riguardo i trattamenti e le cure destinate al proprio caro e alla mancanza di vicinanza e contatto con il coniuge durante la

malattia e il fine-vita. Tali tematiche sono molto simili a quelle rintracciate all'interno di questo progetto di ricerca, e riguardano in entrambi i casi l'aspetto sanitario e l'ambiente ospedaliero, evidenziando quindi come queste siano stati le maggior difficoltà affrontate dalle persone che hanno perso il proprio coniuge durante il periodo pandemico. Tuttavia, sono ancora pochi al momento gli studi riguardo a questo tema e che possano offrire uno sguardo completo su questo fenomeno particolarmente complesso e importante. Dall'analisi emergono paure e ansie mai sperimentate prima, in particolare la paura per l'altro considerato soggetto fragile, questi risultati sono coerenti con la letteratura esistente sul tema che descrive come la salute mentale degli anziani sia stata messa a dura prova durante la pandemia poiché spaventati dalle notizie riportate dai telegiornali che definivano proprio la popolazione anziana come a maggior rischio (De Leo & Trabucchi, 2020), inoltre questo è coerente anche con i risultati ottenuti dai test standardizzati del questionario che rivelano una forte presenza di depressione ma soprattutto di ansia generalizzata.

Le persone intervistate non si sono sentite socialmente isolate al momento della perdita durante la pandemia, raccontano di aver ricevuto del supporto da familiari e amici, allo stesso tempo nelle interviste descrivono il desiderio di fare nuove conoscenze, nuove amicizie, in alcuni casi di intraprendere nuove relazioni. Questo perché in alcuni casi sono state interrotte delle amicizie successivamente alla perdita, oppure vi è la paura o preoccupazione di pesare troppo sui figli e familiari. Anche dai test emerge come la maggior parte dichiara di percepire un buon supporto sociale ma allo stesso tempo, risultano particolarmente soli in termini di solitudine. I partecipanti non riferiscono un isolamento sociale maggiore a seguito dalla pandemia ma allo stesso tempo sia dai test che dalle interviste risulta un forte sentimento di solitudine, ed anche un'insufficienza della rete di supporto che li vede in alcuni casi coinvolti nella ricerca di nuove amicizie o relazioni. La principale causa di solitudine è la perdita del compagno/a di vita, che ha portato anche alla perdita per molti di un punto di riferimento e di un aiuto pratico importante soprattutto per quanto riguarda aspetti burocratici ed economici. La perdita del coniuge ha comportato in alcuni casi a ritrovarsi a vivere da soli, questo per molti, oltre alla perdita è la principale causa di solitudine, che comporta anche in questo caso una serie di ansie e preoccupazioni.

L'esperienza della perdita del coniuge durante la pandemia è sicuramente qualcosa di estremamente complesso e che raccoglie molte sfaccettature, e che ha avuto come conseguenza principale l'aumento della sensazione di solitudine, di sintomi ansiosi e depressivi. Considerate le implicazioni sulla salute mentale degli individui anziani della solitudine e dell'isolamento sociale, si mostrano necessari ulteriori studi di approfondimento sul tema.

Inoltre, molti dei partecipanti hanno adottato come strategia di coping alla solitudine il volontariato, occuparsi di qualcuno come ad esempio i nipoti, oppure hanno espresso il desiderio di fare nuove conoscenze, nello studio di Cipolletta & Gris (2021), condotto su persone anziane durante il primo periodo del lockdown, ha evidenziato come i partecipanti che hanno affrontato l'emergenza costruendo nuovi significati e mettendo in atto strategie personali per trarne il meglio sia stata la soluzione più adattiva per queste persone, si sentivano meglio ed erano in grado di proiettarsi verso il futuro, tutto questo dovrebbe essere interpretato anche come un punto di partenza per delle politiche sociali che promuovano un maggiore inserimento degli anziani nelle attività di volontariato ad esempio o di connessione fra persone della stessa età.

Bibliografia

Ahorsu, D., K., Lin, C., Pakpour, A., H., (2021) The Association Between Health Status and Insomnia, Mental Health, and Preventive Behaviors: The Mediating Role of Fear of COVID-19. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 7, 1–9
<https://doi.org/10.1177/2333721420966081>

American Association of Retired Persons (AARP). 2010. *Loneliness amongst older adults: A national survey of adults aged 45+*
DOI: http://assets.aarp.org/rgcenter/general/loneliness_2010.pdf

Armitage, R.; Nellums, L.B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health* 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

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

Bandín, V., C. (2010). *Drafts for life*. Madrid, Spain: Asociación Cultural Los Books of the CTP.

Bandín, V., C. (2020). Only the Living Can Witness the Passing of Death: Mourning in Times of Pandemic. *The Humanistic Psychologist* Vol. 48, No. 4, 357–362
<https://doi.org/10.1037/hum0000225>

Bankole, (2022) Impact of Coronavirus Disease 2019 on Geriatric Psychiatry, *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 45, Issue
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.11.010>.

Berkman, L. F., Vaccarino, V., & Seeman, T. (1993). Gender differences in cardiovascular morbidity and mortality: The contribution of social networks and support.

Annals of Behavioral Medicine, 15(2–3), 112–118. <https://doi.org/10.1093/abm/15.2-3.112>

Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S87–S89. <https://doi.org/10.1037/tra0000723>

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. SAGE.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Hogart Press, London.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101

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.

Burrell A. and Selman L., E., (2020) How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. *Journal of Death and Dying* 85(2), 345-383 DOI: 10.1177/0030222820941296

Cacioppo, J. T., and Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn. Sci.* 13, 447–454. doi: 10.1016/j.tics.2009.06.005

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

Cacioppo JT, Hawkley LC, Ernst JM, Burleson M, Berntson GG, Nouriani B, Spiegel D (2006) Loneliness within a nomological net: an evolutionary perspective. *J Res Pers* 40:1054–1085.

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 3–21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>

Cardona M., Andrés P., (2023) Are social isolation and loneliness associated with cognitive decline in ageing? *Frontiers in Aging Neuroscience* 15, DOI 10.3389/fnagi.2023.1075563

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

Carmassi, C., Dell’Osso, L., Bertelloni, C., A., Pedrinelli, V., Dell’Oste, V., Cordone, A., Ruggeri, M., Schimmenti, S., Bonetto, C.,Tosato, S., (2022) Three-Month Follow-up Study of Mental Health Outcomes After a National COVID-19 Lockdown: Comparing Patients With Mood or Anxiety Disorders Living in an Area With a Higher Versus Lower Infection Incidence. *The Journal of Clinical Psychiatry*

Carpiniello, B., (2010) Social functioning and schizophrenia. *Journal of Psychopathology* (3), 227-230

Carr, D.C., Kail, B.L., Matz-Costa, C., Shavit, Y.Z., (2018). Does becoming A volunteer attenuate loneliness among recently widowed older adults? *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 73 (3), 501–510.

Carr, D., Utz, R., (2001). Late-life widowhood in the United States: new directions in research and theory. *Aging Int.* 27 (1), 65–88.

Carr, D., Boerner, K., Moorman, S., (2020) Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32: 4-5, 425-431, DOI: [10.1080/08959420.2020.1764320](https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320)

Chen, L. K. (2022). Biopsychosocial perspectives of loneliness and social isolation. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 100, Article 104671. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104671>

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

Cipolletta S, Gris F. Older People's Lived Perspectives of Social Isolation during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(22):11832. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211832>

Cipolletta, S., Entilli, L., Bettio, F., & De Leo, D. (2021). Live-chat support for people bereaved by suicide. *Crisis*, 1-7, 1-7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000759>

Cipolletta, S., Entilli, L., Filisetti, S., (2022) Uncertainty, shock and anger: Recent loss experiences of first-wave COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 32, 983-999

Cornwell, B., Laumann, E., O., Schumm L., P., (2008) The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile, *American Sociology Review* <https://doi.org/10.1177/000312240807300201>

Corriere della Sera. *L'inizio ufficiale della vecchiaia «va spostato a 75 anni»* RCS Milano, Italy, 2023

Corrigan, J., Kolakowsky-Hayner, S., Wright, J., Bellon, K., Carufel, P., The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 28(6):p 489-491, November/December 2013. | DOI: 10.1097/HTR.0000000000000004

Creswell JW, Plano Clark VL (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications

Creswell JW (2014) *Research Design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications

Dahlberg, L., McKee, K., J., Frank, A., Naseer, M., (2022) A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults, *Aging & Mental Health*, 26:2, 225249, DOI: [10.1080/13607863.2021.1876638](https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638)

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family medicine and community health*, 7(2).

De Leo, D.; Arnautovska, U. Suicide in older adults. In *International Book of Suicide Prevention*; O'Connor, R., Pirkis, J., Eds.; Wiley: Chichester, UK, 2016; pp. 323–345 DOI: [10.2147/CIA.S130670](https://doi.org/10.2147/CIA.S130670)

De Leo, D., (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2, 7-12, doi: 10.1038/s43587-021-00160-1

De Leo & Trabucchi, 2019 *Maledetta Solitudine*, San Paolo Edizioni, Padova.

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

De Leo, D., & Trabucchi, M., (2020) Brief Report. Covid-19 and the Fears of Italian Senior Citizens. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 3572, doi:10.3390/ijerph17103572

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.

De Luca ML, Tineri M, Zaccarello G, Grossi G, Altomonte A, Slavic E, Palummieri A, Greco R. Adattamento e validazione del questionario "PG-13" Prolonged Grief nel contesto italiano. *Riv It Cure Palliative* 2015;17(2):84-92. doi 10.1726/3052.30466

Di Fabio, A., & Busoni, L. (2008). Misurare il supporto sociale percepito: Proprietà psicometriche della Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in un campione di studenti universitari [Measuring perceived social support: Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in a sample of university students]. *Risorsa Uomo: Rivista di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione*, 14(3), 339–350.

Di Fabio A., Palazzeschi L. (2015b). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Un contributo alla validazione italiana [Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): A contribution to Italian validation]. *Couns. G. Ital. Ric. Appl.* 8 Retrieved from: <http://rivistedigitali.erickson.it/counseling/archivio>

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M., F., Mucci, F., Pozza A., (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, 300, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916>.

Djelantik M., Geert E. Smid, Anna Mroz, Rolf J. Kleber, Paul A. Boelen (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural

losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>.

Domingue, B. W., Duncan, L., Harrati, A., Belsky, D. W. (2021). Short-term mental health sequelae of bereavement predict long-term physical health decline in older adults: US Health and Retirement Study Analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(6), 1231–1240 doi:[10.1093/geronb/gbaa044](https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa044)

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.

Dykstra PA. Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*. 2009;6(2):91-100.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, e1– e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>

Eisma, M.C., Tamminga, A., Smid, G.E., Boelen, P.A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal Affect Disord.*, 278, 54-56.

Emler N. Gossip, reputation, and adaptation. In: Goodman R, Ben Ze'ev A, eds. *Good Gossip*. Lawrence: University of Kansas Press; 1994: 34–46.

Entringer, T. M., & Gosling, S. D. (2021). Loneliness during a nationwide lockdown and the moderating effect of extroversion. *Social Psychological & Personality Science*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/19485506211037871>

Ernst, M., Niederer, D., Werner, A. M., Czaja, S. J., Mikton, C., Ong, A. D., Rosen, T., Brähler, E., & Beutel, M. E. (2022). Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist*, 77(5), 660–677. <https://doi.org/10.1037/amp0001005>

Fangfang, H., Xiao, H., Shuai, Z., Qiong, W., Jingya, Z., Guodong, S., & Yan, Z. (2022). Living environment, built environment and cognitive function among older Chinese adults: Results from a cross-sectional study. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 9(1), 126–135. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.59>

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

Fried, L., Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkey, L., Lawlor, B., Leavey, G., Lubben, J., O'Sullivan, R., Perissinotto, C., van Tilburg, T., Tully, M., & Victor, C. (2020). A unified approach to loneliness. *Lancet*, 395(10218), Article 114. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32533-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32533-4)

Gebhard, C., Regitz-Zagrosek, V., Neuhauser, H.K., Morgan, R., Klein, S., L., (2020). Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ* 11, 29 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9>

Gentili, P., Contreras, L., Cassaniti, M., & D'Arista, F. (2002). *La Dyadic Adjustment Scale: Una misura dell'adattamento di coppia* [A measurement of dyadic adjustment: The Dyadic Adjustment Scale]. *Minerva Psichiatrica*, 43(2), 107–116.

Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I., M., Dell'osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in Psychiatry* 11:489. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00489

Gierveld JDJ, Van Tilburg T (2010): The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *Eur J Ageing*, 7:121–130.

Gokseve, Y., Ozturk, G., Z., Karadeniz, E., Sari, E., Tas, B., G., Ozdemir, H., M., (2021) The Fear of Covid-19 in older adults *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 35, 460-466 <https://doi.org/10.1177/2333721420966081>

Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 1119– 1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>

Grenade, L. and Boldy, D. 2008. Social isolation and loneliness amongst older people: Issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3): 468–478.

Halcomb E, Sharon A, Brannen J (2009). *Mixed methods Research for Nursing and the health Sciences. Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences.* United Kingdom: Wiley Blackwell;

Hammen, C. L., & Peters, S. D. (1977). Differential responses to male and female depressive reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(6), 994–1001. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.6.994>

Hawkley LC, Preacher KJ, Cacioppo JT (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychol* 2010;29:124– 129.

Hawkley LC, Thisted RA, Cacioppo JT. (2009) Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychol*; 28: 354–363.

Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010 Oct;40(2):218-27. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8. PMID: 20652462; PMCID: PMC3874845.

Hellinger, B. (2003). Farewell: Family Constellation with Descendants of Victim and Perpetrators. Zeig, Tucker & Theisen, Phoenix.

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. (2010) Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. ;7(7):e1000316.

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 : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Holt-Lunstad, J. (2021). A pandemic of social isolation? *World Psychiatry*, 20(1), 55–56. <https://doi.org/10.1002/wps.20839>

Hong, S. I., Hasche, L., & Bowland, S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The Gerontologist*, 49(1), 1–11. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp006>

Hsiao,F., Peng,L., Lee, W., Chen, L., (2023) *Sex-specific impacts of social isolation on loneliness, depressive symptoms, cognitive impairment, and biomarkers: Results from the social environment and biomarker of aging study*, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 106, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104872>.

Hunsley, J., Best, B., Lefebvre, M., & Diana, V., (2001). The Seven-Item Short Form of the Dyadic Adjustment Scale: Further Evidence for Construct Validity. *American Journal of Family Therapy*, 29, 325-335. 10.1080/01926180126501.

Hwang, T., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220. doi:10.1017/S1041610220000988

Istituto Superiore di Sanità. (2021). Il Covid-19 <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/covid-19#link-approfondimento>

Istituto Superiore di Sanità (2022). Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia - Dati al 10 gennaio 2022 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia-10-gennaio-2022>

Istituto Nazionale di Statistica & Istituto Superiore di Sanità (2022). Impatto Dell'epidemia Covid-19 Sulla Mortalità Totale Della Popolazione Residente. Anni 2020-2021 E Gennaio 2022 https://www.istat.it/it/files//2022/03/Report_ISS_ISTAT_2022_tab3.pdf

Jervis, M. G., & Drake, M. (2014). The use of qualitative research methods in quantitative science: A review. *Journal of Sensory Studies*, 29(4), 234-247.

Kahneman D, Krueger AB, Schkade DA, Schwarz N, Stone AA. A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. *Science*. 2004; 306: 1776–1780.

Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 250–256. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.250>

Killikelly C., & Maercker, A., (2017). *Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability*. European Journal of Psychotraumatology, DOI: [10.1080/20008198.2018.1476441](https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441)

Klein, M. (1940). *Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi*. (trad. it.). In *Scritti, 1921-1958*. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

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(S1), S94–S95. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>

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, 152-164, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033>

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75, 76– 97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>

Kroenke K. (2021). PHQ-9: global uptake of a depression scale. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 135–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20821>

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan Company.

Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative inquiry*, 2(3), 275-284.

Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health, and Medicine*. 2006; 11 : 233–245.

Lee, C.D., Bakk, L., 2001. Later-life transitions into widowhood. *J. Gerontol. Soc. Work* 35 (3), 51–63.

Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: An update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 793–810. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>

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, 1348-1356 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.07.010>.

Malgaroli, M., Maccallum, F., & Bonanno, G. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: A network analysis. *Psychological Medicine*, 48(14), 2439-2448. doi:10.1017/S0033291718001769

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*, 70, 4.

Moon, J.R., Kondo, N., Glymour, M.M., Subramanian, S.V., 2011. Widowhood and mortality: a meta-analysis. *PLoS One* 6 (8), e23465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023465>.

Moon, J.R., Glymour, M.M., Vable, A.M., Liu, S.Y., Subramanian, S.V., 2013. Short- and long-term associations between widowhood and mortality in the United States: longitudinal analyses. *J. Public Health* 36 (3), 382–389.

Morris, S. B., Schwartz, N. G., Patel, P., Abbo, L., Beauchamps, L., Balan, S., Lee, E. H., Paneth-Pollak, R., Geevarughese, A., Lash, M. K., Dorsinville, M. S., Ballen, V.,

Eiras, D. P., Newton-Cheh, C., Smith, E., Robinson, S., Stogsdill, P., Lim, S., Fox, S. E., Richardson, G., ... Godfred-Cato, S. (2020). Case Series of Multisystem Inflammatory Syndrome in Adults Associated with SARS-CoV-2 Infection - United Kingdom and United States, March-August 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(40), 1450–1456. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6940e1>

Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24–52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>

Nakajima, S., 2018 Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment *Phil. Trans. R. Soc.* <http://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>

Nilsen, C., Celeste, R. K., Lennartsson, C., McKee, K. J., & Dahlberg, L. (2022). Long-term risk factors for old-age social exclusion in Sweden: A 30-year longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 103, Article 104760. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104760>

Norton, M. I., & Gino, F. (2014). Rituals alleviate grieving for loved ones, lovers, and lotteries. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 266–272. <https://doi.org/10.1037/a0031772>

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. <https://doi.org/10.1159/000441651>

O'Rourke, T., Sptizberg, B., H., Hannawa, A., F. (2011). The good funeral: toward an understanding of funeral participation and satisfaction. *Death Studies* 35, 729-750

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc.

Paturzo M, Colaceci S, Clari M, Mottola A, Alvaro R, Vellone E. (2016) I disegni di ricerca con metodo misto: un approccio metodologico innovativo per la ricerca infermieristica. *Assist Inferm Ric.* 35(2):82-6. Italian. doi: 10.1702/2310.24838. PMID: 27384454.

Pavor & Diener, (1993) Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment.* 5, 164–172.

E., R., Diener, E. (2009). Personality and Subjective Well-Being. In: Diener, E. (eds) *The Science of Well-Being. Social Indicators Research Series*, vol 37. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_4

Pearce C, Honey JR, Lovick R, (2021) 'A silent epidemic of grief': a survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic *BMJ Open* ; doi: 10.1136/bmjopen-2020-046872

Peplau, L. A., & Perlman, D. (Eds.). (1982). *Loneliness: A source book of current theory, research, and therapy.* New York, NY: Wiley.

Perissinotto CM, Cenzer IS, Covinsky KE. (2012) Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med.* 172: 1078-1084.

Perissinotto, C. M., & Covinsky, K. E. (2014). Living alone, socially isolated or lonely—What are we measuring? *Journal of General Internal Medicine*, 11, 1429–1431. doi:10.1007/s11606-014-2977-8

Perkins, J.M., Lee, H., James, K.S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J., Subramanian, S.V., 2016. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Publ. Health* 16, 1032. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9>.

Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Dell.

Penedo FJ, Dahn JR (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatr.* 18: 189–193.

Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>

Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, et al. (2013) Correction: Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for *DSM-V* and *ICD-11*. *PLOS Medicine* 10(12): 10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c0fbd2463b5ea. <https://doi.org/10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea>

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.

Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2000). Techniques to identify themes in qualitative data. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Robles, T., F., Kiecolt-Glaser, J., K., *The physiology of marriage: pathways to health* (2003), *Physiology & Behavior*, 79, 409-416, [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00160-4](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00160-4).

Roy, J, Jain, R, Golamari, R, Vunnam, R, Sahu N.,(2020), COVID-19 in the geriatric population. *Int J Geriatr Psychiatry.*; 35: 1437– 1441. <https://doi.org/10.1002/gps.5389>

Rowntree, S. Chairman. 1947. *Old people: Report of a survey committee on the problems of aging and the care of old people*, London: Oxford University Press. For the trustees of The Nuffield Foundation

Sasson, I., Umberson, D.J., 2014. Widowhood and depression: new light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 69 (1), 135–145.

Schaan, B., (2013). *Widowhood and depression among older Europeans – The role of gender, caregiving, marital quality and religion context*. *J. Geront. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 68, 431-442.

Schoenborg, C., A., (2004) *Marital Status and Health: United States, 1992-2002*. Advance data from Vital and Health Statistics.

Shader, R.,I. (2020). Covid-19 and Depression. *Clinical Therapeutics*, 42, 962963
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.04.010>

Shank, G. D. (2006). *Qualitative research: A personal skills approach*: Pearson Merrill Prentice Hall.

Shear, M.K. (2012). Grief and mourning gone away: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 119-28.

Shear, M.K., Ghesquiere, A. & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15, 406.

Shear, K. and Shair, H. (2005), Attachment, loss, and complicated grief. *Dev. Psychobiol.*, 47: 253-267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>

Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V., Bennett, K. M., Hyland,

P., Vallieres, F., Valiente, C., Vazquez, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Bertamini, M., ... Bentall, R. P. (2022). Measurement invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) across four European countries during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 22(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03787-5>

Simon N., S., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., K., Perlman, C., Reynolds, F., Frank, A., Melhem N., Silowash, R., (2007) *The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief*. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395-399. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. (2020). Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *JAMA*. ;284(19):2476–2482. doi:10.1001/jama.284.19.2476

Stephens, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>

Stroebe, M., Schut, H., (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522

Tanaka, T., Okamoto, S. (2021) Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* 5, 229–238 (. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 disappeared: From traumatic to ambiguous loss and the role of the internet for the bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 564. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620583>

Tice DM, Bratslavsky E. (2000) Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*. 2000; 11: 149–159.

Umberson, D., Wortman, C., Kessler, R., 1992. Widowhood and depression: explaining long term gender differences in vulnerability. *J. Health Soc. Behav.* 33, 10–24.

Umberson, D., Olson, J. S., Crosnoe, R., Liu, H., Pudrovska, T., Donnelly, R. (2017). Death of family members as an overlooked source of racial disadvantage in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 114, 915–920 doi:[10.1073/pnas.1605599114](https://doi.org/10.1073/pnas.1605599114)

United Nations. (2020). Policy Brief: The impact of Covid.19 on older persons

Van Baarsen, B., (2002) Theories on Coping With Loss: The Impact of Social Support and Self-Esteem on Adjustment to Emotional and Social Loneliness Following a Partner's Death in Later Life, *The Journals of Gerontology*, 57,33–42, <https://doi.org/10.1093/geronb/57.1.S33>

Van Grootheest, D.S., Beekman, A.T.F., Broese van Groenou, M.I., Deeg, D.J.H., 1999. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 34 (7), 391–398.

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. *Curr Opin Psychol.*,43, 48-64

Verdery, A. M., Smith-Greenway, E., Margolis, R., Daw, J., (2020) Tracking the reach of Covid-19 kin loss with bereavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of National Academy of Science of the USA*, 117, 17695-17701. Doi:10.1073/pnas.2007476117

Victor, C., R., Bowling A., (2012) *A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain*, *The Journal of Psychology*, 146, 313-331, DOI: [10.1080/00223980.2011.609572](https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572)

Yu, H.; Li, M.; Li, Z.; Xiang, W.; Yuan, Y.; Liu, Y.; Li, Z.; Xiong, Z. Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry* **2020**, *20*, 426

Wakam, M., D., Montgomery, J., R., Biesterveld, B., E., Brown, C., S., (2020). Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine* DOI: [10.1056/NEJMp2007781](https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781)

Wand, A.P.M.; Zhong, B.-L.; Chiu, H.F.K.; Draper, B.; De Leo, D. Covid-19: The implications for suicide in older adults. *Int. Psychogeriatr.* 2020, in press

Wang, H., Greenaway, E., Bauldry, S., Margolis, R., Verdery, A., (2022) Mourning in a Pandemic: The Differential Impact of COVID-19 Widowhood on Mental Health. *The Journals of Gerontology*, *77*, 2306–2316, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac085>

Webb, L. (2020). Covid-19 Lockdown: a perfect storm for older people's mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*, 300. <https://doi.org/10.1111/jpm.12644>

Weiss RS.,1973: *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. MIT Press

Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Suradom C, Varnado P, Kuntawong P. Development and validation of a 6-item Revised UCLA Loneliness Scale (RULS-6) using Rasch analysis. *Br J Health Psychol.* 2020 May;25(2):233-256. doi: 10.1111/bjhp.12404. Epub 2020 Jan 30. PMID: 31999891.

Wright, M.R., Hammersmith, A.M., Brown, S.L., Lin, I.F., 2020. The roles of marital dissolution and subsequent repartnering on loneliness in later life. *J. Gerontol. B: Psychol. Sci. Soc. Sci.* 75 (8), 1796–1807.

Wu, B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *glob health res policy* 5, 27 (2020). <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>

Yildirim, Y., & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 832–839.

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. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

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

Zhang, Z., Liu, H., Choi, S.E., 2021. Marital loss and risk of dementia: do race and gender matter? *Soc. Sci. Med.* 275, 113808. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113808>.

Sitografia

Pfizer. *Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners*
<https://www.phqscreeners.com/select-screener>

World Health Organization. *Health Emergency Dashboard*
<https://covid19.who.int/>

World Health Organization (WHO). *Global Health Observatory Data Repository—Suicide Rate Estimates, Crude, 10-Year Age Groups. Estimates by Country* <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE10YEARAGEGROUPS?lang=en> (WHO, 2018).

World Health Organization. Mental Health Determinants and Populations Team. (2000). *Women's mental health: An evidence based review (WHO/MSD/MDP/00.1)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66539>.

World Health Organization (WHO). *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

Appendice

1. Struttura e testo dell'Intervista Semi-Strutturata

Buongiorno, sono Irene Marziali,
una laureanda dell'università di Padova, tra poco inizieremo l'intervista e mi preme ricordarle che tutte le informazioni che mi darà saranno registrate in forma anonima, se non capisse la domanda può chiedermi di ripeterla senza preoccuparsi; nel rispondere non ci sono risposte giuste o sbagliate e, non ultimo, sono qui per ascoltarla e per accogliere qualsiasi emozione che potrebbe presentarsi.
Qualora avesse qualche dubbio, preoccupazione o non se la sentisse più di continuare possiamo interrompere in qualsiasi momento.

1. Iniziamo dalle presentazioni, mi racconta qualcosa di lei? (chi è? Quanti anni ha? Ha figli e/o nipoti?) Ecc. informazioni anagrafiche e di contesto da recuperare nel racconto della persona o da chiedere se non vengono specificate).

2. Come si è inserita nella sua quotidianità l'emergenza sanitaria degli ultimi due anni? Cosa è cambiato rispetto alla vita quotidiana che conduceva prima? (Come passa il suo tempo?)

3. Può raccontarmi del rapporto che aveva con il suo/a marito/moglie? In che modo lo definirebbe? (Era un rapporto positivo o negativo? Doveva occuparsi molto dell'altra persona?)

4. Può raccontarmi della sua perdita? (approfondire con domande specifiche sull'accaduto solo se la persona omette delle informazioni nel racconto, ex. dove è morto il parente, ecc.)

- Se è morto in ospedale esplorare se ha avuto contatti e di che tipo (rassicurazioni, dare informazioni, ecc.) con gli infermieri/medici che si sono presi cura del parente

- Se è morto in casa esplorare con chi è venuta in contatto la persona stessa (Croce Rossa Italiana, volontari, medici, militari ecc.) e come hanno gestito la situazione in sé.

5. Quali sono state per lei le maggiori difficoltà nell'affrontare una perdita come quella che mi descrive in un periodo così particolare come gli ultimi due anni? (Quali sensazioni o emozioni ha provato frequentemente?)

6. Come sta vivendo (o ha vissuto) questo momento così delicato? Ha persone accanto/vicine che la possano supportare e confortare? (Se sì chi sono? In che modo (chiamate/videocall/preghiere ecc.) riescono a starle vicino e a fornire il loro supporto?)

7. Le è capitato di avere dei momenti in cui si sentisse più solo/a o in difficoltà? (Se sì quando? In quali occasioni? Come li ha vissuti e affrontati?)

8. Secondo la sua esperienza e rispetto al suo vissuto, di cosa avrebbe/ci sarebbe bisogno?

9. Si è rivolta a qualche professionista/servizio del territorio per farsi supportare in questo momento così delicato? (Se sì, di che tipo?)
Se sì, di che tipo? Ha ritenuto il tipo di supporto ricevuto utile?

10. C'è qualcosa che vorrebbe aggiungere? Qualcosa di importante per lei che vuole condividere in più rispetto a quello che ci siamo già detti?

La ringrazio per avermi raccontato questa parte della sua storia così delicata, e per avermi dedicato del tempo prezioso.

Se la persona dovesse esprimere il bisogno di avere maggiori informazioni sui servizi presenti sul territorio, fornire qualche nome e numero di servizi attivi (Es: De Leo Fund)

2. Struttura e testo del Questionario

Anagrafica

1. Le chiediamo di costruire un codice identificativo, che conoscerà solo lei e che verrà eliminato in fase di * analisi dei dati garantendole l'anonimato, seguendo

le istruzioni riportate qui sotto (servirà per controllare la presenza di duplicati nelle risposte e per identificare le sue risposte nel caso richiedessi la restituzione dei suoi dati grezzi una volta inviati).

ISTRUZIONI: Riporti in ordine nella casella di testo qui sotto, SENZA SPAZI e tutto in lettere MAIUSCOLE:

1. LE INIZIALI del NOME e COGNOME DI SUA MADRE DA NUBILE (per esempio MB se sua madre si chiamasse Maria Bianchi).
2. LE INIZIALI del NOME e COGNOME DI SUO PADRE DA CELIBE (per esempio GR se suo padre si chiamasse Giuseppe Rossi).

3. Le ULTIME DUE CIFRE DEL SUO ANNO DI NASCITA (per esempio, se lei è nato/a nel 1956, scriva 56).

Nell'esempio appena riportato il codice sarebbe: MBGR56.

Le chiediamo la cortesia di prestare particolare attenzione alla scrittura di questo codice e di controllare che corrisponda perfettamente alle istruzioni.

2. Indichi il genere in cui si identifica.

Femmina

Maschio

Altro:

3. Scriva la sua età _____

4. Indichi il livello più alto di istruzione conseguito.

Scuola Primaria

Scuola Secondaria di Primo Grado Scuola Secondaria di Secondo Grado Laurea Triennale

Laurea Magistrale

Diploma di Specializzazione

5. Indichi quante persone vivono con lei attualmente * *Contrassegna solo un ovale.*

0

1

2

3

4 o più

6. Chi sono queste persone? (Fratelli, figli, nipoti...). Sé ha risposto "0" alla domanda precedente scrivere qui "Nessuno".

7. Quanto tempo fa è avvenuta la sua perdita?

- 1-3 mesi
- 3-6 mesi
- 9-12 mesi
- Da più di un anno

8. Come è avvenuta la sua perdita?

- Covid-19
- Altra malattia (tumore, malattie cardiovascolari, diabete, demenza...)
- Morte improvvisa (infarto, ictus...)

DAS-7

ISTRUZIONI - Indichi il grado approssimativo di accordo tra lei e il suo partner per ognuna delle seguenti aree.

9. Area 1: filosofia di vita * *Contrassegna solo un ovale.*

- 0. Sempre in disaccordo
- 1. Quasi sempre in disaccordo
- 2. Spesso in disaccordo
- 3. A volte in disaccordo
- 4. Quasi sempre d'accordo

10. Area 2: aspirazioni, scopi e cose ritenute importanti.

- 0. Sempre in disaccordo
- 1. Quasi sempre in disaccordo
- 2. Spesso in disaccordo
- 3. A volte in disaccordo
- 4. Quasi sempre d'accordo.

11. Area 3: quantità del tempo trascorso insieme.

- 0. Sempre in disaccordo
- 1. Quasi sempre in disaccordo
- 2. Spesso in disaccordo
- 3. A volte in disaccordo
- 4. Quasi sempre d'accordo

Con quale frequenza può dire che gli eventi che seguono capitavano tra lei e il/la suo/a compagno/a?

12. Avere uno stimolante scambio di idee

- 0. Mai
- 1. Raramente
- 2. Occasionalmente
- 3. Quasi tutti i giorni
- 4. Tutti i giorni

13. Lei e il/la suo/a compagno/a avevate delle attività comuni fuori casa?

0. Mai
1. Raramente
2. Occasionalmente
3. Quasi tutti i giorni
4. Tutti i giorni

14. Abbracciava il/la suo/a compagno/a?

0. Mai
1. Meno di una volta al mese
2. Una o due volte al mese
3. Una o due volte alla settimana
4. Una volta al giorno
5. Più spesso

15. I punti sulla linea che segue rappresentano diversi gradi di felicità nella sua relazione. Per favore, scelga il punto che meglio descrive il grado di felicità della sua relazione, da 0 che corrisponde a “estremamente infelice” fino a 6 “perfetta” con “felice” al punto 3.

Estremamente infelice 0 1 2 3 4 5 6 Perfetta

PG-13

PARTE I - ISTRUZIONI Per ogni domanda, indichi selezionando la sua risposta.

16. Nel mese scorso, quanto spesso ha provato desiderio struggente o nostalgia per la persona che ha perduto?

1. Mai
2. Almeno una volta
3. Almeno una volta alla settimana
4. Almeno una volta al giorno
5. Più volte al giorno

17. Nel mese scorso, quanto spesso ha provato intensi sentimenti di dolore emotivo, pena o fitte di angoscia legate alla relazione perduta?

1. Mai
2. Almeno una volta
3. Almeno una volta alla settimana
4. Almeno una volta al giorno
5. Più volte al giorno

18. Rispetto alle precedenti domande 1 o 2, ha sperimentato uno o l'altro di questi sintomi almeno una volta al giorno (quotidianamente) e dopo che sono trascorsi 6 mesi dalla perdita?

1. Sì
2. No

19. Nel mese scorso, quanto spesso ha cercato di evitare ciò che le ricorda che la persona che ha perduto non c'è più?

1. Mai
2. Almeno una volta
3. Almeno una volta alla settimana
4. Almeno una volta al giorno
5. Più volte al giorno

20. Nel mese scorso, quanto spesso si è sentita/o stordita/o, scioccata/o o frastornata/o dalla sua perdita?

1. Mai
2. Almeno una volta
3. Almeno una volta alla settimana
4. Almeno una volta al giorno
5. Più volte al giorno

PARTE II - ISTRUZIONI: per ogni domanda, indichi come si sente attualmente.

21. Si sente confusa/o riguardo al suo ruolo nella vita o sente che non sa chi è (cioè, sente che una parte di lei è morta)?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

22. Ha avuto difficoltà nell'accettare la perdita?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

23. Dopo la perdita, è stato difficile per lei fidarsi degli altri?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

24. Si sente amareggiata/o per la sua perdita?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

25. Sente che l'andare avanti (ad esempio: fare nuove amicizie, coltivare nuovi interessi) sarebbe difficile per lei * ora?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

26. Si sente emotivamente intorpidita/o dal momento della perdita?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

27. Sente che la vita è insoddisfacente, vuota o priva di significato dal momento della perdita?

1. Mai
2. Un po'
3. Abbastanza
4. Molto
5. In modo insopportabile

PARTE III- ISTRUZIONI: Per la seguente domanda, indichi la sua risposta

28. Ha sperimentato una diminuzione significativa nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre aree importanti (ad esempio: nelle responsabilità domestiche)?

1. Sì
2. No

GAD- 7

Nelle ultime **2 settimane**, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

29. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a.

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

30. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

31. Preoccuparsi troppo per varie cose

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

32. Avere difficoltà a rilassarsi.

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

33. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a.

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

34. Infastidirsi o irritarsi facilmente

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

35. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile.

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni

- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

PHQ-9

Nelle ultime **2 settimane**, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

36. Scarso interesse o piacere nel fare le cose

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

37. Sentirsi giù, triste o disperato/a

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

38. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

39. Sentirsi stanco/a o avere poca energia.

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

40. Scarso appetito o mangiare troppo

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni
- 2. Per oltre la metà dei giorni
- 3. Quasi ogni giorno

41. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari

- 0. Mai
- 1. Alcuni giorni

2. Per oltre la metà dei giorni
 3. Quasi ogni giorno
- 42.** Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione
0. Mai
 1. Alcuni giorni
 2. Per oltre la metà dei giorni
 3. Quasi ogni giorno
- 43.** Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito
0. Mai
 1. Alcuni giorni
 2. Per oltre la metà dei giorni
 3. Quasi ogni giorno
- 44.** Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro
0. Mai
 1. Alcuni giorni
 2. Per oltre la metà dei giorni
 3. Quasi ogni giorno

MSPSS - 12

Siamo interessati a come si sente rispetto alle seguenti affermazioni.
Legga con attenzione ogni affermazione ed indichi come si sente a riguardo.

- 45.** C'è una persona in particolare che mi è vicina quando ho bisogno
1. Fortemente in disaccordo
 2. Molto in disaccordo
 3. In disaccordo
 4. Neutro
 5. D'accordo
 6. Molto d'accordo
 7. Fortemente d'accordo
- 46.** C'è una persona in particolare con cui posso condividere gioie e dolori
1. Fortemente in disaccordo
 2. Molto in disaccordo
 3. In disaccordo
 4. Neutro
 5. D'accordo
 6. Molto d'accordo

7. Fortemente d'accordo

47. La mia famiglia si dà molto da fare per aiutarmi.

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

48. Ho l'aiuto e il supporto emotivo di cui ho bisogno dalla mia famiglia

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

49. Ho una persona in particolare che è fonte di reale conforto per me

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

50. I miei amici si danno da fare per aiutarmi

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

51. Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male.

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro

5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

52. Posso parlare dei miei problemi con la mia famiglia

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

53. Ho amici con cui posso condividere le mie gioie e i miei dolori

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

54. C'è una persona in particolare nella mia vita cui importa di come mi sento

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

55. La mia famiglia mi aiuta a prendere decisioni

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo
3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

56. Posso parlare dei miei problemi con i miei amici

1. Fortemente in disaccordo
2. Molto in disaccordo

3. In disaccordo
4. Neutro
5. D'accordo
6. Molto d'accordo
7. Fortemente d'accordo

SWLS -5

Sotto sono riportate cinque affermazioni con le quali lei potrebbe essere d'accordo o in disaccordo. Usando la scala da 1 a 7 seguente, indichi il suo grado di accordo con ogni affermazione (quanto è d'accordo con ogni affermazione).

57. Per la maggior parte la mia vita si avvicina al mio ideale.

1. Completamente in disaccordo
2. In disaccordo
3. Lievemente in disaccordo
4. Né in accordo né in disaccordo
5. Lievemente d'accordo
6. D'accordo
7. Completamente d'accordo

58. Le mie condizioni di vita sono eccellenti.

1. Completamente in disaccordo
2. In disaccordo
3. Lievemente in disaccordo
4. Né in accordo né in disaccordo
5. Lievemente d'accordo
6. D'accordo
7. Completamente d'accordo

59. Sono soddisfatto della mia vita.

1. Completamente in disaccordo
2. In disaccordo
3. Lievemente in disaccordo
4. Né in accordo né in disaccordo
5. Lievemente d'accordo
6. D'accordo
7. Completamente d'accordo

60. Fino ad ora ho ottenuto le cose importanti che voglio nella vita.

1. Completamente in disaccordo
2. In disaccordo
3. Lievemente in disaccordo
4. Né in accordo né in disaccordo
5. Lievemente d'accordo

6. D'accordo
7. Completamente d'accordo

61. Se potessi vivere la mia vita di nuovo, non cambierei quasi nulla.

1. Completamente in disaccordo
2. In disaccordo
3. Lievemente in disaccordo
4. Né in accordo né in disaccordo
5. Lievemente d'accordo
6. D'accordo
7. Completamente d'accordo

R-ULS6

62. Mi manca compagnia

1. Mai
2. Raramente
3. Qualche volta
4. Spesso

63. Mi sento parte di un gruppo di amici.

1. Mai
2. Raramente
3. Qualche volta
4. Spesso

64. Mi sento escluso/a.

1. Mai
2. Raramente
3. Qualche volta
4. Spesso

65. Mi sento isolato/a dagli altri

1. Mai
2. Raramente
3. Qualche volta
4. Spesso

66. Sono infelice di essere così ritirato/chiuso.

1. Mai
2. Raramente

3. Qualche volta
4. Spesso

67. Le persone sono intorno a me ma non con me

1. Mai
2. Raramente
3. Qualche volta
4. Spesso

Grazie per il suo prezioso contributo!

Ringraziamenti

Alla fine di questo percorso, è per me fondamentale ringraziare chi mi ha supportato fino ad ora e ha permesso che io arrivassi a questo traguardo, che rappresenta la fine di un'esperienza molto importante che mi ha arricchito a livello accademico e personale, ma simboleggia anche l'inizio del mio futuro.

Ringrazio, quindi, la Professoressa Cipolletta, per la sua collaborazione e l'attenzione che ha messo nel seguirmi in questa tesi.

Ringrazio l'Emerito Professore De Leo, per la fiducia riposta in me, dandomi la possibilità di poter collaborare a questa ricerca e per avermi accompagnato in questo percorso.

Ringrazio la Dottoressa Zammarrelli per la cura con cui ci ha seguito durante questi mesi e il costante supporto.

Ringrazio il team di De Leo Fund per la bellissima e forte esperienza di tirocinio che ho potuto vivere.

Ringrazio tutte le persone che hanno voluto farmi dono del loro tempo e delle loro esperienze, e condividendo con me una parte così importante e dolorosa della loro vita.

Ringrazio, infine i miei genitori che con grande sforzo mi hanno permesso di decidere per il mio futuro appoggiandomi sempre.