



Gennaio 2020



Fogli di lavoro 49

Promozione delle competenze di vita in età avanzata

Documento di base

Promozione Salute Svizzera è una fondazione sostenuta da cantoni e assicuratori. Su incarico della Confederazione essa avvia, coordina e valuta le misure volte a promuovere la salute (art. 19 della legge federale sull'assicurazione malattie). La fondazione sottostà alla vigilanza della Confederazione. L'organo decisionale supremo è il Consiglio di fondazione. Promozione Salute Svizzera ha due sedi operative, situate negli uffici di Berna e Losanna. Ogni persona residente in Svizzera versa un contributo annuo di CHF 4.80 a favore di Promozione Salute Svizzera che viene prelevato dalle casse malati. Ulteriori informazioni: www.promozionesalute.ch

Nell'ambito della serie «**Fogli di lavoro Promozione Salute Svizzera**» vengono pubblicate informazioni di fondo, redatte o commissionate da Promozione Salute Svizzera, allo scopo di sostenere esperte ed esperti nell'attuazione di misure nel campo della promozione della salute e della prevenzione. Responsabili della redazione dei contenuti dei Fogli di lavoro sono le/i rispettive/i autrici/autori. I Fogli di lavoro di Promozione Salute Svizzera sono disponibili generalmente in formato elettronico (PDF).

I Fogli di lavoro 49 fungono da documento di base. L'opuscolo «[Competenze di vita e salute psichica in età avanzata](#)» si basa su questi Fogli di lavoro e fornisce un orientamento pratico per i responsabili di progetto e di programma dei programmi d'azione cantonali.

Impressum

Editrice

Promozione Salute Svizzera

Autrici

- Dr. phil. Anne Eschen, Settore specializzato di gerontopsicologia di GERONTOLOGIE CH
- Dr. phil. Franzisca Zehnder, Settore specializzato di gerontopsicologia di GERONTOLOGIE CH

Per le preziose informazioni nel processo si ringrazia la direzione del settore specializzato di gerontopsicologia di GERONTOLOGIE CH

Direzione del progetto Promozione Salute Svizzera

Cornelia Waser

Serie e numero

Promozione Salute Svizzera, Fogli di lavoro 49

Citazioni

Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Promozione delle competenze di vita in età avanzata. Documento di base.* Fogli di lavoro 49. Berna e Losanna: Promozione Salute Svizzera.

Elaborazione redazionale

lic. phil. Ivana Balzano, Integrierte Psychiatrie Winterthur

Materiale fotografico foto di copertina

© iStock

Informazioni

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

Testo originale

Tedesco

Numero d'ordinazione

02.0305.IT 01.2020

La presente pubblicazione è disponibile anche in francese e in tedesco (numeri d'ordinazione 02.0305.FR 01.2020 e 02.0305.DE 01.2020).

Scarica PDF

www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

© Promozione Salute Svizzera, gennaio 2020

Sommario

Management summary	4
1 Introduzione	5
1.1 Le competenze di vita intese come obiettivi per la promozione della salute psichica	5
1.2 L'importanza delle competenze di vita in età avanzata	6
2 Possibilità di intervento per promuovere le competenze di vita nelle persone anziane	8
2.1 Capacità di comunicazione	9
2.1.1 Capacità di comunicazione e salute psichica in età avanzata	9
2.1.2 Interventi	10
2.2 Regolazione delle emozioni	11
2.2.1 Regolazione delle emozioni e salute psichica in età avanzata	11
2.2.2 Interventi	14
2.3 Autoriflessione	15
2.3.1 Autoriflessione e salute psichica in età avanzata	15
2.3.2 Interventi	16
2.4 Competenze sociali	17
2.4.1 Competenze sociali e salute psichica in età avanzata	17
2.4.2 Interventi	18
2.5 Gestione dello stress	19
2.5.1 Gestione dello stress e salute psichica in età avanzata	19
2.5.2 Interventi	21
2.6 Prendere decisioni	23
2.6.1 Prendere decisioni e salute psichica in età avanzata	23
2.6.2 Interventi	24
3 Raccomandazioni di attuazione	25
4 Altre informazioni	26
5 Bibliografia	27

Management summary

I Fogli di lavoro 49 descrivono l'importanza delle competenze di vita per la salute psichica nella terza (tra i 65 e gli 80 anni) e nella quarta età (oltre gli 80 anni). Presenta possibilità di intervento per rafforzare le competenze di vita di questo gruppo di persone in ambito comunale. L'introduzione definisce le competenze di vita e ne spiega l'interazione con altri fattori che influiscono anch'essi sulla salute psichica, come l'autoefficacia, il sostegno sociale, gli ambienti di vita e le caratteristiche sociodemografiche della persona. I Fogli di lavoro descrivono inoltre le sfide e le sollecitazioni specifiche che le persone anziane devono affrontare nella terza e quarta età con queste competenze di vita. In questo contesto facciamo riferimento alla grande diversità dei processi di invecchiamento e delle circostanze in cui esso si verifica, nonché all'elevato potenziale di adattamento delle persone anziane. A ognuna delle sei seguenti competenze di vita è dedicato un capi-

tolo: capacità di comunicazione, regolazione delle emozioni, autoriflessione, competenze sociali, gestione dello stress e capacità di prendere decisioni. In ogni capitolo definiamo prima la competenza di vita trattata. Poi descriviamo il modo in cui questa competenza cambia nella terza e quarta età e il suo impatto sulla salute psichica. Nei riquadri spieghiamo in modo più dettagliato importanti teorie di sviluppo, termini tecnici o risultati empirici. Presentiamo infine le possibilità di intervento da utilizzare per rafforzare tutte le competenze di vita nella terza e quarta età e illustriamo esempi concreti di best practice per i vari interventi. E per finire formuliamo raccomandazioni su come attuare gli interventi (p. es. riguardo ai tempi, ai locali e alla progettazione dei materiali didattici) e su come pubblicizzarli (canali e contenuti) affinché le persone partecipino agli interventi descritti per la promozione delle competenze di vita nelle persone anziane.

1 Introduzione

Nel suo rapporto di base «Salute e qualità di vita in età avanzata» Promozione Salute Svizzera afferma quanto sia importante rafforzare le competenze di vita delle persone al fine di mantenere la salute psichica in tutte le fasi della vita (Amstad & Blaser 2016). Le competenze di vita (life skill) sono «abilità e capacità che rendono l'individuo capace (enable) di affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita di tutti i giorni (OMS 1997). Questi Fogli di lavoro vogliono porre l'attenzione sull'importanza delle competenze di vita per la salute psichica nella terza e quarta età (rispettivamente tra i 65 e gli 80 anni e oltre gli 80 anni). Presentano possibilità di intervento per rafforzare le competenze di vita nelle persone anziane in ambito comunale. Alcuni esempi di attuazione illustrano le possibilità di intervento.

1.1 Le competenze di vita intese come obiettivi per la promozione della salute psichica

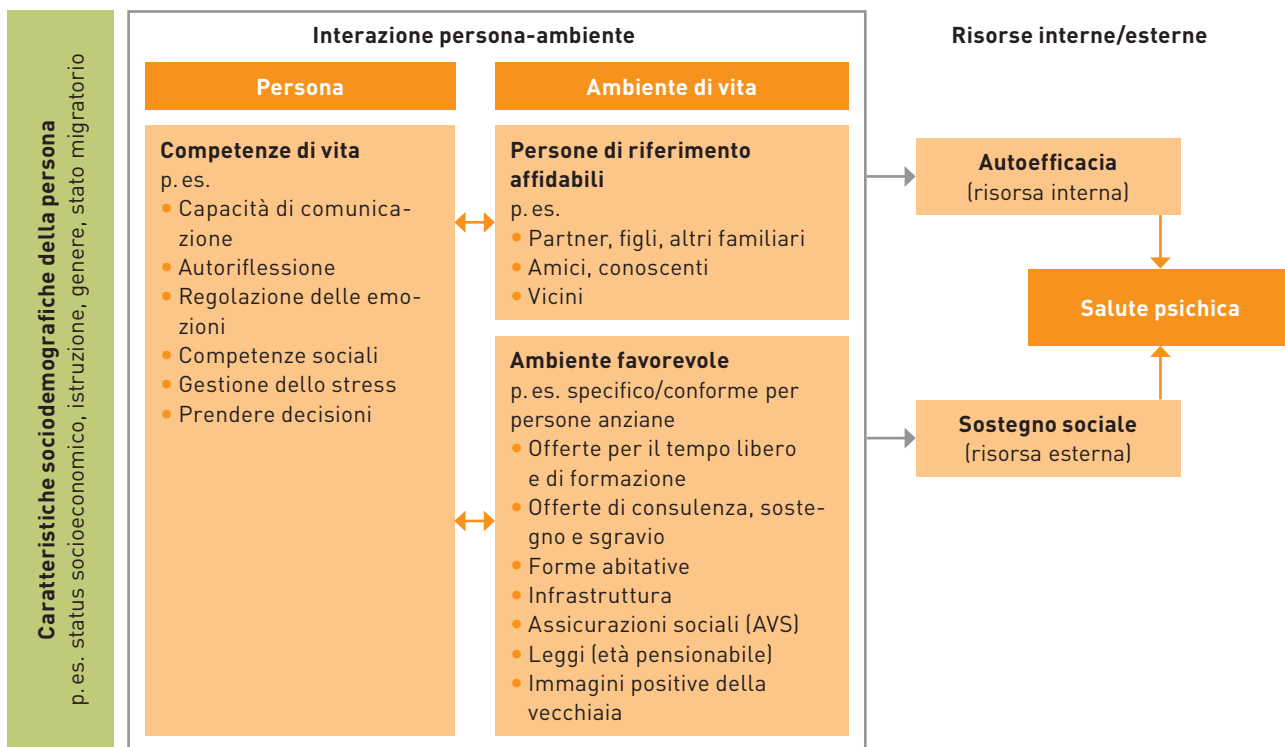
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1997), le competenze di vita includono capacità di comunicazione, regolazione delle emozioni, autoriflessione, competenze sociali, gestione dello stress e capacità di prendere decisioni ponderate. Queste competenze di vita sono molto importanti per sviluppare e mantenere due risorse che svolgono un ruolo particolare nella salute psichica: l'**autoefficacia** come risorsa interna centrale (Abderhalden et al. 2019) e il **sostegno sociale** come risorsa esterna centrale (Bachmann 2019). Un'alta competenza nella regolazione delle emozioni e nella gestione dello stress rafforza per esempio l'esperienza dell'autoefficacia in situazioni di vita difficili. Con competenze comunicative efficaci e competenze sociali ben sviluppate è più facile mantenere il sostegno sociale.

Secondo il rapporto di base «Salute psichica lungo l'intero arco della vita» (Blaser & Amstad 2016), lo sviluppo delle competenze di vita nel corso della vita è influenzato dagli **ambienti di vita** in cui le persone crescono. Le caratteristiche sociali e strutturali dell'ambiente circostante svolgono un ruolo importante in questo contesto. D'altra parte, le persone possono anche contribuire a plasmare le caratteristiche del loro ambiente grazie alle loro competenze di vita. Gli interventi volti a promuovere le competenze di vita dovrebbero pertanto mirare non solo a rafforzare le competenze di vita in sé (misure orientate al comportamento), ma anche a plasmare ambienti di vita che promuovano tali competenze (misure orientate alle condizioni).

Lo sviluppo delle competenze di vita nel corso di tutta la vita è influenzato anche da **caratteristiche sociodemografiche della persona**. Le persone con un basso stato socioeconomico, un basso livello di istruzione o un background migratorio, così come le donne, in tutta la loro vita hanno meno accesso ad ambienti che favoriscono le competenze di vita. Anche i gruppi socialmente svantaggiati possono influenzare meno i propri ambienti di vita in questa direzione. Gli interventi volti a rafforzare le competenze di vita dovrebbero pertanto promuovere specificamente le risorse dei gruppi socialmente svantaggiati (Amstad & Blaser 2016; Weber et al. 2016). L'interazione delle competenze di vita con altri fattori che influiscono sulla salute psichica è mostrata nella figura 1 che tiene conto anche delle caratteristiche degli ambienti di vita particolarmente rilevanti per la vecchiaia.

FIGURA 1

Le competenze di vita intese come obiettivi per la promozione della salute psichica in età avanzata (sulla base di Amstad & Blaser 2016, pag. 119)



1.2 L'importanza delle competenze di vita in età avanzata

Rafforzare le competenze di vita è importante per mantenere la salute psichica in età avanzata per i seguenti motivi (Boss 2016): diminuiscono le capacità cognitive, sensoriali e motorie, aumentano le malattie fisiche e la fragilità e aumenta anche il rischio che venga a mancare il sostegno sociale a causa di malattie o morte di persone della propria cerchia di familiari e amici. Inoltre, le persone anziane devono affrontare nuovi ambienti di vita, per esempio dopo il pensionamento o quando si trasferiscono in una casa di riposo. Al tempo stesso, per permettere alle persone anziane di mantenersi sani il più a lungo possibile durante la vecchiaia, l'OMS (2015) raccomanda di promuovere le competenze che favoriscono l'apprendimento, la crescita personale, i processi decisionali oltre che lo sviluppo e il mantenimento delle relazioni sociali.

Tuttavia, non tutte le capacità diminuiscono necessariamente con il passare degli anni. Alcune rimangono stabili, altre possono persino migliorare. Soprattutto in età più avanzata il livello delle diverse capacità può differire notevolmente tra persone della stessa età, perché gli influssi delle condizioni di vita precedenti e dello stile di vita vissuto in passato si accumulano con il passare degli anni (Baltes 1990). Per questo motivo si nota anche una maggiore eterogeneità tra i coetanei in età avanzata rispetto a tutte le fasi precedenti della vita per quanto riguarda la salute fisica, le relazioni sociali e gli ambienti di vita. Le differenze sociodemografiche sono particolarmente evidenti in questo contesto. Per esempio, grazie a uno stile di vita più sano, l'attuale generazione di donne anziane vive in media più a lungo degli uomini della stessa età. Al giorno d'oggi, le donne della terza e quarta età hanno anche maggiori probabilità di restare da sole rispetto ai loro coetanei maschi. Spesso sopravvivono ai loro partner non

solo per via della maggiore speranza di vita, ma anche perché a un'età più giovane hanno scelto un partner più anziano. Le donne anziane hanno oggi una pensione e risorse finanziarie significativamente inferiori rispetto agli uomini della stessa età: da un lato a causa delle minori opportunità d'istruzione, e dall'altro perché hanno interrotto o abbandonato il lavoro per accudire i figli (Trilling 2013; Weber et al. 2016). Rispetto agli uomini anziani, oggi le donne anziane sono anche più colpite dall'ageismo (discriminazione basata sull'età) per via del genere di appartenenza (Hellmich 2013). L'attuale generazione di persone anziane con background migratorio soffre di una salute fisica più precaria a causa del lavoro svolto, spesso fisicamente molto più faticoso e più dannoso per la salute. A causa delle minori opportunità di istruzione dispone di pensioni e risorse finanziarie inferiori, e nella vita precedente è stata esposta all'esclusione sociale e a una più frequente discriminazione (www.alter-migration.ch). Considerato l'aumento della percentuale di persone con background migratorio e la crescente accettazione sociale di diverse forme e stili di vita, in futuro si prevede in Svizzera persino un aumento dell'eterogeneità tra le persone anziane della stessa età (Weber et al. 2016).

Tendenzialmente le persone della terza età (tra i 65 e gli 80 anni) possono compensare bene le perdite di capacità in media relativamente ridotte, le poche malattie fisiche e le rare perdite di persone importanti nella cerchia di familiari e amici. Ci riescono perché possono accedere a risorse esterne come il sostegno sociale, vari ausili (p.es. apparecchi acustici, occhiali, maniglioni di appoggio nei bagni) o perché dopo il pensionamento dispongono di più tempo. Riescono allo stesso modo a sfruttare bene

anche le risorse interne (ossia l'esperienza di vita e l'adattamento dei propri obiettivi o delle proprie aspettative alle attuali competenze e condizioni di vita). Questo spiega anche il cosiddetto paradosso del benessere con cui si intende la stabilità o persino l'aumento del benessere psicologico in questa fase della vita nonostante diminuiscano le capacità e le relazioni sociali più strette ed emergano sfide particolari della vita legate alla vecchiaia (Baltes 1990, 1997; Boss 2016). Anche la maggior parte dei disturbi mentali è in prevalenza inferiore in età avanzata rispetto al passato. Fanno eccezione la demenza, i disturbi del sonno e i suicidi che aumentano in età avanzata, quest'ultimi soprattutto negli uomini (Mühlig et al. 2015; Weber et al. 2016).

Nella quarta età (a partire dagli 80 anni) le persone anziane perdono di solito più capacità, il che influisce su diverse competenze. Anche le malattie multiple si verificano più frequentemente e muoiono sempre più persone care. È sempre più difficile compensare questi sviluppi con le proprie risorse esterne e interne (Baltes 1990, 1997; Boss 2016). Il benessere psicologico medio diminuisce quindi nella quarta età. Inoltre, la percentuale di persone che hanno bisogno di aiuto e assistenza (Weber et al. 2016) e quella delle persone che vivono in case di riposo e di cura (Kaesler 2012) cresce considerevolmente nella fascia di età degli over 80.

Malgrado le summenzionate perdite di capacità nella terza e quarta età, per promuovere le competenze di vita delle persone in queste fasi della vita è possibile impiegare non solo le misure orientate alle condizioni, ma anche quelle orientate al comportamento. Non esiste limite di età per imparare, anche se con la vecchiaia cambiano la portata e le condizioni per apprendere in modo efficace (Martin & Kliegel 2005).

2 Possibilità di intervento per promuovere le competenze di vita nelle persone anziane

Ognuno dei seguenti sei sottocapitoli tratta una delle competenze di vita importanti in età avanzata:

- Capacità di comunicazione
- Regolazione delle emozioni
- Autoriflessione
- Competenze sociali
- Gestione dello stress
- Prendere decisioni

La rispettiva competenza di vita viene dapprima definita, poi viene spiegato come si trasforma con il passare degli anni e come influenza la salute psichica delle persone anziane. Infine, vengono presentati gli interventi per promuovere le competenze di vita nelle persone anziane. Interventi selezionati e meno noti sono presentati in maniera più dettagliata nell'**allegato** dell'opuscolo [«Promuovere le competenze di vita in età avanzata»](#).

Poiché le competenze di vita sono caratteristiche della persona, saranno presentate in particolare le **misure orientate al comportamento**. Le **misure orientate alle condizioni** sono ovviamente altrettanto importanti e saranno anch'esse tematizzate. L'attenzione è rivolta soprattutto agli **interventi di gruppo**, perché rafforzano molte competenze di vita in età avanzata in una maniera particolare e al tempo stesso favoriscono i contatti sociali (Boss 2016). Saranno tuttavia menzionati anche gli **interventi basati su Internet** perché possono raggiungere le persone anziane con mobilità ridotta che vivono in località remote. La competenza delle persone anziane nella gestione dei nuovi media digitali è tra l'altro in costante aumento (Seifert & Schelling 2015). Saranno anche descritte alcune **offerte di consulenza** orientate a persone singole, perché hanno il vantaggio di tenere maggiormente in considerazione le esigenze, le capacità e gli ambienti di vita individuali.

Saranno menzionati alcuni interventi psicoterapeutici: la psicoterapia non serve solo per curare le malattie mentali. Promuove anche competenze, comportamenti, pensieri ed emozioni nelle persone mentalmente sane al fine di rafforzare e mantenere la loro salute psichica. Per molti **interventi psicoterapeutici e psicologici** il documento contiene istruzioni di attuazione (manuali), per le quali vengono forniti riferimenti bibliografici.

Gli interventi contrassegnati con un asterisco * dovrebbero essere condotti da psicologi, perché servono specifiche competenze psicologiche per eseguirli. Gli interventi psicoterapeutici sono contrassegnati da due asterischi ** e devono essere eseguiti da psicoterapeuti che possiedono la formazione richiesta per la rispettiva forma di psicoterapia. Per entrambi i tipi di interventi è consigliata la gestione da parte di esperti di gerontopsicologia che hanno una conoscenza specifica degli interventi dedicati alle persone anziane e l'esperienza necessaria per attuarli. Gli indirizzi dei professionisti con qualifiche riconosciute sono elencati sui seguenti siti web:

- www.gerontologie.ch: Settore specializzato di gerontopsicologia di GERONTOLOGIE.CH (in francese e tedesco)
- www.psychologie.ch: Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi
- <https://sbap.ch>: Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata

Gli interventi tengono conto, nei limiti del possibile, anche dei gruppi di persone anziane particolarmente svantaggiate. Elenco senza pretesa di completezza.

2.1 Capacità di comunicazione

2.1.1 Capacità di comunicazione e salute psichica in età avanzata

Le capacità di comunicazione comprendono la comprensione del linguaggio (processi sensoriali e cognitivi), la produzione del linguaggio scritto e verbale (parlare, leggere, scrivere), nonché la mimica e la gestualità, a cui va aggiunta la capacità di impiegare mezzi e canali di comunicazione elettronici, che nell'era della digitalizzazione diventano sempre più importanti anche con l'età.

Le capacità di comunicazione rimangono generalmente stabili in età avanzata, in quanto sono altamente allenate grazie al fatto che sono state usate per una vita intera. I punti di forza della comunicazione in età avanzata sono un ampio vocabolario e la cosiddetta conoscenza del mondo (conoscenze ed esperienze dell'ambiente e della società).

Le limitazioni delle capacità di comunicazione linguistica in età avanzata si basano principalmente

- sulla perdita delle capacità sensoriali o la perdita dell'udito o della vista legata all'età (cfr. riquadro 1),
- sulla ridotta capacità di impiegare nuovi mezzi e canali di comunicazione,
- sulla perdita di capacità cognitive, p. es. a causa di una diminuzione della velocità di elaborazione delle informazioni o dell'attenzione (Ryan & Kwong See 2004),
- sugli influssi sociali: p. es. stereotipi comportamentali basati sull'età (linguaggio semplificato nel parlare con persone anziane, ecc.; «lingua degli anziani» o «elderspeak», cfr. più avanti) o mancanza di opportunità di comunicare con altre persone.

Riquadro 1: perdite dell'udito e della vista in età avanzata

Perdite significative dell'udito si riscontrano nel 30 % circa delle persone oltre i 65 anni e nel 60 % circa di quelle oltre gli 80 anni, soprattutto sotto forma di sordità legata all'età (presbiacusia). Una significativa perdita della vista si verifica nel 20 % circa delle persone oltre i 65 anni e nel 30 % circa di quelle oltre gli 80 anni, soprattutto a causa delle patologie della retina dovute all'età. Circa il 15 % degli over 80 manifesta un deficit significativo sia della vista che dell'udito (Wahl & Heyl 2015).

Le singole limitazioni sensoriali di solito si possono compensare. Vale tuttavia la pena, per esempio, correre subito ai ripari già con un lieve deficit uditivo, in modo che l'udito e il cervello rimangano stimolati e allenati nella stessa misura nella vita quotidiana. Numerosi centri specializzati offrono consulenza e strumenti a tal fine. In presenza di una o più limitazioni sensoriali contemporaneamente, va considerato il fatto che questa situazione può generare stress psicologico e ritiro sociale (Wahl & Heyl 2015). Da un lato, la **diminuzione della vista e dell'udito** può limitare o rendere impossibile l'uso della tecnologia. Dall'altro, gli ausili, compresi quelli tecnologici, possono ovviare ai deficit visivi e uditivi ed essere anche utilizzati come strumenti di formazione per promuovere la comprensione del linguaggio. In questo modo, le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione possono creare possibilità di compensazione offrendo informazioni che coinvolgono più sensi simultaneamente (vista, udito, tatto). Le nuove tecnologie digitali aprono inoltre un'ampia gamma di possibilità per evitare un isolamento sociale indesiderato. Possono essere utilizzate per mantenere la comunicazione con familiari e altre persone, stabilire nuovi contatti o ottenere informazioni anche in caso di lunghe distanze e di mobilità ridotta. Queste tecnologie (p. es. Internet e smartphone) sono sempre più utilizzate dalla popolazione anziana. Aumenta anche la gamma di corsi di formazione e di progetti intergenerazionali che promuovono l'inclusione digitale (e-inclusion), ossia la partecipazione delle persone anziane alla società dell'informazione (Seifert & Schelling 2015).

Con un **deficit delle funzioni cognitive** nella percezione e nell'elaborazione del linguaggio diventa più difficile per le persone anziane ignorare cose irrilevanti, comprendere testi complessi, distinguere suoni simili o seguire discussioni con rumori di sottofondo. Altri fenomeni che si verificano più frequentemente in età avanzata sono l'aumento della verbosità (un flusso incontrollato di parole non focalizzato) o il fenomeno della «punta della lingua» (una parola «si trova sulla punta della lingua», ma non si riesce a ricordarla) (Abrams & Farrell 2011). Le difficoltà associate al deficit delle funzioni cognitive possono avere un impatto negativo sulle competenze quotidiane e sul benessere soggettivo.

Oltre ai fattori biologici, alcuni **fattori sociali** come le immagini negative della vecchiaia possono influenzare la comunicazione intergenerazionale. Spesso tendiamo a usare la «lingua degli anziani» o «elderspeak», per comunicare con le persone anziane parlando troppo forte o troppo lentamente, semplificando il vocabolario, preferendo una grammatica in stile telegramma, rivolgendoci a loro in modo troppo familiare («Come stiamo oggi?»), con termini che indicano l'età («nonnina») o limitandoci a parlare di cose che pensiamo siano di interesse per loro. Un tale modo di parlare può amplificare i comportamenti stereotipati delle persone anziane (ritiro sociale, chiedere più aiuto del necessario), che a loro volta possono influenzare negativamente le interazioni sociali (p.es. con le persone che le accudiscono) e ridurre l'autostima e l'autonomia (Nussbaum & Coupland 2004).

Le capacità di comunicazione possono anche diminuire perché mancano le occasioni per poterle utilizzare. I contatti e le interazioni sociali creano l'occasione per comunicare e contribuiscono a mantenere queste competenze in età avanzata. Consentono inoltre la partecipazione alla vita sociale e hanno un'influenza particolarmente positiva sul benessere psicologico in età avanzata (Keller-Cohen 2006).

2.1.2 Interventi

Con l'invecchiamento la vista e l'udito tendono a diminuire, per cui è utile offrire a livello comunale misure che aiutino le persone anziane ad adattarsi alle ridotte capacità visive e uditive. In questo contesto sono importanti anche gli interventi che tengono in considerazione i fattori psicosociali, per esempio per aiutare ad affrontare la perdita della vista. Sono utili anche i programmi di attività fisica e per ipovedenti che mettono l'accento sulla qualità della vita e sulle competenze quotidiane (Wahl & Heyl 2015). Altre importanti aree di intervento sono la promozione dell'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nelle persone anziane (e-inclusion) e l'uso di strumenti tecnici (Internet, smartphone, ecc.) per adattarsi alle ridotte capacità di comunicazione e consentire la partecipazione sociale. Si dovrebbe potenziare anche la sensibilizzazione verso una comunicazione priva di linguaggi stereotipati. È inoltre importante promuovere in generale l'accesso alle interazioni sociali perché consentono di allenare le capacità di comunicazione.

Interventi volti ad adattare la comunicazione ai deficit della vista e dell'udito

Consulenze da parte di organizzazioni specializzate:

- Servizi di consulenza sugli ausili visivi e acustici e su strumenti utili nella vita quotidiana: p. es. uso di apparecchi acustici, tecnologia telefonica appropriata e tattiche di ascolto per migliorare la comunicazione con altre persone, il coinvolgimento di familiari, l'uso di apparecchi telefonici con segnale di chiamata ottico e di taglieri dal colore in contrasto con l'alimento da tagliare.
- Le consulenze per ipovedenti includono tutte le misure che servono a sfruttare al massimo il potenziale visivo esistente tra cui misurare il potenziale visivo, registrare le abitudini visive e chiarire le esigenze visive, oltre che fornire una consulenza e una formazione sull'uso di ausili ottici come lenti di ingrandimento o lettori di schermo, nonché una consulenza sull'arredamento e l'illuminazione.
- Consulenza sociale sui diritti e i doveri delle persone con disabilità visive e uditive da parte di organizzazioni specializzate come l'Unione centrale svizzera per il bene dei ciechi (UCBC), la Federazione svizzera dei ciechi e ipovedenti (SBV-FSA) o pro auditio Svizzera (organizzazione di autoaiuto da e per non udenti e ipudenti).

Formazione

- Corsi di potenziamento della comprensione: insegnano a osservare i movimenti delle labbra, includono strategie di ascolto e comunicazione, trattano l'articolazione, la modulazione e l'espressione, espandono il vocabolario, educano alla comprensione della lingua parlata, coinvolgono assistenti/familiari (pro auditio Svizzera).
- Terapia uditiva (anche preventiva): al computer viene allenata la comprensione del linguaggio in situazioni difficili, p. es. la comprensione in una sessione di conversazione vivace, in caso di rumore ambientale elevato o in caso di pronuncia non chiara (terapia dell'udito dell'istituto KOJ).
- *Training psico-educativi: «Neun Themen bei Sehverlust» (Nove argomenti in caso di perdita della vista) per persone anziane ipovedenti (Diesmann & Schacht 2015): informazioni sullo stress psicologico e le malattie che possono verificarsi in caso di perdita della vista, p. es. reazione acuta allo stress, sintomi depressivi o ansia e le rispettive opzioni di trattamento, la promozione della gestione dei conflitti/dell'autogestione.

Altri consigli utili in correlazione alle limitazioni sensoriali

- Programmi di attività fisica adatti a non vedenti e ipovedenti: i programmi di Tai Chi, p. es., favoriscono l'equilibrio, la condizione e lo stato d'animo.
- Corsi di orientamento e mobilità: p. es. camminare con o senza bastone, esercitarsi all'uso dei mezzi pubblici.
- Formazione delle capacità utili alla vita di tutti i giorni: consigli e corsi su attività quotidiane come cucinare, cura del corpo e dei vestiti, comunicazione, attività ricreative come esercitarsi all'uso dei dispositivi di riproduzione per audiolibri, ecc.

Interventi per promuovere l'e-inclusion

- Corsi offerti da Pro Senectute: corsi per l'uso di tablet e cellulari, corsi di e-banking, ecc.
- Computerias: sono luoghi di apprendimento, sostegno e incontro in cui le persone anziane sono incoraggiate a utilizzare attivamente le nuove tecnologie dell'informazione e i social network. In questi corsi si esercitano a provare, imparare e praticare l'uso di hardware e software, Internet e social network. Gli utenti si aiutano reciprocamente (www.computerias.ch).
- CompisTernli: Bambini e adolescenti sostengono le persone anziane ad avvicinarsi al mondo digitale (www.compisternli.ch).

Interventi per ridurre l'uso della «lingua degli anziani» («elderspeak»)

- *Formazione CHAT: il Changing Talk Training è un corso di sensibilizzazione per il personale di assistenza attraverso cambiamenti di prospettive, sequenze audio, riflessioni sui propri stereotipi legati alla vecchiaia e sui propri comportamenti non verbali (Williams 2017).

Interventi per promuovere la comunicazione

- Pranzi in comune (Table d'hôtes, Tavolata), pomeriggi di gioco, punti di ritrovo per anziani.
- Catene telefoniche: consentono la comunicazione e i contatti sociali e si basano sul passaparola telefonico dei tempi della scuola. Una volta alla settimana le partecipanti e i partecipanti a una catena telefonica si chiamano a turno. Si informano sul benessere reciproco e si scambiano notizie (catene telefoniche Pro Senectute).

2.2 Regolazione delle emozioni

2.2.1 Regolazione delle emozioni e salute psichica in età avanzata

Per regolazione delle emozioni s'intendono le strategie con cui le persone controllano il proprio vissuto influenzando le sensazioni che provano, il momento e il modo in cui le provano e con quale intensità (Gross 1999). Si distingue tra due diversi tipi di strategie di regolazione delle emozioni: anticipatorie e reattive (cfr. riquadro 2). I deficit della regolazione delle emozioni svolgono un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento della maggior parte dei disturbi mentali (Berking 2015).

Riquadro 2: strategie di regolazione delle emozioni (Gross 1999)

Le strategie **anticipatorie** servono a influenzare la manifestazione e l'intensità delle emozioni prima che possano svilupparsi completamente. Le strategie **reattive** mirano a influenzare le emozioni già sperimentate. Esempi:

Strategie anticipatorie

- Esporsi consapevolmente a determinate situazioni o evitarle deliberatamente (p. es. guardare una commedia in TV per vivere un momento di allegria, o non guardare il telegiornale perché genera angoscia).
- Orientare il corso di una situazione in modo mirato (p. es. comportandosi in modo tale da placare un conflitto).
- Rivolgere l'attenzione consapevolmente su alcuni aspetti di una situazione (p. es. prestando attenzione in modo consapevole ai segni di approvazione del proprio interlocutore).
- Cambiare l'interpretazione di determinate situazioni o di determinati aspetti di una situazione (p. es.: «Un conoscente non mi ha salutato perché aveva fretta, non perché ha qualcosa contro di me»).

Strategie reattive

- Amplificare o attenuare determinate reazioni fisiologiche (p. es. variazioni della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna, della frequenza respiratoria e della tensione muscolare) o reazioni comportamentali in funzione delle emozioni (p. es. rilassandosi consapevolmente o controllando consapevolmente le espressioni facciali e i gesti).

Dall'inizio dell'età adulta fino alla terza età l'esperienza di sensazioni positive aumenta rispetto a quelle negative. Anche le fluttuazioni tra sentimenti positivi e negativi sono meno intense e meno frequenti. Nella quarta età si osserva nuovamente una leggera tendenza verso sentimenti meno positivi e più negativi, benché anche a questa età si provino in media ancora sentimenti più positivi che negativi che tra i 20 e i 30 anni (Charles 2010; Charles & Carstensen 2009).

L'aumento dell'esperienza emotiva positiva dalla giovinezza alla terza età è dovuta all'applicazione di strategie anticipatorie per la regolazione delle emozioni che aumenta con il passare degli anni. Le persone anziane tendono quindi a evitare nuove situazioni o a sottrarsi dalle situazioni stressanti sul piano emotivo, e si concentrano su poche relazioni, ma più strette e positive (Carstensen 2006; Charles 2010; Charles & Carstensen 2009). Allo stesso modo, tendono a influenzare le situazioni in modo tale da innescare sentimenti meno negativi. Per esempio, in situazioni difficili le persone anziane evitano più spesso un conflitto rispetto ai giovani. Di conseguenza sono emotivamente meno stressate dei giovani (Charles et al. 2009). Inoltre, le persone anziane prestano maggiore attenzione agli aspetti positivi di una vicenda piuttosto che a quelli negativi e tendono a ricordarli meglio. Per i giovani è vero il contrario: prestano maggiore attenzione agli aspetti negativi rispetto a quelli positivi e ricordano meglio le informazioni negative, perché sul piano evolutivo gli stimoli negativi hanno un contenuto informativo più elevato rispetto a quelli positivi. Questi cambiamenti dell'attenzione e della memoria delle persone anziane sono noti con il nome di **effetto buonumore** (Carstensen 2006). Ripensando a esperienze o anche a comportamenti del passato di familiari e amici importanti, le persone anziane danno inoltre spesso una valutazione più positiva rispetto a quella fornita oggettivamente dagli specialisti (Charles 2010).

Riquadro 3: teoria della selettività socioemotiva (SST, Carstensen 2006)

Il maggior uso di strategie anticipatorie di regolazione delle emozioni da parte delle persone anziane è spiegato dalla SST con cambiamenti motivazionali legati alla **percezione soggettiva del tempo che hanno ancora a disposizione prima di morire**. Se si pensa che questo tempo duri ancora a lungo, si preferiscono attività che portino benefici duraturi al proprio benessere psichico, anche se possono essere accompagnate da emozioni negative. Si tratta di attività finalizzate a raccogliere informazioni, acquisire competenze, sperimentare il nuovo e sviluppare la propria rete sociale. Se invece si ha l'impressione che ci resti ancora poco tempo da vivere, si tende a preferire attività che consentano di provare subito sensazioni positive, applicando quindi le strategie di regolazione delle emozioni. La SST è sostenuta dal fatto che si possono riscontrare cambiamenti motivazionali ed emotivi simili a quelli delle persone anziane anche nei giovani che hanno poco tempo da vivere. È stato inoltre possibile eliminare le differenze di età nell'orientamento dell'attenzione e nella memoria con la manipolazione sperimentale della percezione soggettiva del tempo rimanente prima di morire.

Il calo dell'esperienza emotiva positiva nella quarta età si spiega con i cambiamenti nelle strategie di regolazione delle emozioni (Charles 2010). Le strategie **reattive** di regolazione delle emozioni spesso funzionano meno bene in età avanzata, perché le reazioni fisiologiche associate alle sensazioni negative si attenuano più lentamente rispetto a quando si è più giovani. Inoltre, di norma le persone molto anziane non riescono più ad applicare strategie **anticipatorie** come orientare l'attenzione o cambiare la valutazione di una situazione. La ragione è dovuta alla perdita di determinate abilità cognitive superiori nella quarta età. Inoltre, sperimentano sempre più spesso vicende emotivamente stressanti che durano più a lungo e che non possono essere evitate. Per esempio la perdita di persone care, l'assistenza fornita a familiari bisognosi di aiuto, fragilità o malattie croniche.

I seguenti interventi sono quindi particolarmente consigliati per le persone anziane:

- interventi che consentono loro di ridurre più rapidamente le reazioni fisiologiche ai sentimenti negativi;
- interventi che li aiutano a far fronte a situazioni emotivamente stressanti specifiche della vecchiaia e di lunga durata.

Quest'ultimi comprendono interventi che trasmettono e allenano le strategie volte ad evocare in modo mirato sensazioni positive, nonché interventi che sostengono le persone anziane nel processo del lutto e consentono loro di ridurre le paure causate dalla loro fragilità. Gli interventi per rafforzare il benessere mentale delle persone che assistono congiunti anziani sono descritti in dettaglio in Kessler e Boss (2019).

Non si dovrebbe patologizzare il lutto, anche se tristezza, rabbia, sensi di colpa, intorpidimento affettivo (psychic numbing), rapido affaticamento, disturbi del sonno o ritiro sociale possono durare a lungo. Solo un numero ridotto di persone in lutto sviluppa un cosiddetto disturbo da lutto persistente e complicato che dovrebbe essere trattato con una psicoterapia (cfr. riquadro 4). Gli interventi psicoterapeutici si sono dimostrati inefficaci per le persone in un normale processo di lutto. Su alcuni di loro hanno persino avuto un impatto negativo. Si sono dimostrati utili invece i gruppi di autoaiuto (Wagner 2013).

Riquadro 4: un disturbo da lutto persistente o complicato è caratterizzato dal fatto che le persone colpite soffrono a lungo di un grave dolore da separazione, evitano luoghi o persone che ricordano la persona deceduta e hanno difficoltà a continuare la propria vita senza la persona deceduta (Flüeler & Forstmeier 2013). In questi casi possono essere d'aiuto metodi specifici di psicoterapia cognitivo-comportamentale (Wagner 2013), anche in versione online (Wagner et al. 2006; ancora da valutare: Brodbeck et al. 2017: www.online-therapy.ch/livia).

La fragilità innesca spesso nelle persone anziane la paura di cadere o il timore di essere vittima di un reato. **La paura di cadere** spesso nasce dalla sottovalutazione delle proprie prestazioni fisiche e dalla sopravvalutazione del rischio di cadere o della gravità delle conseguenze di una caduta. Questo comporta spesso una riduzione dell'attività fisica che può avere come conseguenza la perdita della forza muscolare e la riduzione del senso dell'equilibrio, il che a loro volta fanno aumentare il rischio effettivo di cadere. Gli interventi che diminuiscono gli errori di giudizio summenzionati e stimolano l'attività fisica si sono dimostrati efficaci nel ridurre la paura di cadere e anche nel potenziare l'equilibrio (Liu et al. 2018). Anche il **timore** delle persone anziane **di essere vittima di un reato** è ampiamente infondato. Infatti, le persone anziane hanno meno probabilità di cadere vittime di reati come rapina, aggressione, scippo o furto con scasso. Fanno eccezione i reati di frode rivolti direttamente alle persone anziane, come la cosiddetta «truffa dei falsi nipoti». L'informazione, la consulenza e l'esercitazione di misure precauzionali possono aiutare le persone ad avere meno paura della criminalità e sentirsi più sicuri (Greve & Gørgen 2012).

Inoltre, gli interventi dedicati alla regolazione delle emozioni dovrebbero incoraggiare le persone anziane a sopportare e accettare meglio le emozioni negative. Anche un'eccessiva attenzione alle esperienze e alle informazioni positive può causare problemi, tra cui ridurre enormemente il raggio d'azione della vita quotidiana con conseguente limitazione del mantenimento e riapprendimento delle capacità cognitive, sociali e fisiche; evitare le conversazioni conflittuali necessarie; cambiare stile di vita o ambiente di vita (p. es. arredare l'appartamento in conformità con l'età, trasferirsi in una casa di riposo) ed essere esposti alle manipolazioni emotive o tentativi di frode (p. es. con la truffa dei falsi nipoti).

2.2.2 Interventi

Interventi per ridurre le reazioni emotive fisiologiche: tecniche di rilassamento

- Rilassamento del respiro (p. es. Höfler 2015)
- Rilassamento muscolare progressivo (p. es. Hofmann 2012)
- Training autogeno (specifico per persone anziane: Hirsch & Hespos 2000)

Interventi per evocare sensazioni positive in modo mirato

- **Corso per allenare il piacere (Koppenhöfer 2004): aumentare l'esperienza del piacere esercitandosi a percepirlo in modo consapevole e concentrato attraverso tutti i sensi e ricercando in modo mirato stimoli gradevoli nel quotidiano
- **Tecniche immaginative: corso per imparare a evocare immagini e ricordi interiori piacevoli (specifico per persone anziane: Erlanger 1997; Reddemann et al. 2013)
- *Interventi di psicologia positiva (Seligman 2002): p. es. conoscere i propri punti di forza caratteriali e impiegarli nella vita di tutti i giorni, annotare la sera tre esperienze divertenti, scrivere una lettera di ringraziamento a persone importanti (Esch 2017), corso online gratuito efficace per persone anziane (Proyer et al. 2014): www.staerken-training.ch
- Corsi per allenare il senso dell'umorismo: programma di allenamento «The 7 Humor Habits»* (McGhee 2016; manuale in tedesco: Falkenberg et al. 2013; formatori in Svizzera: www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/sob/perspsy/trainings/humor-training; efficacia ben dimostrata da studi, anche per persone anziane), gruppi di umorismo per residenti di case di riposo (Hänni 2016) o persone anziane con problemi psichici** (Hirsch 2016; Hirsch et al. 2010; Hirsch & Kranzhoff 2004)

Interventi per aiutare le persone anziane nel loro processo del lutto

- Gruppi di autoaiuto: gruppi di autoaiuto con moderatori professionisti per persone anziane in lutto, in generale e, in particolare, per nonni e nonne in lutto (Schroeter-Rupieper 2013); gruppi in Svizzera: www.selbsthilfeschweiz.ch, tavola rotonda sul lutto con moderatori professionisti presso il Friedhofsforum del cimitero di Zurigo: www.stadt-zuerich.ch/prd/index/volkkerungsamt/Friedhof-

Forum/veranstaltungen/trauer-stammtisch, caffè del lutto con moderatori professionisti presso l'Ospedale universitario di Zurigo: www.dermatologie.usz.ch/unser-angebot/Documents/USZ-Dermatologie_Trauercafe.pdf

Interventi per ridurre le paure legate alla fragilità

- **Paura di cadere: cambiare le convinzioni che provocano ansia e stimolare a fare esercizi fisici (Liu et al. 2018)
- Paura di essere vittima di un reato: informazione, consulenza e messa in pratica di misure precauzionali; p. es. corso gratuito della Polizia municipale di Zurigo per adulti over 60 sulle misure di protezione contro lo scippo e la truffa, furto durante il prelievo di contanti al bancomat e frodi su Internet: www.parcours60plus.ch

Interventi che aiutano sopportare e accettare meglio le emozioni negative

- Programma di autocompassione consapevole (MSC) (Neff & Germer 2018) – promuovere i tre elementi dell'autocompassione: benevolenza verso se stessi in caso di errori e fallimenti oltre che in situazioni difficili; umanità (riconoscere che nessuno è perfetto e che difficoltà e sofferenze fanno parte della vita) e attenta consapevolezza (percepire sensazioni e pensieri negativi senza giudicarli, sopprimerli o evitarli immediatamente); corso condotto da formatori appositamente istruiti; offerte in Svizzera: www.mindfulselfcompassion.ch, www.ibp-institut.ch/angebot-details/achtsames-selbstmitgefuehl, www.centerformindfulness.ch/kursangebote
- **Allenamento delle competenze emotive (Berking 2015): promozione di 7 strategie di regolazione delle emozioni: 1) percepire, riconoscere e menzionare sensazioni senza giudicarle, 2) accettare e tollerare sensazioni spiacevoli, 3) essere capaci di provare interiormente compassione e sostegno verso se stessi in situazioni di stress emotivo, ma anche di ridurre le reazioni emotive fisiologiche attraverso le tecniche di 4) rilassamento del respiro e 5) rilassamento muscolare progressivo, 6) analizzare attivamente le cause dell'attuale esperienza emotiva e, su questa base, 7) modificare attivamente i fattori che evocano o mantengono in vita le emozioni; elenco di formatori istruiti: www.tekonline.info

2.3 Autoriflessione

2.3.1 Autoriflessione e salute psichica in età avanzata

Con la competenza di vita «autoriflessione» s'intende la capacità di conoscere e amare sé stessi (WHO 1997). Le teorie dello sviluppo dell'autoidentità nell'intero ciclo di vita (Erikson 1998; Tornstam 1989; cfr. riquadro 5) affermano che questa competenza è particolarmente importante nella vecchiaia, perché con il pensionamento o la vedovanza vengono a mancare i ruoli che servono a formare l'identità. Inoltre, il calo delle capacità cognitive e fisiche e la prossimità della propria morte possono scalfire l'immagine che si ha di sé stessi. A causa di questi sviluppi le persone anziane sono spesso particolarmente motivate a riflettere su se stessi. Questo maggiore impegno nell'autoriflessione porta infine ad aumentare le competenze in questa capacità.

Il benessere psicologico può essere compromesso fino a trasformarsi in disperazione se le proprie convinzioni e i propri atteggiamenti o quelli di familiari e amici ostacolano il maggior impegno nell'autoriflessione. In questo contesto rivestono un ruolo importante le immagini della vecchiaia che suggeriscono spesso l'idea unilaterale che il processo di invecchiamento fisico e la morte possano essere evitati attraverso un'elevata partecipazione delle persone anziane ad attività sociali, sportive o intellettuali (Höpflinger 2002; Kruse 2014). In questo modo si può evitare di confrontarsi psicologicamente con la crescente vulnerabilità del corpo e la morte che si avvicina. Secondo Erikson (1998) e Tornstam (1989), tuttavia, è questo approccio a stimolare una maggiore autoriflessione nelle persone anziane. Inoltre, affrontare la storia della propria vita può essere interpretato dagli altri come un eccessivo egocentrismo e un orientamento verso il passato. Anche il ritiro sociale associato ad una maggiore autoriflessione può essere valutato negativamente. Gli interventi che promuovono la riflessione sulla storia della propria vita, gli aspetti piuttosto dolorosi legati all'età e le immagini personali della vecchiaia sono quindi particolarmente importanti per le persone anziane.

Riquadro 5: teorie sull'autoriflessione in età avanzata

Erikson (1998): teoria dello sviluppo dell'auto-identità nell'intero ciclo di vita

Secondo Erikson, lo sviluppo dell'identità nell'intero ciclo di vita è caratterizzato da otto crisi psicosociali che si manifestano in determinate età. Il grado di soddisfazione per la propria vita a una determinata età dipende dal modo in cui si è riusciti a superare le crisi nelle fasi precedenti. Per le persone anziane Erikson afferma il postulato della crisi «Integrità dell'io vs. disperazione» che può essere superata attraverso l'autoriflessione, nel senso di affrontare la storia della propria vita, accettare la vita vissuta e non vissuta, prendere coscienza della finitezza dell'esistenza e sviluppare il senso di continuità e di appartenenza.

Tornstam (1989): teoria della gerotrascendenza

Tornstam parte dal principio che una maggiore autoriflessione nella persona anziana non si limiti solo alla **percezione del proprio sé** (occuparsi della storia della propria vita e delle proprie caratteristiche personali), ma sia anche orientata verso una dimensione cosmica e relazionale. Sul **piano cosmico** la persona anziana tende a una maggiore integrazione tra passato, presente e futuro (p. es. mettendo in relazione la propria vita con la vita delle generazioni precedenti e successive). Inoltre, passa da una visione del mondo puramente materialistica e razionalistica a un confronto maggiore delle dimensioni mistiche e spirituali della vita, il che può ridurre la paura della morte. Sul **piano relazionale** la persona riflette maggiormente su come mettere in armonia valori, caratteristiche e preferenze personali con i propri ruoli sociali, le proprie relazioni e le norme sociali in generale. Al tempo stesso tende ad abbandonare le relazioni superficiali e a intensificare quelle più significative. Questo porta a un maggior ritiro dalla vita sociale, ma anche a giudizi più maturi su questioni di vita sociale e a un comportamento meno conforme alle norme e più conforme a se stessi.

2.3.2 Interventi

Interventi di terapia della reminiscenza (Maercker 2013, efficacia delle prime tre forme molto ben documentata, cfr. metanalisi Pinquart & Forstmeier 2012 e 2013)

- Reminiscenza: raccogliere in gruppo ricordi su argomenti specifici come feste, il primo giorno di scuola o le stagioni, p. es. nei «caffè narrativi»: www.netzwerk-erzählcafé.ch
- Lavoro biografico: discutere in modo approfondito e mirato tutte le fasi della vita dall'infanzia a oggi
- Terapia della reminiscenza: discutere in modo approfondito e mirato tutte le fasi della vita dall'infanzia a oggi e promuovere la riflessione mirata sulla propria biografia (p. es. domande sulle emozioni, influsso delle condizioni di vita sull'autosviluppo e registrazione mirata di eventi positivi e negativi), p. es. **terapia di gruppo «Auf der Suche nach Sinn» (Alla ricerca di un significato): versioni per anziani che vivono da soli e per residenti di case di riposo (Pot & van Asch 2013); terapia individuale centrata sulla dignità alla fine della vita (riflessione sulla storia della propria vita con la creazione di un testamento comprendente la propria biografia e i propri desideri, le speranze e i consigli per il futuro dei familiari [Spang & Züger 2017; manuale: Chochinov 2017]; offerte in Svizzera: www.andreasweberstiftung.ch/wir-kungsfelder-film, www.kssg.ch/palliativzentrum/leistungsangebot/wuerdezentrierte-therapie, www.palliativzentrum.insel.ch/fileadmin/zentrum_palliativ/pdf/Dignity_Therapy.pdf)
- Interviste a testimoni d'epoca: piattaforma online dell'Istituto di antropologia sociale e scienze culturali empiriche (ISEK) dell'Università di Zurigo per testimonianze d'epoca scritte con premiazione annuale per le relazioni particolarmente riuscite (www.meet-my-life.com); si potrebbe incorporare in progetti futuri sulla storia del comune o in occasione di mostre museali; p. es. progetti sulle esperienze di vita di gruppi specifici di anziani (p. es. anziani con background migratorio o di orientamento omosessuale)

Interventi per riflettere sugli aspetti dolorosi della vecchiaia

- Integrazione di esperienze minacciose nell'immagine di sé: **Psicoterapia centrata sulla persona secondo Carl R. Rogers (specificata per persone anziane: Elfner 2008)
- Riflessione sulle questioni di senso: **Logoterapia e analisi esistenziale secondo Viktor Frankl (1987)
- Affrontare questioni esistenziali e centrali dell'umanità come la sofferenza e la morte: **Psicoterapia esistenziale secondo Irvin Yalom (1989)
- Affrontare ed eventualmente modificare i propri valori, le attitudini verso se stessi e le proprie abitudini personali, nonché accettare esperienze dolorose e situazioni di vita immutabili: **terapia di accettazione e impegno (ACT, Hayes et al. 2014), per l'applicazione nelle persone anziane cfr. Wilz et al. (2017); offerte in Svizzera: gruppo per adulti con dolori cronici a Winterthur (www.zumbeherztenleben.ch)
- Tavole rotonde sulla vita e la morte: Cafés mortels (www.sterben.ch/index.php?id=373)

Interventi per favorire la riflessione sulle proprie immagini della vecchiaia

- Gruppo di discussione aperto sulle teorie filosofiche dell'invecchiamento: Café Dialogue del Dipartimento della salute del Cantone di Basilea-Città: www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/psychische-gesundheit/seniorinnen-senioren/cafe-dialogue.html
- Trattamento in chiave artistica delle immagini personali della vecchiaia e di quelle dettate dalla società: Progetto in Ticino «TeatroBenessere-Anziani»; Tanztheater Dritter Frühling: www.dritter-fruehling.ch

2.4 Competenze sociali

2.4.1 Competenze sociali e salute psichica in età avanzata

Le competenze sociali comprendono la capacità di entrare in contatto con i propri simili e plasmare le relazioni interpersonali in modo che coincidano con i propri bisogni e obiettivi (Hinsch & Pentecost 2007). Avere buone relazioni sociali è fondamentale per l'inclusione sociale in ogni fase della vita, rappresenta un'importante fonte di sostegno sociale e un fattore essenziale per la salute psichica (Bachmann 2018). Maggiori informazioni sul sostegno sociale e la partecipazione sociale sono disponibili nell'opuscolo [Risorse sociali](#).

Con il passare degli anni le persone diventano sempre più selettive nello scegliere le persone con cui desiderano essere in contatto. Per il benessere delle persone anziane è decisiva la qualità piuttosto che la quantità di relazioni interpersonali (cfr. riquadro 3 e la teoria della gerotrascendenza di Tornstam 1989). Questo può spiegare perché la soddisfazione per le proprie relazioni sociali aumenta con l'età e perché le persone anziane raccontano di provare meno interazioni negative rispetto ai giovani: anche perché tendono a evitare i conflitti e a ignorare i comportamenti inappropriati dei propri interlocutori, a ricordarsene di meno o a considerarli meno scortesie di quanto lo siano veramente (Charles & Carstensen 2009). D'altra parte, può anche significare che i loro bisogni vengano trascurati nelle relazioni strette, che siano meno capaci di chiedere aiuto agli altri o di far valere i propri diritti nella vita quotidiana.

Le relazioni sociali in età avanzata si concentrano maggiormente sulla famiglia nucleare. I contatti personali al di fuori della famiglia diventano meno frequenti. L'isolamento sociale, definito come l'assenza di relazioni sociali, spesso non è dovuto all'età in sé, ma a lacune sociali preesistenti (p. es. nel caso di persone sole e senza figli). Queste lacune possono anche sorgere nelle persone anziane solo quando si adattano a nuovi ruoli, p. es. in seguito al pensionamento o a una vedovanza (Höpflinger 2002). La capacità di gestire bene questo passaggio di ruoli e costruire nuove relazioni diventa ancora più importante in età avanzata quando parenti stretti o persone di fiducia vengono a mancare o muoiono.

La gestione costruttiva delle ferite o delle offese interpersonali è fondamentale per mantenere le relazioni sociali. Rispetto ai giovani le persone anziane sono generalmente più disposte a perdonare gli altri. Questa tendenza è legata ai cambiamenti motivazionali, che a loro volta possono essere spiegati con la consapevolezza di avere meno tempo da vivere (cfr. riquadro 3) e la maggiore riflessione sui propri ruoli sociali, sulle relazioni e sulle norme sociali (cfr. teoria della gerotrascendenza di Tornstam 1989). Tuttavia, le persone molto anziane ripensano spesso al passato, così i «vecchi fardelli» di ferite subite molto tempo fa tornano a essere rilevanti e possono compromettere il benessere emotivo. Tra questi rientrano le esperienze di discriminazione che molte persone anziane con background migratorio o i membri della comunità LGBT¹ hanno spesso subito nel corso della loro vita. Ed è proprio per loro che la capacità di affrontare e perdonare le offese del passato è una competenza sociale particolarmente importante in età avanzata (Martin et al. 2015).

Le persone anziane sentono un gran bisogno di prendersi cura delle generazioni successive (Höpflinger 2002; Kruse 2014). Questa esigenza si chiama **generatività**. Nella teoria di Erikson (1998) sullo sviluppo dell'identità nell'intero ciclo di vita (cfr. riquadro 5), il termine generatività (in opposizione a stagnazione) sta per crisi dell'età adulta media. Successivamente, con l'aumento della speranza di vita, è stato esteso all'età adulta avanzata (Höpflinger 2002).

La generatività comprende sia il trasferimento e la diffusione di conoscenze, esperienze e competenze alle giovani generazioni, sia le attività con cui le persone anziane forniscono un contributo alla comunità (p. es., mentoring, assistenza ed educazione, impegno civico). L'esercizio della generatività non richiede necessariamente contatti con i giovani, ma può essere praticato anche attraverso libri, memorie, immagini o altri prodotti creativi (Höpflinger 2002). Alcuni studi dimostrano che vivere la generatività serve a contrastare le sensazioni negative e l'umore depresso, contribuisce a dare un senso alla vita e ha un'influenza positiva sul benessere psicologico e sull'invecchiamento (p. es. Gruenewald et al. 2016).

¹ LGBT sta per lesbiche, gay, bisessuali e transgender.

Le seguenti competenze sociali devono quindi essere promosse in particolare nelle persone anziane: le capacità di

- a) dar voce alle proprie esigenze nella cerchia di familiari e amici, chiedere aiuto agli altri e far valere i propri diritti,
- b) gestire i cambiamenti di ruolo in arrivo con la vecchiaia e instaurare nuove relazioni sociali,
- c) perdonare le offese del passato,
- d) sperimentare la generatività e instaurare e curare i rapporti con i giovani.

2.4.2 Interventi

Interventi per difendere i propri interessi nelle relazioni esistenti, gestire i cambiamenti di ruolo e costruire nuove relazioni

- ******Corso sulle competenze sociali: attuato con successo con le persone anziane (Werheid et al. 2011). Promozione di un comportamento sicuro di sé nelle situazioni sociali con l'aiuto della psicoeducazione, l'autoriflessione e i giochi di ruolo: esprimere i propri bisogni nei confronti di familiari e amici, stabilire un primo contatto con persone estranee (p. es. per chiedere loro un favore) e far valere i propri diritti. Queste sequenze di esercizi potrebbero anche essere incluse nei corsi di preparazione al pensionamento.
- ******Terapia interpersonale (TIP): specificamente sviluppata per le persone anziane, incentrata sulla gestione dei cambiamenti di ruolo e dei conflitti sociali tipici nell'età avanzata (Hinrichsen 2008)

Interventi per perdonare le offese

- *****Intervento di gruppo per perdonare le offese, sviluppato per le persone anziane con le quali si è dimostrato efficace (Martin et al. 2015): affrontare le offese subite, apprendere strategie di coping per affrontare le conseguenze emotive e sociali delle offese

Interventi per promuovere la generatività e le relazioni intergenerazionali

- Generazioni in classe (Pro Senectute): le persone anziane fungono da testimoni di epoche passate fornendo informazioni o sostenendo gli insegnanti negli asili o nelle scuole
- Nonni in prestito: le persone anziane assumono i compiti tipici dei nonni per bambini con cui non hanno rapporti di parentela; p. es. «Compagna»
- Programma di mentoring «MUNTERwegs»: bambini e adolescenti ricevono impulsi per un'organizzazione del tempo libero stimolante e favorevole alla salute attraverso attività congiunte con mentore in età pensionabile; www.munterwegs.eu
- Progetti comunali che combinano attività per i giovani e per le persone anziane mettendo così in contatto i due gruppi: p. es. coinvolgendo le persone anziane nelle lezioni di catechismo per la prima comunione o la cresima; corsi di telefonia mobile per persone anziane da parte di scolaresche
- Progetto «Brücke der Erfahrungen» (Ponte di esperienze): progetto gestito da professionisti per lo scambio tra giovani svizzeri e immigrati (12-22 anni) e persone anziane svizzere e immigrate (over 60) su migrazione, integrazione e razzismo; www.brücke-der-erfahrungen.ch
- Forme abitative intergenerazionali: case plurigenerazionali, «Wohnen für Hilfe» (abitare per aiutare: studenti vivono gratuitamente presso persone anziane e le aiutano nelle faccende domestiche (Pro Senectute Cantone di Zurigo)
- Promozione di progetti intergenerazionali per persone della comunità LGBT; www.queeraltern.ch
- Reti di banche del tempo: scambio di servizi tra persone di diverse età, p. es. «Kiss» (www.kiss-zeit.ch), «Tauscheria» (www.tauscheria.ch)

Una buona selezione di misure a sostegno delle competenze sociali è disponibile anche nell'opuscolo [Risorse sociali](#), che concentra l'attenzione sulle offerte che promuovono il sostegno sociale.

2.5 Gestione dello stress

2.5.1 Gestione dello stress e salute psichica in età avanzata

Lo stress sorge quando una persona reputa che una situazione sia dannosa, potenzialmente pericolosa o impegnativa per soddisfare importanti esigenze, obiettivi o aspettative personali e stima che le proprie risorse siano insufficienti per evitare il danno causato o previsto o per superare una sfida (Lazarus 1966). Lo stress provoca molti sintomi a livello emotivo, mentale, fisico e comportamentale (cfr. riquadro 6). Lo stress intenso e soprattutto quello di lunga durata o che ricorre frequentemente può portare a stati di esaurimento in tutti i livelli dei sintomi menzionati e aumenta il rischio di insorgenza di svariate malattie mentali e fisiche (Kaluza 2005).

Riquadro 6: reazioni allo stress (Kaluza 2005)

Reazioni emotive

Ansia, rabbia, impotenza, vergogna

Reazioni cognitive

Autorimproveri, ruminazione mentale, vuoto mentale (blackout), blocchi mentali

Reazioni fisiche

Attivazione fisiologica vegetativa (tra cui battito cardiaco accelerato, respirazione accelerata, aumento del tono muscolare), attivazione neuro-endocrina (tra cui attivazione e irrorazione sanguigna nel cervello, aumento della secrezione dell'ormone cortisolo, apporto di zuccheri e grassi nel sangue) e attivazione immunologica (tra cui aumento delle cellule killer nel sangue)

Reazioni comportamentali

Comportamento frettoloso e impaziente (p. es. divorare il cibo, non fare pause, parlare rapidamente), lavorare in modo non coordinato (p. es. fare più cose contemporaneamente; mancanza di pianificazione, visione d'insieme e ordine; perdere, spostare o dimenticare le cose), conflittualità con gli altri (p. es. agitarsi in fretta e litigare per piccole cose, rimproverare subito altre persone, ritirarsi), comportamento «inebriante» (p. es. mangiare di più e senza controllo, consumo di tabacco, alcol, assunzione di antidolorifici, sedativi o stimolanti)

Fondamentalmente, si distinguono tre tipi di gestione dello stress: gestione dello stress a livello strumentale, cognitivo e palliativo-rigenerativo (cfr. riquadro 7).

Riquadro 7: tipi di gestione dello stress (Kaluza 2005)

Strumentale

Riduzione delle situazioni stressanti

Cognitivo

Cambiamento dei motivi, degli obiettivi, delle aspettative personali oltre che delle valutazioni della situazione e delle risorse, che fanno aumentare lo stress: dagli schemi concreti in situazioni specifiche fino agli schemi mentali ricorrenti

Palliativo-rigenerativo

Attenuazione delle reazioni di stress, in particolare quelle emotive e quelle fisiche: misure per la riduzione delle reazioni allo stress a breve termine (palliative) e per il rilassamento e il recupero emotivo e fisico a lungo termine (rigenerative)

Per quanto riguarda i cambiamenti legati all'età nell'insorgere di situazioni potenzialmente stressanti, la ricerca si è finora limitata principalmente alle seguenti situazioni: sollecitazioni quotidiane, eventi critici della vita e traumi (cfr. riquadro 8). Si presume che differiscano per la loro intensità di stress. Qui sono elencate in ordine crescente di intensità.

Riquadro 8: situazioni potenzialmente stressanti

Sollecitazioni quotidiane

Sollecitazioni che sorgono nella normale vita quotidiana (Kaluza 2005), per esempio compiti troppo numerosi o sgradevoli, litigi o tensioni con membri della famiglia o vicini di casa, interruzione di attività, ingorghi stradali, rumore, sovraccarico di informazioni o occupare la mente con eventi passati negativi o possibili eventi futuri negativi

Eventi critici della vita

Eventi tipici che si manifestano nel corso della vita e che hanno gravi ripercussioni nella vita quotidiana (Kaluza 2005), per esempio morte di persone care, prendersi cura di familiari, trasloco, cambiare posto di lavoro, pensionamento, nascita di un figlio, matrimonio, separazione dal o dalla partner

Traumi

Eventi che espongono o minacciano di esporre la persona direttamente o indirettamente alla morte, a ferite gravi o violenze sessuali (Falkai & Wittchen 2015) come guerre, calamità naturali, tortura, stupro, presa in ostaggio, incidenti stradali

La frequenza delle sollecitazioni quotidiane diminuisce dall'inizio dell'età adulta all'età adulta avanzata, il che è abbastanza sorprendente considerando il calo di performance cognitiva e fisica nelle persone anziane. Aumenta invece con il passare degli anni la percentuale di stress quotidiano causato da problemi di salute. Il calo di altre sollecitazioni quotidiane in questa fase della vita può essere spiegato dal fatto che vengono a mancare molti impegni sul piano professionale e sociale. Grazie alle esperienze maturate, le persone anziane riescono più facilmente, rispetto ai giovani, a trovare soluzioni efficaci per risolvere i problemi di tutti i giorni. È anche più probabile che cerchino aiuto da professionisti (p. es. da

artigiani per i lavori di riparazione) o familiari (soprattutto coniugi, ma anche figli adulti) invece di risolvere i problemi da soli come farebbero i giovani adulti (Aldwin 2011). Anche gli eventi critici della vita si verificano più frequentemente nella giovane età e diminuiscono continuamente fino all'età adulta avanzata. Tra gli eventi critici della vita che colpiscono le persone anziane vi sono tuttavia sempre più le proprie malattie e i casi di malattia o decesso di familiari e amici. La frequenza dei traumi vissuti non dipende invece dall'età ma dalle caratteristiche sociali e naturali dell'ambiente personale circostante e dell'epoca in cui si vive. Le **misure strumentali di gestione dello stress** per le persone anziane dovrebbero quindi mirare a gestire situazioni di stress che si manifestano con maggior frequenza in età avanzata, come la morte di persone coetanee, le proprie malattie o le sollecitazioni quotidiane legate ai problemi di salute. Gli interventi dovrebbero inoltre incoraggiare le persone anziane a chiedere aiuto agli altri.

La **gestione dello stress a livello cognitivo** sembra essere un punto di forza delle persone anziane. Come descritto nel capitolo sulla regolazione delle emozioni, preferiscono le attività che consentono di provare emozioni positive a breve termine, indirizzano la propria percezione sugli aspetti positivi di una situazione, se ne ricordano più spesso e valutano le esperienze o il comportamento degli altri in modo più positivo di quanto lo siano realmente. Al tempo stesso si osserva nell'età adulta avanzata un calo della gestione assimilativa dello stress (adattare le condizioni di una situazione ai propri obiettivi) e un aumento della gestione accomodante dello stress (adattare i propri obiettivi alle condizioni di una situazione) (Brandtstädter & Renner 1990; Brandtstädter et al. 1993). Il modello dell'ottimizzazione selettiva con compensazione (modello SOC, Baltes & Baltes 1990) descrive come le persone anziane, malgrado il crescente deficit cognitivo e fisico, riescano con l'aiuto dei tre processi di adattamento motivazionali di base, ossia selezione, ottimizzazione e compensazione, a soddisfare le esigenze della vita quotidiana (cfr. riquadro 9).

Riquadro 9: modello SOC (Baltes & Baltes 1990)**Selezione**

Sviluppare, selezionare e prioritizzare obiettivi conformi alla situazione e alla persona

Ottimizzazione

Acquisire e migliorare le proprie risorse per raggiungere un obiettivo, per esempio imparando nuove competenze, mettendo in pratica capacità nuove o già esistenti o impegnandosi di più e con maggiore attenzione nell'eseguire azioni legate a un obiettivo

Compensazione

Acquisire e utilizzare strumenti per compensare il calo delle proprie risorse necessarie a raggiungere un obiettivo, per esempio impiegando ausili come occhiali o deambulatori, facendosi aiutare dagli altri o eseguendo un'attività in un modo nuovo con l'aiuto di altre capacità

L'uso di strategie di selezione, ottimizzazione e compensazione diminuisce dall'età adulta media all'età più avanzata. Le persone anziane che impiegano queste strategie sono più soddisfatte, hanno un miglior equilibrio emotivo e gestiscono la vita quotidiana meglio di coloro che non utilizzano le strategie SOC (Freund & Baltes 2002). Le persone anziane sono più competenti nella selezione degli obiettivi rispetto ai giovani. Perseguono un numero minore di obiettivi meno competitivi che si sostengono a vicenda (Riediger et al. 2005; Riediger & Freund 2006). Inoltre, preferiscono compensare piuttosto che ottimizzare per raggiungere i loro obiettivi (Ebner et al. 2006).

I modelli di valutazione che risultano più stressanti nella terza e nella quarta età consistono in immagini della vecchiaia troppo negative o troppo positive, nel senso che le persone sottovalutano o sopravvalutano le proprie capacità di rendimento e apprendimento. Gli interventi per la gestione dello stress a livello cognitivo per le persone anziane dovrebbero mirare a insegnare il modello SOC e praticare l'uso delle strategie SOC, oltre a modificare le immagini della vecchiaia che procurano stress.

La **gestione dello stress a livello palliativo-rigenerativo** è particolarmente importante in età avanzata. Le alterazioni vegetative fisiologiche, neuroendocrine e immunologiche indotte dallo stress richiedono più tempo per attenuarsi con l'età (cfr. capitolo 2.2 Regolazione delle emozioni). Il rischio di un esaurimento e di complicanze aumenta quindi significativamente nella terza e quarta età.

2.5.2 Interventi**Gestione dello stress a livello strumentale**

- Supporto in caso di lutto: cfr. capitolo 2.2 Regolazione delle emozioni
- Promozione dell'autogestione in caso di malattie croniche (Ufficio federale della sanità pubblica, UFSP, e Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la GELIKO 2018):
 - a) per malattie specifiche: p. es. corso di gruppo «Besser leben mit COPD» (Vivere meglio con la BPCO) (Steurer-Stey et al. 2018): www.lunge-zuerich.ch/de/kursprogramm
 - b) per tutte le malattie: p. es. corso di gruppo condotto da persone interessate che sono state appositamente istruite per persone con malattie croniche «Evivo» (Haslbeck et al. 2015), impiegabile anche per persone con background migratorio (Zanoni et al. 2018)
 - c) gruppi di autoaiuto per persone interessate e familiari: www.selbsthilfeschweiz.ch
- Dolori cronici: **corsi di gruppo per la gestione psicologica del dolore volti a modificare le convinzioni che favoriscono il dolore (p. es. affermare che i dolori non si possono influenzare o che, malgrado il dolore, bisogna svolgere lo stesso numero di compiti di prima) e a modificare i comportamenti che favoriscono il dolore (p. es. indulgenza o sovraccarico) (Dumat et al. 2011; Timmer & Heuser 2013; specificamente per persone anziane: Keefe et al. 2013; Lunde et al. 2009). Questi interventi sono offerti nei reparti di terapia del dolore degli ospedali, p. es. www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/ambulante-gruppentherapien.aspx
- Coinvolgere altre persone nel risolvere i problemi di tutti i giorni: **Corsi di gruppo per la risoluzione dei problemi (Problem Solving Therapy) (Wiedemann & Fischer 2013; soprattutto per i problemi legati allo stress: Kaluza 2005): risolvere i problemi congiuntamente sulla base di uno schema di procedura sistematica

Gestione dello stress a livello cognitivo

- *Corso sul modello SOC (Eicher 2009): programma di gruppo per persone anziane per insegnare e applicare le strategie SOC nella vita quotidiana
- Identificare e modificare le immagini della vecchiaia che favoriscono lo stress: non ancora disponibile; potrebbe essere utile adattare il modulo
- **Corso di coaching sulla gestione dello stress a livello cognitivo di Kaluza (2005)

Gestione dello stress a livello palliativo-rigenerativo

- Reazioni emotive allo stress: cfr. capitolo 2.2 Regolazione delle emozioni
- Reazioni fisiche allo stress: tecniche di rilassamento
- Tutti i tipi di reazioni allo stress: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nel gruppo per l'apprendimento della consapevolezza attraverso esercizi (p. es. meditazione respiratoria, esercizi di hatha yoga per lo stretching muscolare, esecuzione consapevole delle attività quotidiane) (Kabat-Zinn 2013; Prove di efficacia nelle persone anziane: Creswell et al. 2012; Gallegos et al. 2013; Moynihan et al. 2013; Young & Baime 2010), insegnanti MBSR in Svizzera: www.mbsr-verband.ch
- Rigenerazione: **modulo Allenamento del piacere del corso di gestione dello stress di Kaluza (2005): corso di gruppo per insegnare quali sono le attività che hanno un effetto rigenerante con determinate reazioni allo stress (p. es. esaurimento, sottooccupazione) e promuovere l'esecuzione di attività rigeneranti appropriate per la persona nella vita quotidiana

- **Disturbi del sonno: programmi di gruppo per la terapia cognitivo-comportamentale (p. es. Herstein et al. 2015; specifici per le persone anziane: Richter et al. 2016): Istruzioni per osservare le proprie abitudini del sonno, insegnare e stabilire comportamenti che favoriscono il sonno, apprendere tecniche di rilassamento e procedure immaginative, cambiare le convinzioni sui fattori che disturbano il sonno, smettere di «rimuginare» dopo essersi coricati; offerte in Svizzera: p. es. www.ksm.ch/de/fuer-unternehmen, anche come terapia online: www.ksm-somnet.ch, www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/ambulante-gruppentherapien.aspx

****Programmi multimodali di gestione dello stress**

- Contengono combinazioni degli interventi summenzionati (Bodenmann & Gmelch 2009), p. es. corsi sulla gestione dello stress (Kaluza 2005), www.stressfit.ch, corsi di vaccinazione contro lo stress (Meichenbaum 2003)

2.6 Prendere decisioni

2.6.1 Prendere decisioni e salute psichica in età avanzata

La decisione è la scelta di intraprendere un'azione, tra più alternative considerate (opzioni), da parte di un individuo o di un gruppo (decisore) – definizione di Wikipedia.

Il processo decisionale nelle persone anziane è strettamente legato all'autonomia e all'indipendenza (OMS 2015). In linea di principio, questa capacità è considerata qualitativamente costante con l'avanzare dell'età, soprattutto per le decisioni basate sulla conoscenza e sull'esperienza. Con l'aumento della complessità e del numero di azioni possibili si accentuano maggiormente le differenze legate all'età rispetto al processo decisionale che nei giovani è più favorevole (Strough et al. 2015).

Un elevato grado di partecipazione implica la possibilità di prendere decisioni o di partecipare al processo decisionale. I processi partecipativi o le opportunità di partecipazione sono di grande importanza per la salute psichica e per il proprio comportamento sanitario. Possono motivare le persone anziane a rimanere mobili e connessi a livello sociale (OMS 2015). Chi decide da solo è inoltre autoefficace, ossia riesce a gestire bene le sfide. Vanno quindi promosse le decisioni consapevoli e autonome e la convinzione che si possano prendere buone e giuste decisioni (Strough et al. 2015). Ciò è particolarmente importante nella gestione delle transizioni biografiche o degli eventi critici della vita al fine di rafforzare la convinzione della propria efficacia in relazione a nuovi ruoli o situazioni (Abderhalden et al. 2019). Pertanto, è utile offrire interventi che forniscano supporto decisionale o consulenza in materia di pensionamento, volontariato, assistenza ai familiari o salute e previdenza.

Riquadro 10: definizione di alfabetizzazione sanitaria (health literacy)

L'alfabetizzazione sanitaria è la «capacità dell'individuo di prendere quotidianamente decisioni che si ripercuotono positivamente sulla salute» (Kickbusch et al. 2005, pag. 10). Questa capacità è decisiva per assumere in tutta autonomia la libertà di organizzare la propria salute e prendere decisioni a riguardo.

La capacità decisionale è un aspetto importante dell'alfabetizzazione sanitaria. Nel contesto della crescente multimorbilità con l'avanzare dell'età, l'alfabetizzazione sanitaria diventa sempre più preziosa. Le persone anziane sono sollecitate a trovare maggiori informazioni sulla salute, utilizzare servizi di prevenzione e prendere decisioni su questioni sanitarie (p.es. interventi chirurgici, vaccinazioni, screening di tumori, compliance e assunzione di medicinali). L'alfabetizzazione sanitaria tuttavia diminuisce con l'età (OMS 2015). La comunicazione tra medico e paziente svolge anche un ruolo importante nel processo decisionale per quanto riguarda le questioni sanitarie, in particolare la trasmissione comprensibile di informazioni da parte degli specialisti (Abel et al. 2015). Lo stesso vale per le informazioni sanitarie scritte (leggibilità, comprensibilità, disponibilità, struttura, ecc.). È necessario un accesso a bassa soglia soprattutto alle informazioni che riguardano la salute e il sistema sanitario, per esempio attraverso i social network o l'ambiente circostante.

Prendere autonomamente decisioni inerenti alla salute significa anche pianificare in anticipo un trattamento medico e documentarlo («advance care planning»). Le decisioni precauzionali possono migliorare le cure mediche effettive alla fine della vita. Con questo approccio è anche possibile aumentare nei pazienti la soddisfazione nei confronti dell'assistenza medica e ridurre stress, ansia e depressione nei familiari (Detering et al. 2010). Un testamento biologico è inoltre utile nel caso in cui un incidente o una malattia limitino o annullino completamente la capacità decisionale in merito alle opzioni del trattamento medico. Un testamento biologico alleggerisce il carico sui familiari in queste situazioni e facilita ai medici le decisioni difficili da prendere in merito al trattamento da applicare. Soprattutto in caso di deficit cognitivo, per esempio in seguito a demenza, è consigliabile fissare anche altre decisioni precauzionali (p.es. decisioni finanziarie o relative al decesso) a causa della ridotta capacità di giudizio e consenso.

2.6.2 Interventi

Gli interventi possono rafforzare la capacità di prendere buone decisioni nei settori del pensionamento, dell'assistenza ai familiari, della partecipazione, dell'alfabetizzazione sanitaria e della prevenzione. Di seguito sono riportati esempi di best practice e suggerimenti per interventi in questi settori.

Pensionamento

Nella migliore delle ipotesi è possibile scegliere liberamente il momento in cui andare in pensione. È inoltre utile prepararsi mentalmente in anticipo alla vita che si vuole fare dopo il pensionamento e favorire i contatti con chi si trova nella stessa fase della vita. Esempi di best practice:

- corsi aziendali interni di preparazione al pensionamento
- conversazioni informali con persone con le stesse affinità
- rinfreschi dedicati al pensionamento organizzati dal comune con input da parte di specialisti al raggiungimento dell'età pensionabile

Assistenza ai familiari

La decisione di assistere un familiare dovrebbe essere presa consapevolmente, anche tenendo conto delle proprie risorse e di quelle dell'ambiente circostante.

Esempio di best practice/strumenti di aiuto:

- contratto di cure e assistenza con la persona da curare (Contratto di cure e assistenza Pro Senectute).

Partecipazione/empowerment

Utilizzo delle risorse e del know-how delle persone anziane nei processi di partecipazione e coinvolgimento; creare opportunità di partecipazione.

Esempi di best practice:

- elaborazione di linee guida per le persone anziane (a livello comunale, ecc.)
- promozione della salute partecipativa con laboratori sul futuro o visite di quartiere
- Aiuto reciproco tra vicini di casa: «Persone anziane aiutano persone anziane», «Affitta un pensionato»
- Volontariato: p. es. presso Benevol, Pro Senectute
- Familienrat zum selbstbestimmten Wohnen (Projekt 9x0fra – Consiglio di famiglia per vivere in modo autonomo a casa propria): sostiene la famiglia nel raggiungere accordi condivisi da tutti e stabiliti per iscritto (e poi implementati)

- Progetto «Älterwerden im Quartier» (AWIQ – Invecchiare nel proprio quartiere (www.altersfreundliches-frauenfeld.ch))
- Progetto di sviluppo di quartieri «Quartiers Solidaires» (www.quartiers-solidaires.ch)
- «Grossmütterrevolution» (Rivoluzione delle nonne): organizzazione di donne in età pensionabile che s'impegnano a favore delle questioni sociali che interessano questo gruppo della popolazione (www.grossmuetter.ch)

Alfabetizzazione sanitaria

Alla persona anziana si dovrebbe dare la possibilità di partecipare alle decisioni sulla propria assistenza medica, il che è reso possibile con una comunicazione sulla salute appropriata alla sua età (www.allianz-gesundheitskompetenz.ch). Si consigliano anche eventi di educazione sanitaria per sensibilizzare le persone verso argomenti legati alla salute (attività fisica, alimentazione, salute psichica) e fornire conoscenze in campo medico.

Esempi di best practice:

- [consulenze sanitarie](#) (Pro Senectute Berna)
- eventi per grandi gruppi su temi favorevoli alla salute o Café Bâalance (Basilea-Città), [Café Santé](#) (Pro Senectute Cantone di Berna)
- [discussioni su questioni sanitarie per persone anziane con background migratorio](#) (Città di Berna)

Prevenzione

È necessario stabilire questioni, esigenze e desideri personali per i casi di emergenza.

Esempi di best practice:

- Dossier previdenziale [Docupass](#) (Pro Senectute Svizzera): include mandato precauzionale, direttive del paziente (testamento biologico), disposizioni dopo la morte, testamento
- Testamenti biologici della [Croce Rossa Svizzera](#) (CRS), degli ospedali cantonali e dell'[associazione professionale dei medici svizzeri](#) (FMH)

3 Raccomandazioni di attuazione

In generale, si raccomanda di offrire alle persone anziane la possibilità di **partecipare** agli interventi. Il principio guida da osservare in questo caso è che un intervento non si attua per gli anziani, ma insieme agli anziani. A tal fine, è possibile per esempio verificare se e come possono partecipare alla pianificazione, organizzazione, attuazione o al follow-up di un intervento.

I **locali** devono essere accessibili e raggiungibili per le persone anziane con deambulazione limitata e rispettivi ausili (deambulatori). A tal fine si prestano locali al piano terra o accessibili con ascensore, con spazio sufficiente per i deambulatori, ecc., anche nei bagni. I luoghi da raggiungere dovrebbero essere collegati in modo ottimale ai trasporti pubblici. Inoltre, il percorso dalla fermata all'edificio non deve essere troppo ripido, né dovrebbero esservi scale per arrivare alla zona di ingresso. Vale anche la pena considerare la possibilità di offrire servizi di trasporto per persone anziane con mobilità ridotta. La struttura dei locali dovrebbe essere in grado di attenuare i deficit della vista e dell'udito. L'illuminazione, per esempio, dovrebbe essere sufficientemente intensa ma non abbagliante. Non dovrebbero esservi rumori di fondo. L'acustica del locale dovrebbe rispondere ai bisogni delle persone che soffrono di ipoacusia (trasmissiva). In questi casi, i sistemi di trasmissione sonora sono molto utili alle persone ipoudenti.

Il **materiale didattico** deve inoltre essere progettato in modo tale da compensare i disturbi visivi e uditivi, per esempio con un contrasto elevato e l'uso di caratteri di grandi dimensioni. Le informazioni dovrebbero coinvolgere, nei limiti del possibile, più sensi simultaneamente (p. es. vista, udito e tatto).

Per quanto riguarda gli **orari** in cui svolgere questi interventi, non va dimenticato che molte persone anziane non amano spostarsi al buio. Potrebbe essere utile offrire gli interventi nel fine settimana, quando le persone anziane sono spesso sole.

Per attirare le persone anziane della terza età a partecipare a corsi e programmi, è necessario un **lavoro di comunicazione** mirata attraverso vari canali. Si addicono a questo scopo mezzi di comunicazione generalmente comprovati come la pubblicità radiofonica, gli annunci sui giornali o su Internet. Si

raccomanda di diffondere le informazioni attraverso organizzazioni e mezzi di comunicazione specifici per persone anziane. Altre possibilità sono gli stand informativi nelle chiese o nelle farmacie. In generale, nel progettare i mezzi di informazione si deve tener conto di eventuali limitazioni, per esempio della vista.

Le persone della quarta età ne sanno poco della salute psichica e delle possibilità di promuoverla. E sono molto restie nei confronti di interventi psicologici e interventi simili. È più probabile che accettino di partecipare a questo tipo di offerte se vengono consigliate e motivate da istituzioni e persone del settore sanitario che già conoscono. Si tratta in questo caso di medici di famiglia, collaboratrici e collaboratori di ospedali e servizi di assistenza a domicilio (Spitex), membri di comunità ecclesiastiche, e, naturalmente, i familiari delle persone anziane. Una descrizione delle **modalità possibili e già collaudate per accedere** alle persone anziane è disponibile nel [Rapporto di base sulla salute psichica lungo l'intero arco della vita](#) di Promozione Salute Svizzera (Blaser & Amstad 2016). Le modalità specifiche su come **raggiungere** gli uomini anziani si possono trovare nella guida [«Come raggiungiamo gli uomini over 65?»](#) (Kessler & Bürgi 2019) o su come raggiungere le persone anziane vulnerabili in Gasser et al. (2015).

In generale, nel pubblicizzare gli interventi si raccomanda di accentuare i benefici a breve piuttosto che a lungo termine, così come l'importanza sul piano emotivo piuttosto che sul contenuto oggettivo. Va quindi sottolineato il piacere di partecipare e l'interazione sociale piuttosto che la possibilità di acquisire conoscenze e competenze (cfr. riquadro 3 Teoria della selettività socioemotiva). Occorre inoltre segnalare in particolare quegli interventi nel contesto dei quali, o subito dopo, le persone anziane possono soddisfare il bisogno di generatività, ossia avere l'opportunità di trasmettere qualcosa ad altre persone, poterle aiutarle o alleviarne le sofferenze.

Sono particolarmente importanti in questo contesto gli interventi presso i residenti di case di riposo locali, che oltre a essere già molto vulnerabili e poco mobili, spesso soffrono di problemi psicologici come depressione, ansia o disturbi del sonno e sono prossimi alla morte (Kaeser 2012).

4 Altre informazioni

- Opuscolo: [Competenze di vita e salute psichica in età avanzata](#) (gennaio 2020)
- Rapporto di base: [Salute psichica lungo l'intero arco della vita](#) (aprile 2016)
- Opuscolo: [Risorse sociali. La promozione delle risorse sociali fornisce un contributo importante alla salute psichica e a una buona qualità di vita](#) (aprile 2016)
- Opuscolo: [Autoefficacia. Un opuscolo per gli attori dei programmi d'azione cantonali impegnati nella promozione dell'autoefficacia e delle life skill](#) (marzo 2019)
- Opuscolo: [Guida «Come raggiungiamo gli uomini over 65?». Promozione della salute in età avanzata in funzione del genere. Raccolta di esperienze per i professionisti nel campo della promozione della salute](#) (documento aggiornato a luglio 2019)
- Rapporto di base: [Salute e qualità di vita in età avanzata. Basi per i programmi d'azione cantonali «Promozione della salute in età avanzata»](#). All'interno: «Diversità e pari opportunità nella salute» (capitolo 21, pagg. 100-106 del rapporto integrale in tedesco, pagg. 98-104 nella versione francese) (aprile 2016). Sulla base di: [Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. \(2011\). Gruppi target difficili da raggiungere e penalizzati. Sottoprogetto nel quadro del progetto «Best practice per la promozione della salute in età avanzata»](#) (solo in francese e tedesco, febbraio 2011)
- Opuscolo: [Promozione della salute psichica delle persone che assistono e curano congiunti anziani. Una guida informativa per la promozione della salute in età avanzata](#) (febbraio 2019)
- Rapporto: [Promuovere la salute psichica dei familiari che si prendono cura di persone anziane: Modelli di buona prassi. Una panoramica basata sull'omonimo opuscolo di Promozione Salute Svizzera](#) (giugno 2019, documento bilingue francese e tedesco)
- Guida: [Guida alla pianificazione: Promuovere la partecipazione sociale delle persone anziane nei comuni](#) (settembre 2017, solo in francese e tedesco)
- Fogli di lavoro: [Via – Best Practice. Promozione della salute in età avanzata. Guida all'attuazione «Raccomandazioni e strumenti per la consulenza sanitaria in età avanzata»](#) (gennaio 2014, attualmente in fase di revisione, solo in francese e tedesco)

5 Bibliografia

- Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Abel, T., Bolliger-Salzman, H., Benkert, R. & Lehmann, S. (2015): Bericht zu den Zusatzauswertungen der Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».
- Abrams, L. & Farrell, M. T. (2011). Language processing in normal aging. In J. Guendouzi, F. Loncke & M. J. Williams (Eds.). *Handbook of psycholinguistic and cognitive processes* (pp. 49-74). New York: Psychology Press.
- Aldwin, C. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. New York: Oxford University Press.
- Amstad, F. T. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (S. 117-122). Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Baltes, P. B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48(4), 191-210.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41(1), 1-24.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berking, M. (2015). *Training emotionaler Kompetenzen*. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bodenmann, G. & Gmelch, S. (2009). Stressbewältigung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (S. 617-629). 3. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage: Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Boss, V. (2016). Psychische Gesundheit bei älteren Menschen. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (S. 107-116). Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-349.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.
- Brodbeck, J., Berger, T. & Znoj, H. J. (2017). An internet-based self-help intervention for older adults after marital bereavement, separation or divorce: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* (18):21.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) (Hrsg.) (2018). *Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht: Konzeptuelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312 (578), 1913-1915.
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 13(6), 1068-1091.

- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- Charles, S. T., Piazza, J. R., Luong, G. & Almeida, D. M. (2009). Now you see it, now you don't: Age differences in affective reactivity to social tensions. *Psychology and Aging*, 24, 645-653.
- Chochinov, H. M. (2017). *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Creswell, D. J., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Crabb Breen, E. et al. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095-1101.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C. & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, 340:c1345.
- Diesmann, F. & Schacht, A. (2015). «Neun Themen bei Sehverlust». Ein Kurs nach psychoedukativem Modell für ältere sehbehinderte Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 12(1), 61-70.
- Dumat, W., Matter, S., Weisskopf, S. & Schleinker, W. (2011). Schmerzpsychotherapie: Stellenwert und Durchführung als Teil der interdisziplinären Schmerzbehandlung. *Ars Medici*, 11, 478-482.
- Ebner, N.C., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21, 664-678.
- Eicher, S. (2009). *Seminar «Erfolgreiches Altern»: Erprobung eines Konzeptes zur edukativen Vermittlung der Strategien aus dem SOK-Modell zur erfolgreichen Lebensgestaltung*. Lizentiatsarbeit an der Universität Zürich.
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Erikson, E. H. (1998). *The life cycle completed: Extended version with new chapters on the ninth stage by J. M. Erikson*. Norton, New York.
- Erlanger, A. (1997). *Katathym-Imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Esch, T. (2017). *Die Neurobiologie des Glücks: Wie Positive Psychologie die Medizin verändert*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Falkenberg, I., McGhee, P. & Wild, B. (2013). *Humorfähigkeiten trainieren. Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Flüeler, C. & Forstmeier, S. (2013). Normale und prolongierte Trauer: Abgrenzungen, Diagnostik und Modelle. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 425-437.
- Frankl, V. (1987). *Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Piper Verlag.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.
- Gallegos, A. M. Hoerger, M., Talbot, N. L., Krasner, M. S., Knight, J. M., Moynihan, J. A. & Duberstein, P. B. (2013). Toward identifying the effects of the specific components of Mindfulness-Based Stress Reduction on biologic and emotional outcomes among older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19, 787-792.
- Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Greve, W. & Görden, T. (2012). Kriminalität und Gewalt. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. Ziegelmann (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 555-573.
- Gruenewald, T. L., Tanner, E. K., Fried, L. P., Carlson, M. C., Xue, Q.-L., Parisi, J. M., Rebok, G. W., Yarnell, L. M. & Seeman, T. E. (2016). The Baltimore Experience Corps Trial: Enhancing Generativity via Intergenerational Activity Engagement in Later Life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 71(4), 661-670.

- Hänni, B. (2016). Humor mit betagten Menschen – ein Praxisbeispiel. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 101-109). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Haslbeck, J., Zanoni, S., Hartung, U., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M. & Schulz, P. (2015). Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: Findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach. *BMC Health Services Research*, 15: 576.
- Hayes, S. C., Strohsahl, K.-D. & Wilson, K. D. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hellmich, E. (2013). Die alte Frau: Das unsichtbare Wesen. *Psychotherapie im Alter*, 10, 61-72.
- Hertenstein, E., Spiegelhalder, K., Johann, A. & Riemann, D. (2015). *Prävention und Psychotherapie der Insomnie: Konzepte, Methoden und Praxis der Freiburger Schlafschule*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal Psychotherapy for Late Life Depression: Current Status and New Applications. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 26:263-275.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007): *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. 5. Auflage. Weinheim/Basel: PVU/Beltz.
- Hirsch, R. D. (2016). Humor in der Behandlung von kranken alten Menschen. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 244-267). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B. & Jonitz, M. F. (2010). Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 42-52.
- Hirsch, R. D. & Kranzhoff, E. U. (2004). Humorgruppe mit alten Menschen: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Untersuchung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40, 106-129.
- Hirsch, R. D. & Hespos, M. (2000). *Autogenes Training bis ins hohe Alter: Basistherapeutikum und Gesundheitsförderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Höfler, H. (2015). *Atem-Entspannung. Soforthilfe bei inneren und äusseren Spannungen: Über 70 einfache Übungen*. Stuttgart: TRIAS Verlag.
- Höpflinger, F. (2002). *Gerotranszendenz und Generativität im höheren Lebensalter – neue Konzepte für alte Fragen*. Schriftliche Fassung eines Vortrags gehalten am 3. Münsterlinger Symposium zur Alterspsychotherapie «Kreativität, Psychotherapie, Spiritualität» vom 30.5. bis 1.6.2002.
- Hofmann, E. (2012). *Progressive Muskelentspannung: Ein Trainingsprogramm*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kabat Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation: Das grosse Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knauer Verlag.
- Kaeser, M. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Kaluza, G. (2005). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Keefe, F. J., Porter, L., Somers, T., Shelby, R. & Wren, A. V. (2013). Psychosocial interventions for managing pain in older adults: Outcomes and clinical implications. *British Journal of Anaesthesia*, 111, 89-94.
- Keller-Cohen, D., Fiori, K., Toler, A. & Bybee, D. (2006). Social relations, language and cognition in the <oldest old>. *Ageing and Society*, 26(4), pp. 585-605.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Kessler, C. & Boss, V. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kessler, C. & Bürgi, F. (2019). *Wie erreichen wir Männer 65+?* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kickbusch, I., Maag, D. & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. European Health Forum Badgastein.

- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kruse, A. (2014). Entwicklungspotenziale und Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter: Eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Annäherung. *Psychotherapie im Alter*, 11(2), 177-198.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Liu, T.-W., Ng, G. Y. F., Chung, R. C. K. & Ng, S. S. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 47, 520-527.
- Lunde, L. H., Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: A quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262.
- Maercker, A. (2013). Formen des Lebensrückblicks. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 25-46). Springer Verlag Berlin.
- Martin, A. A., Steiner, M. & Allemann, M. (2015). Eine Gruppenintervention für ältere Menschen zur Bewältigung von Kränkungen. *Psychotherapie im Alter*, 12(2), 233-244.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- McGhee, P. (2016). Humor als Copingstrategie: Das 7-Humor-Habit-Trainingsprogramm. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 208-228). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Meichenbaum, D. H. (2003). *Intervention bei Stress: Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W. & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*, 68, 34-43.
- Mühlig, S., Neumann-Thiele, A., Teichmann, C. & Paulick, J. (2015). Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2018). *The Mindful Self-Compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. New York: Guilford Publications.
- Nussbaum, J. F. & Coupland, J. (2004). *Handbook of Communication and Aging Research*. Lawrence Erlbaum Associates. London.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2013). Wirksamkeitsforschung. In A. Maercker und S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 47-64). Springer Verlag Berlin.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Pot, A. M. & van Asch, I. (2013). Lebensrückblick für ältere Erwachsene: Ein gruppentherapeutischer Ansatz. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 171-186). Springer Verlag Berlin.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005.
- Reddemann, L., Kindermann, L.-S. & Leve, V. (2013). *Imagination als heilsame Kraft im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Richter, K., Myllymäki, J. & Niklewski, G. (2016). *Schlafschulung für Ältere in der Gruppe: Ein Manual zur Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen über 60*. Frankfurt am Main: Malbuse-Verlag.
- Riediger, M. & Freund, A. M. (2006). Focusing and restricting: Two aspects of motivational selectivity in adulthood. *Psychology and Aging*, 21, 173-185.
- Riediger, M., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, 84-91.
- Ryan, E. B. & Kwong See, S. T. (2004). Sprache, Kommunikation und Altern. In R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 57-71). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

- Schroeter-Rupieper, M. (2013). Trauerbegleitung und Trauergruppen für Ältere am Lavia Institut für Familientrauerbegleitung. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 541-548.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Obsan Bericht 72. Neuchâtel: Obsan.
- Seifert, A. & Schelling, H. R. (2015). *Digitale Senioren. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Sims, T., Hogan, C. L. & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84.
- Spang, J., & Züger, A. (2017). Psychologische Kurzintervention am Lebensende: Würdezentrierte Therapie. *Psychotherapie im Alter*, 14(2), 209-220.
- Steurer-Stey, C., Dalla Lana, K., Braun, J., Ter Riet, G. & Puhan, M. A. (2018). Effects of the «Living well with COPD» intervention in primary care: A comparative study. *The European Respiratory Journal*, 51: 1701375.
- Strough, J., Bruine de Bruin, W. & Peters, E. (2015). New perspectives for motivating better decisions in older adults. *Frontiers in Psychology*, 6, 783.
- Timmer, B. & Heuser, J. (2013). Therapie chronischer Schmerzen. *Psychup2date*, 7, 121-138.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A meta-theoretical re-formulation of the Disengagement Theory. *Aging 1*: 55-63.
- Trilling, A. (2013). Wie gross ist «der kleine Unterschied»? Geschlechterunterschiede im Alter im Spiegel der Statistik. *Psychotherapie im Alter*, 10, 9-20.
- Wagner, B. (2013). Wirksamkeit von Trauerinterventionen und Therapien: Ein Überblick. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 439-452.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2015). Die psychosoziale Dimension von Sehverlust im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 12(1), 21-43.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, J., Steinmann, R. M. & Widmer Howald F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Bericht 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Werheid, K., Lieven, S. & Kischkel, E. (2011). Altersspezifität sozialer Problemsituationen. Grundlage für Sozialkompetenztrainings im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Alter 2011*, 8(1), 111-125.
- Wiedemann, G. & Fischer, A. (2013). Problemlöseverfahren. In A. Batra, R. Wassermann & G. Buchkremer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie: Grundlagen-Methoden-Anwendungsgebiete* (S. 114-120). 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R. & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*, 57(4), 707-718.
- Wilz, G., Reiter, C. & Risch, A. K. (2017). Akzeptanz- und Commitment-Therapie im Alter: Therapeutisches Vorgehen und klinische Erfahrungen. *Psychotherapie im Alter*, 14, 83-95.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=8DF7DBD0149EBAEFCDB9C3ECE943B282?-sequence=1
- World Health Organization (1997). *Life Skills Education for children and adolescents in Schools*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).
- Yalom, I. D. (1989). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Young, L. A. & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review*, 15, 59-64.
- Zanoni, S., Gabriel, E., Salis Gross, C., Deppeler, M. & Haslbeck, J. (2018). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund: Ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. *Das Gesundheitswesen*, 80, 12-19.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Losanna
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch