



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea Magistrale in Neuroscienze e
Riabilitazione Neuropsicologica

Tesi di Laurea Magistrale

**La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e
funzionamento psicologico in *caregivers* informali di persone
con demenza e *non caregivers***

*The connection between subjective aging and psychological functioning
among informal caregivers of people with dementia and non caregivers*

Relatrice

Prof.ssa Erika Borella

Correlatrice

Dott.ssa Elena Carbone

Laureanda

Diletta Signori

Matricola

2017355

Anno Accademico 2021/2022

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo 1	3
L'invecchiamento patologico e il <i>caregiving</i> informale di una persona con demenza	3
1.1 Il fenomeno dell'invecchiamento generale della popolazione.....	3
1.2 L'invecchiamento patologico: il caso delle demenze	4
1.3 Il <i>caregiving</i> informale di una persona con demenza	8
1.3.1 La figura del <i>caregiver</i> informale	9
1.3.2 L'impatto del lavoro di cura sulla vita e sulla salute del <i>caregiver</i>	11
Capitolo 2	23
La Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento e il funzionamento psicologico nell'arco di vita adulto	23
2.1 La Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento.....	23
2.1.1 L'Età Soggettiva.....	26
2.1.2 La Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento	31
2.1.3 Gli Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento.....	32
2.2 La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento mentale e psicologico.....	36
2.2.1 La percezione soggettiva dell'invecchiamento e le ricadute sul funzionamento mentale e psicologico	37
2.2.2 La percezione soggettiva dell'invecchiamento e l'impatto sulla salute fisica	42

Capitolo 3	46
La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico in <i>caregivers</i> informali di persone con demenza e <i>non caregivers</i>	46
3.1 L'obiettivo della ricerca	46
3.2 Metodo	48
3.2.1 Partecipanti	48
3.2.2 Materiali	49
3.2.3 Procedura	56
3.3 Risultati	57
3.4 Discussione e conclusione	63
Bibliografia	69
Sitografia	80

Introduzione

La demenza è un disturbo neurocognitivo che comporta un progressivo declino delle funzioni cognitive e delle competenze emotive e sociali della persona, accompagnato da disturbi del comportamento e della personalità, fino alla perdita dell'autonomia quotidiana. Essendo una tra le principali cause di disabilità nella popolazione anziana, la demenza è considerata un disturbo a forte impatto assistenziale. La presa in carico di una persona con demenza ricade molto spesso sui famigliari – *caregivers* informali – del malato, che costituiscono una risorsa imprescindibile per la sua cura e assistenza. Il *caregiver* informale di una persona con demenza è esposto alle conseguenze sulla propria salute derivanti dal lavoro di cura, che hanno un impatto sul benessere mentale e fisico, ma anche sulla visione dell'invecchiamento – Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento – e su quello che può comportare un invecchiamento patologico. Sebbene sia noto che la percezione soggettiva dell'invecchiamento influenza il funzionamento psicologico e cognitivo e la salute fisica lungo l'intero arco di vita adulto, non ci sono studi in letteratura che hanno indagato questa associazione in adulti-anziani *caregivers* informali di una persona con demenza.

Il presente elaborato approfondisce queste tematiche. Nel primo capitolo verrà discusso il fenomeno dell'invecchiamento generale della popolazione, l'invecchiamento patologico e, nello specifico, il caso delle demenze. Particolare attenzione sarà rivolta alla figura del *caregiver* informale di una persona con demenza e alle conseguenze del lavoro di cura sul suo funzionamento psicologico, oltre che sulla salute e sul funzionamento cognitivo. Con il secondo capitolo si approfondirà il tema della Percezione Soggettiva

dell'Invecchiamento – in termini di Età Soggettiva, Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento e Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento – e la sua relazione con il funzionamento psicologico e cognitivo lungo l'intero arco di vita adulto. Nel terzo capitolo verrà infine presentato lo studio condotto, in cui si è voluto indagare e confrontare la relazione tra Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento – in termini di età soggettiva e consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento – e funzionamento psicologico – in termini di tono dell'umore, solitudine e qualità di vita – in adulti-anziani *caregivers* informali di persone con demenza, indirettamente “esposti” alle conseguenze negative dell'invecchiamento patologico, e *non caregivers* con invecchiamento tipico, non “esposti” a tali conseguenze. I risultati verranno discussi alla luce della letteratura esistente e per le loro implicazioni nell'ambito del lavoro di cura dei *caregivers* informali di una persona con demenza.

Capitolo 1

L'invecchiamento patologico e il *caregiving* informale di una persona con demenza

1.1 Il fenomeno dell'invecchiamento generale della popolazione

L'invecchiamento è un fenomeno complesso che interessa l'intero arco dell'esistenza. Invecchiare fa parte del processo di sviluppo individuale e si caratterizza per una serie di cambiamenti fisici, sensoriali, cognitivi ed emotivi (Borella & De Beni, 2015b), ma, allo stesso tempo, è anche un fenomeno sociale rilevante su scala globale. Un miglior stile di vita (es., migliori condizioni igieniche, alimentari e ambientali) e il progresso delle conoscenze mediche e tecnologiche hanno favorito l'allungamento della speranza di vita alla nascita (Borella & De Beni, 2015a), determinando la presenza di un numero sempre maggiore di persone che raggiungono età elevate e un notevole invecchiamento della popolazione a livello globale. Difatti, la vecchiaia e la longevità costituiscono una vera e propria "rivoluzione grigia", tipica della nostra epoca e che porterà con sé diverse criticità da affrontare a livello sociale, culturale, economico e sanitario.

Una recente pubblicazione di Eurostat (2021) ha indagato la struttura della popolazione europea e il cambiamento demografico, dal 2001 ad oggi, prendendo in considerazione il tasso di natalità, la quota di anziani nella popolazione e l'aspettativa di vita alla nascita. I dati hanno segnalato una diminuzione del tasso di natalità accompagnata da un significativo aumento nella percentuale della popolazione anziana: la quota di persone over 65 anni è passata dal 16% registrato nel 2001 al 21% registrato nel 2020 e la quota di persone over 80 anni è pressoché raddoppiata durante lo stesso periodo, passando dal 3.4% nel 2001 al 6% nel 2020. Contemporaneamente, si è verificato un notevole aumento

dell'aspettativa di vita alla nascita, passata da 77,6 anni nel 2002 a 81,3 anni nel 2019. Per quanto riguarda la situazione nel nostro paese, un dossier di Istat e Italia Longeva (2018) ha descritto lo scenario sociodemografico corrente parlando di “bomba dell'invecchiamento”, pronta ad esplodere già a partire dal 2030. Secondo le previsioni, gli over 65 anni sono destinati a salire a 20 milioni entro il 2050, di cui oltre 4 milioni avranno più di 85 anni. Dalla recente indagine CENSIS (2021) è emerso che in Italia la popolazione over 65 anni supera ormai i 13.9 milioni, di cui circa 4.5 milioni sono over 80 anni, e il tasso di invecchiamento, indicatore del peso percentuale dell'invecchiamento all'interno della popolazione, ha raggiunto il 23.1% al 01/01/2020. Al 2019, l'aspettativa di vita alla nascita si attestava a 81,1 anni per gli uomini e a 85,4 per le donne. Inoltre, è stato registrato un significativo incremento dell'aspettativa di vita nella fascia di età anziana: nel 2019 la speranza di vita a 65 anni ha raggiunto i 19,5 anni per gli uomini e i 22,6 anni per le donne.

1.2 L'invecchiamento patologico: il caso delle demenze

A fronte di un numero crescente di persone che vivono più a lungo, come evidenziato dai dati presentati nel paragrafo precedente, si sta assistendo ad un drammatico aumento dell'incidenza e della prevalenza delle malattie cronico-degenerative nella popolazione anziana, accompagnate tendenzialmente da un aumento della disabilità. Secondo i dati Istat e Italia Longeva (2018), nei prossimi 10 anni, 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave, e la disabilità riguarderà 5 milioni di anziani entro il 2030.

Tra le malattie neurodegenerative croniche, la demenza costituisce una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione anziana ed è destinata a diventare una tra le principali

emergenze sanitarie dal punto di vista clinico, economico e socioassistenziale (Borella & De Beni, 2015b). Negli ultimi 15 anni si è verificato un drammatico aumento dei tassi di prevalenza della demenza per le fasce di età superiori ai 65 anni (Borella e coll., 2015). I dati della *World Health Organization* (WHO, 2012) registravano 35.6 milioni di casi di demenza nel 2010, con un'incidenza annuale pari a 7.7 milioni di nuovi casi a livello globale. È stato previsto che il numero di casi di demenza è destinato a raddoppiare entro il 2030 (66.7 milioni di casi) e più che triplicare entro il 2050 (115.4 milioni di casi). I recenti dati del *World Alzheimer Report* (2021) hanno segnalato 55 milioni di casi di demenza a livello globale al 2021, di cui solo il 25% adeguatamente diagnosticato. Per quanto riguarda la situazione nel nostro paese, secondo l'osservatorio delle demenze dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la prevalenza della demenza è di circa l'8% negli over 65 anni e del 20-25% tra gli over 80 anni.

Sebbene la demenza si manifesti con più frequenza al di sopra dei 65 anni, e in misura ancora maggiore al di sopra degli 85 anni, essa non costituisce parte del normale processo di invecchiamento (WHO, 2012). La demenza, infatti, è stata definita come una “disfunzione cronica, progressiva e generalmente irreversibile delle funzioni del sistema nervoso centrale, il cui risultato è un complesso declino cognitivo, generalmente accompagnato da disturbi dell'umore, del comportamento e della personalità” (Borella e coll., 2015). La demenza non è una singola malattia, ma piuttosto un insieme di segni e sintomi, che può essere tanto ampio e variegato quanto numerosi e differenti sono i processi eziologici sottostanti. L'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico (*DSM-5*, American Psychiatric Association & Biondi, 2014) ha inglobato le diverse forme di demenza nella più ampia categoria dei “Disordini Neurocognitivi Maggiori”. I criteri diagnostici del DSM-5 includono l'evidenza di un significativo declino in almeno

due domini cognitivi (es., attenzione, funzioni esecutive, apprendimento, memoria, linguaggio, capacità percettivo-motorie, cognizione sociale). Tale declino deve rappresentare un peggioramento rispetto a un precedente livello di funzionamento e può presentarsi con o senza disturbi comportamentali (es., sintomi psicotici, disturbi dell'umore, agitazione, apatia ecc.). Inoltre, i deficit cognitivi devono interferire con l'indipendenza in attività di vita quotidiana, a tal punto che il soggetto ha bisogno di assistenza per svolgere molte attività complesse della vita quotidiana (es., pagare le bollette, gestire i farmaci ecc.).

Sulla base della natura del processo eziologico sottostante, è possibile classificare le demenze in tre grandi categorie: i) demenze degenerative (o idiopatiche o primarie); ii) demenze non degenerative (o da cause note o secondarie); iii) demenze miste (o multifattoriali). Le demenze degenerative sono caratterizzate da esordio lento e decorso insidioso, in cui si assiste ad un progressivo declino cognitivo e fisico che permane fino alla morte della persona. Tra le demenze degenerative, le principali sono la demenza di tipo Alzheimer (AD), le demenze fronto-temporali (FTD), le demenze con corpi di Lewy (DLB) e i disturbi del movimento con demenza (es., malattia di Parkinson, paralisi sopranucleare progressiva, degenerazione cortico-basale, Corea di Huntington). La demenza neurodegenerativa di tipo Alzheimer (AD) è la forma di demenza più comune tra gli over 65 anni, con una prevalenza pari al 60%. Secondo un recente report dell'Istat (2021), in Italia, il numero totale di pazienti con demenza è stimato in oltre 1 milione, di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer. Le demenze non degenerative insorgono a seguito di un evento noto, tra cui patologie vascolari (es., ictus), traumi cerebrali, infezioni del sistema nervoso centrale, abuso di alcool, sostanze stupefacenti o farmaci, depressione. Tipicamente, dopo l'esordio rimangono stabili per anni e alcune di esse

possono essere reversibili. Tra le demenze non degenerative, le principali sono la demenza vascolare (VD), la demenza da idrocefalo normoteso, la pseudodemenza e la demenza secondaria a depressione (DOD), le demenze secondarie a malattie infettive e le demenze da encefalopatie metaboliche e tossiche. La demenza vascolare (VD) è la più comune forma di demenza dopo l'AD, con una prevalenza stimata in Europa compresa tra il 20% e il 40%. Le demenze miste (o multifattoriali) derivano dalla combinazione di più malattie, ad esempio la malattia di Alzheimer (AD) e contemporaneamente la demenza vascolare (VD), e sono spesso più frequenti rispetto alle demenze "pure".

Indipendentemente dall'origine e dalla tipologia del disturbo, le persone con demenza manifestano numerose difficoltà legate al progressivo declino del funzionamento cognitivo: possono avere difficoltà a ricordarsi avvenimenti recenti, a orientarsi nello spazio e nel tempo, a riconoscere volti e persone familiari e a comprendere la funzione di oggetti di uso comune. Con il progredire della malattia, le persone arrivano a perdere la capacità di svolgere attività della vita quotidiana (es., usare il telefono, fare la spesa, cucinare ecc.) e prendersi cura di sé stesse (es., vestirsi, lavarsi, deambulare in casa ecc.), a tal punto da avere bisogno dell'aiuto o della supervisione costante da parte di altre persone. Il compito di assistenza può essere svolto da personale specializzato (es., psicologi, infermieri, operatori socio-sanitari ecc.), a domicilio o presso apposite strutture, oppure da persone non specializzate, quali le badanti o, come più spesso accade, i familiari stessi del malato – *caregivers* informali.

Per rispondere alla crescente domanda di aiuto da parte delle persone con demenza e delle loro famiglie, nel corso degli ultimi anni il nostro paese ha messo in atto una serie di politiche che hanno portato alla nascita di una ricca e articolata rete integrata di servizi sanitari e socioassistenziali (Borella & De Beni, 2015b). La rete si articola in vari nodi,

che vanno da servizi per la valutazione e la diagnosi della patologia (es., Centri per il Decadimento Cognitivo e le Demenze, CDCD) a servizi domiciliari, semiresidenziali (es., centri sollievo o Caffè Alzheimer, centri diurni, *day hospital*) e residenziali (es., ospedali, case di riposo, Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA). I dati CENSIS (2016) hanno messo in evidenza un minore ricorso, negli ultimi anni, a servizi semiresidenziali e residenziali, quali l'assistenza domiciliare integrata (11.2%), i centri diurni (12.5%) e i ricoveri in ospedali o in strutture riabilitative e assistenziali (16.6%). Risulta invece essere in aumento il ricorso a servizi socioassistenziali innovativi, tra cui i centri sollievo o Caffè Alzheimer, i centri per la terapia occupazionale e i laboratori di stimolazione cognitiva (20.8%).

1.3 Il *caregiving* informale di una persona con demenza

Come sottolineato nel paragrafo precedente, le malattie neurodegenerative croniche e le demenze sono patologie a forte impatto assistenziale, poiché rappresentano una tra le prime cause di disabilità e perdita delle funzioni autonome tra le persone anziane. Sebbene il territorio nazionale metta a disposizione una rete di servizi per la presa in carico della persona con demenza, gran parte del carico assistenziale ricade spesso sulle famiglie. È stato stimato che, a fronte di oltre 1 milione di casi di demenza nel nostro paese (Istat, 2021), sono circa 3 milioni le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari, con costi sociali e assistenziali stimati in circa 10-12 miliardi di euro all'anno (Di Fiandra e coll., 2015). I famigliari accudenti costituiscono pertanto un importante capitale sociale, in termini di cura e assistenza verso il malato, oltre che economico, in quanto la spesa privata delle famiglie copre gran parte degli acquisti dei servizi e delle prestazioni connesse con l'assistenza dei malati (Lucidi & Grano, 2015).

Alla luce di questi dati, è ormai evidente che la demenza non colpisce solo chi ne è affetto, ma si ripercuote profondamente sull'intero nucleo familiare, in termini di carico assistenziale, economico ed emotivo. In letteratura sono state utilizzate le espressioni *caregiver* informale e *care-recipient* o *care-receiver*, per riferirsi rispettivamente al familiare accudente e alla persona assistita. Nei paragrafi che seguono verranno esaminati la figura del *caregiver* informale, il costrutto di *caregiver burden* e le conseguenze sulla salute del *caregiver* derivanti dal lavoro di cura, oltre che alcune variabili che possono intervenire, come fattori di rischio e di protezione, nella relazione tra *caregiving* e *outcome* sulla salute e sul benessere del *caregiver*.

1.3.1 La figura del *caregiver* informale

Il *caregiver* informale è una figura non specializzata, tipicamente un familiare, un parente o un amico, che fornisce assistenza in un ambiente “privato” a persone con difficoltà cognitive, fisiche ed emotive, senza ricevere un compenso finanziario (Lucidi & Grano, 2015). Il *caregiver* informale riveste un ruolo fondamentale nella vita del *care-recipient*, in quanto responsabile della sua assistenza e sostegno. La popolazione dei *caregivers* informali è estremamente eterogenea, in termini di grado di parentela e prossimità con il *care-recipient*, caratteristiche del lavoro di cura (es., durata, frequenza, intensità), oltre che caratteristiche personali, conoscenze, competenze e motivazione (Schulz e coll., 2020). I *caregivers* tendono a concentrarsi nella fascia di età tra i 46 e i 60 anni e sono soprattutto donne, tipicamente figlie o mogli del *care recipient* (Pinquart & Sörensen, 2006). È stato dimostrato che i *caregivers* dedicano in media 6 ore giornaliere all'assistenza diretta (es., igiene personale, alimentazione, somministrazione della terapia farmacologica) e 7 ore alla sorveglianza del malato. Si stima che questo tipo

di assistenza provveda a coprire circa il 90% delle necessità domiciliari del *care-recipient* (Lucidi & Grano, 2015). A causa del costante impegno dedicato al lavoro di cura, la vita dei *caregivers* subisce spesso dei drammatici cambiamenti. Una recente indagine realizzata grazie alla collaborazione tra AIMA e CENSIS (2016) ha evidenziato che il 59.1% dei *caregivers* segnala dei cambiamenti nella propria vita lavorativa, quali ripetute assenze dal lavoro (37,2%) o la richiesta di lavoro part-time (26,9%). Non trascurabili sono anche gli effetti prodotti sulla vita relazionale del *caregiver*, che vanno dall'interruzione delle attività extra-lavorative (76%) all'impatto negativo sui membri della famiglia (59,7%) e sulle amicizie (45,6%). Inoltre, la dimensione del costo dei servizi è un fattore che può sovvertire la sicurezza economica del *caregiver* e della famiglia. Il costo medio annuo per un paziente è risultato pari a 70.587 euro, di cui il 27% circa (18.941 euro) afferisce ai costi diretti e il 73.2% ai costi indiretti (51.645 euro). Si è dimostrato che la maggior parte dei *caregivers* informali affronta un lungo periodo, in media dai 3 ai 15 anni, di continue richieste fisiche e psicosociali (Vitalino, Zhang e Scanlan, 2003). L'esposizione prolungata a fattori di stress cronici, oltre alla frequente mancanza di conoscenze e di un'adeguata formazione per rispondere ai bisogni della persona assistita, mette seriamente a rischio la salute e il benessere del *caregiver*. Per questo motivo, particolare attenzione è stata rivolta verso il costrutto di *caregiver burden*.

Il *caregiver burden*

Il *caregiver burden* si definisce come il “grado in cui la salute fisica e psichica, la vita sociale e lo status socioeconomico del *caregiver* entrano in uno stato di sofferenza a causa dell'attività di cura” rivolta alla persona con demenza (Lucidi & Grano, 2015). Il

caregiver burden è un costrutto complesso e multidimensionale che ingloba il carico fisico, emotivo, psicologico ed economico associato al lavoro di cura (Chiao, Wu & Hsiao, 2015). Il *caregiver burden* è influenzato da molteplici fattori legati sia al *care-recipient* (es., tipo di demenza, presenza e gravità di cambiamenti nella personalità, sintomi psichiatrici e disturbi comportamentali) sia al *caregiver* (es., genere, valori culturali, tipo di relazione con l'assistito, presenza/assenza di assistenza formale e informale aggiuntiva, stato di salute fisica e psicologica, strategie di *coping*). Tra i fattori più significativi associati al *caregiver burden* vi sono i disturbi del comportamento e i sintomi psichiatrici del *care-recipient*, oltre alle caratteristiche sociodemografiche (es., reddito, genere, scolarità, co-residenza, etnia) e al funzionamento psicologico (es., benessere percepito, sintomi depressivi, ansia, strategie di *coping*) del *caregiver* (Chiao, Wu & Hsiao, 2015).

1.3.2 L'impatto del lavoro di cura sulla vita e sulla salute del *caregiver*

Il lavoro di cura produce inevitabilmente degli effetti su molteplici aspetti della salute del *caregiver*. Il lavoro di cura è stato più volte riconosciuto in letteratura come una forma di esposizione a stress cronico (Schulz e coll., 2020). Il *caregiver* informale, infatti, si trova quotidianamente esposto a numerosi fattori di stress legati al lavoro di cura e al suo ruolo di assistente, sia sul piano pratico-organizzativo (es., assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, organizzazione delle visite, somministrazione della terapia farmacologica) sia su quello emozionale (es., depressione, ansia, solitudine). Gli stressor del *caregiver* sono stati suddivisi in due categorie: i) stressor primari, che includono il deterioramento cognitivo del malato, la frequenza dei comportamenti problematici, il numero di ore settimanali trascorse nel fornire assistenza e il compito di intermediario tra

il malato e le strutture sanitarie; ii) stressor secondari, legati ai cambiamenti nella relazione tra malato e *caregiver* e ai conflitti interpersonali che sorgono tra il *caregiver* principale e altri membri della famiglia (Lucidi & Grano, 2015).

Cercando di definire il modo in cui gli stressor agiscono sulla salute del *caregiver*, Vitalino, Zhang & Scanlan (2003) hanno proposto il modello teorico di Stress e Salute/Malattia – *Theoretical Model of Stress and Health/Illness*. Nel modello sono stati messi in relazione i fattori di stress dei *caregivers*, il disagio psicosociale, le abitudini rischiose per la salute e gli indicatori fisiologici con i conseguenti problemi di salute, tenendo in considerazione anche le differenze individuali in termini di vulnerabilità e risorse. Infatti, è stato dimostrato che gli effetti del lavoro di cura sulla salute del *caregiver* presentano un'elevata variabilità interindividuale, ovvero non tutti i *caregivers* sperimentano gli stessi effetti e non tutti nella stessa misura. Per esempio, alcuni individui possono beneficiare del loro ruolo di *caregiver*: possono acquisire maggiore fiducia in sé stessi e sentirsi appagati dal lavoro di cura, imparare a fronteggiare sfide e difficoltà quotidiane e sentirsi emotivamente più vicini al *care-recipient* (Schulz e coll., 2020).

Nei paragrafi successivi verranno indagate le conseguenze sulla salute e sul benessere psicologico dei *caregivers* in termini di: i) conseguenze sul funzionamento psicologico; ii) conseguenze sul funzionamento cognitivo; iii) conseguenze sulla salute e sui comportamenti a rischio per la salute (Lucidi & Grano, 2015). Nel paragrafo conclusivo verranno brevemente descritte alcune variabili in grado di mediare la relazione tra *caregiving* e salute, che potrebbero spiegare l'elevata variabilità interindividuale nelle conseguenze sulla salute del *caregiver*.

Caregiving e funzionamento psicologico

Prendersi cura di una persona con demenza ha un impatto significativo sul funzionamento e sul benessere psicologico del *caregiver* informale. Vi è infatti un numeroso corpo di studi in letteratura che ha indagato la relazione tra *caregiving* informale di una persona con demenza e funzionamento psicologico. Nella maggior parte degli studi è stato dimostrato che i *caregivers* informali, rispetto ai *non caregivers*, manifestavano maggiori livelli di stress, ansia, depressione (Pinquart & Sörensen, 2003b) e solitudine (Victor e coll., 2020), associati a una generale riduzione del benessere psicologico e della qualità di vita (Schulz e coll., 2020). Pinquart e Sörensen (2003b) hanno condotto una metanalisi su 84 studi prendendo in considerazione lo stress percepito, la depressione, il benessere percepito, lo stato di salute fisica e la *self-efficacy* in un campione di *caregivers* informali e *non caregivers*. Si è dimostrato che i *caregivers* avevano maggiori livelli di stress e depressione, oltre a minore benessere percepito e *self-efficacy*. In un'altra metanalisi su 228 studi con un campione di *caregivers* di persone con demenza e altre patologie, gli stessi autori hanno indagato la relazione tra alcuni stressor legati al lavoro di cura (es., livello di compromissione del *care-recipient*, quantità di coinvolgimento del *caregiver* nel lavoro di cura), gli effetti benefici del lavoro di cura, il *caregiver burden* e i sintomi depressivi (Pinquart & Sörensen, 2003a). Tra i risultati principali sono emersi: i) un'associazione positiva tra *caregiver burden*, depressione e disturbi del comportamento del *care-recipient*; inoltre, i disturbi del comportamento avevano un impatto maggiore sul *caregiver burden* e sulla depressione del *caregiver* rispetto ai problemi fisici e al deterioramento cognitivo del *care-recipient*; ii) un'associazione positiva tra *caregiver burden*, depressione e quantità del lavoro di cura del *caregiver*, in termini di numero ore dedicate all'assistenza e numero di compiti da svolgere; iii) un'associazione negativa tra

caregiver burden, depressione e benefici del lavoro di cura. Inoltre, in linea con la letteratura precedente, l'associazione tra *caregiver burden* e sintomi depressivi risultava più forte tra i *caregivers* di persone con demenza rispetto ai *caregivers* di soggetti con altre patologie inclusi nel campione. Si è dimostrato, infatti, che il lavoro di cura rivolto a una persona con demenza costituisce uno stressor più forte rispetto a quello rivolto a persone con altre patologie, poiché si associava ad una serie di problemi specifici, tra cui: i) disturbi del comportamento, disorientamento e cambiamenti nella personalità del *care-recipient*, associati a maggiori livelli di *caregiver burden*; ii) il deterioramento progressivo del *care-recipient* e il bisogno crescente di supervisione con il conseguente isolamento sociale del *caregiver*; iii) la capacità limitata del *care-recipient* di manifestare la sua riconoscenza e la conseguente riduzione degli effetti benefici del lavoro di cura. Più recentemente, Collins & Kishita (2019) hanno condotto una metanalisi su 43 studi, per un campione totale di 16.911 *caregivers* informali di persone con demenza, focalizzandosi sulla prevalenza della depressione e del *caregiver burden*. Gli autori hanno trovato una prevalenza di depressione e *caregiver burden* pari al 31.24% e al 49.26%, rispettivamente. Con questi dati si è dimostrato che circa la metà dei *caregivers* informali percepiva un *burden* da lieve a severo e circa un terzo esperiva sintomi depressivi. In linea con la letteratura precedente, gli autori hanno evidenziato un rischio maggiore di depressione per le donne rispetto agli uomini, mentre non sono state trovate differenze significative nel livello di depressione tra *caregivers* coniugi e non coniugi.

Un altro corpo di studi presenti in letteratura ha preso in considerazione la prevalenza della solitudine e la relazione tra solitudine, depressione e qualità di vita nei *caregivers* informali di una persona con demenza. La solitudine è definita come un'esperienza emozionale soggettiva negativa caratterizzata da un sentimento di insoddisfazione in

merito alla quantità e alla qualità delle proprie relazioni sociali con gli altri (Beeson, 2003). Generalmente, viene fatta una distinzione tra solitudine *emotiva* e solitudine *sociale*. La prima si verifica in seguito alla carenza di relazioni sociali strette ed intime, mentre la seconda è il risultato di un'inadeguata integrazione con la propria rete sociale oppure del rifiuto da parte di un gruppo. In un recente studio di Victor e collaboratori (2020) è stata indagata la prevalenza della solitudine in un campione di 1283 *caregivers* informali di persone con demenza ed è emerso che circa due terzi di essi riportava livelli moderati (43.7%) o severi (17.7%) di solitudine. Inoltre, maggiori livelli di solitudine si associavano a maggiore isolamento sociale, maggiori sintomi depressivi e minore benessere psicologico. Per quanto riguarda la relazione tra solitudine e funzionamento psicologico del *caregiver*, Beeson e collaboratori (2000) hanno condotto uno studio pilota su un campione di 242 *caregivers* coresidenti di un familiare con malattia di Alzheimer (AD). Gli autori hanno trovato una forte correlazione tra solitudine, depressione e qualità di vita nei *caregivers* dei pazienti con AD. Inoltre, lo studio ha sostenuto il ruolo della solitudine come predittore significativo della depressione nei *caregivers* di una persona con demenza. In linea con questi risultati, Beeson (2003) ha condotto uno studio sui livelli di depressione e solitudine in *caregivers* coniugi di una persona con AD e *non caregivers*, dimostrando che i primi riferivano livelli significativamente maggiori di depressione e solitudine rispetto ai secondi. Inoltre, è stata trovata una correlazione positiva tra depressione e solitudine, con elevati livelli di solitudine che si associavano a maggiori sintomi depressivi. Un dato interessante è che la solitudine risultava essere l'unica variabile, tra quelle prese in considerazione nello studio, in grado di predire i livelli di depressione del *caregiver*. Uno studio trasversale successivo di Ekwall, Sivberg & Hallberg (2005) ha indagato la relazione tra *caregiving*, solitudine e qualità di vita, in

4278 partecipanti – *caregivers* informali e *non caregivers* – di età superiore a 75 anni. Contrariamente ai risultati precedenti presenti in letteratura (Beeson e coll., 2000; Beeson, 2003), lo studio ha mostrato che i *caregivers* riferivano minori livelli di solitudine rispetto ai *non caregivers*. Tuttavia, la solitudine risultava associata ad una minore qualità di vita. Gli autori hanno concluso che la solitudine è un fattore significativo nel predire una scarsa qualità di vita nei *caregivers*. Più recentemente, Peavy e collaboratori (2022) hanno condotto uno studio coinvolgendo 76 adulti anziani – *caregivers* di una persona con demenza e *non caregivers* – in cui è stata indagata la relazione tra solitudine, depressione, *caregiving* e stress percepito. I risultati hanno segnalato che i *caregivers* riferivano maggiori livelli di depressione, solitudine e stress rispetto ai *non caregivers*. Inoltre, gli autori hanno messo in evidenza che la solitudine e la depressione mediavano la relazione tra status di *caregiver* e livello di stress percepito.

***Caregiving*, salute fisica e funzionamento cognitivo**

Oltre alle conseguenze sul funzionamento e sul benessere psicologico, prendersi cura di un familiare con demenza può esercitare conseguenze negative sulla salute fisica e sul funzionamento cognitivo del *caregiver* informale. Per quanto riguarda lo stato di salute percepito, è stato dimostrato che i *caregivers* di genere femminile riferiscono frequentemente di accusare stanchezza (80,3%), non dormire a sufficienza (63,2%) e ammalarsi spesso (26,1%) (AIMA e CENSIS, 2016). Inoltre, è stato dimostrato che i *caregivers* informali, rispetto ai *non caregivers*, avevano uno stato di salute peggiore ed erano maggiormente esposti a rischi per la salute, sia considerando indicatori *self-report*

sia prendendo in considerazione parametri fisiologici (es., ormone dello stress, risposta immunitaria) (Vitalino, Zhang & Scanlan, 2003).

Sebbene la relazione tra *caregiving* e funzionamento cognitivo sia stata esplorata in letteratura solo di recente, la maggior parte degli studi ha evidenziato una relazione negativa tra status di *caregiver* e funzionamento cognitivo. Si è dimostrato che i *caregivers* informali, rispetto ai *non caregivers*, avevano livelli inferiori di attenzione complessiva e velocità di elaborazione delle informazioni (Caswell e coll., 2003), oltre che prestazioni inferiori in prove di memoria verbale (De Vugt e coll., 2006), apprendimento, memoria episodica e memoria di lavoro (Mackenzie e coll., 2009). De Vugt e collaboratori (2006) hanno dimostrato che prestazioni peggiori in prove di memoria verbale si associavano a minore senso di competenza da parte del *caregiver* e maggiori disturbi del comportamento del *care-recipient*, in particolare i comportamenti di iperattività. Uno studio successivo condotto da Vitalino e collaboratori (2011) ha indagato la relazione tra *caregiving*, funzionamento cognitivo e depressione in un campione di 122 *caregivers* coniugi di persone con demenza e 117 *non caregivers*, cui sono stati proposti il *Digit Symbol Test* (DST) per misurare la velocità di elaborazione delle informazioni, l'attenzione complessiva, la velocità psicomotoria e la concentrazione, e la *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) per i sintomi depressivi. Le misurazioni sono state eseguite: al momento di avvio dello studio (T₁), a distanza di un anno (T₂) e a distanza di 2 anni (T₃). I risultati hanno evidenziato maggiori livelli di depressione e minori prestazioni al DST nei *caregivers* rispetto ai *non caregivers*. Inoltre, è emerso che maggiori sintomi depressivi a T₁ e T₂ erano predittori del declino nella prestazione al DST. Gli autori hanno concluso che l'umore depresso è una variabile in grado di mediare la relazione tra declino cognitivo e status di *caregiving*. In una recente

review, Fonareva & Oken (2014) hanno indagato la relazione tra stress cronico, salute fisica, funzionamento cognitivo e benessere psicologico, prendendo in considerazione 37 studi, per un campione totale di 4145 partecipanti – 749 *caregivers* di una persona con demenza e 3396 *non caregivers*. I risultati hanno mostrato che i *caregivers* di persone con demenza erano maggiormente esposti a esiti negativi sulla salute e sul funzionamento cognitivo, in particolare velocità di processamento delle informazioni, attenzione, memoria e funzioni esecutive. Un interessante studio di Dassel, Carr & Vitalino (2015) ha indagato il funzionamento cognitivo in 192 *caregivers* di persone con demenza e 1063 *caregivers* di persone con altre patologie, prendendo in considerazione il funzionamento cognitivo prima e dopo la morte del *care-recipient*. In linea con la letteratura precedente, gli autori hanno trovato maggiori livelli di depressione nei *caregivers* di persone con demenza (solo prima della morte del *care-recipient*) e minori prestazioni alle prove cognitive rispetto ai *caregivers* di persone con altre patologie. Il dato interessante è che il deterioramento cognitivo era presente nella fase attiva di *caregiving*, ma permaneva anche dopo la morte del *care-recipient*. Gli autori hanno concluso che il declino cognitivo del *caregiver* rimane stabile anche quando gli stressor direttamente legati al lavoro di cura vengono meno.

***Caregiving* e conseguenze sulla salute: quali fattori di rischio e di protezione**

Nei paragrafi precedenti sono state messe in evidenza le conseguenze negative sulla salute del *caregiver* derivanti dagli stressor legati al lavoro di cura. Come già accennato precedentemente, sebbene la maggior parte dei *caregivers* informali sperimenti elevati livelli di *burden*, esiste un'importante variabilità nella loro capacità di far fronte alle

situazioni stressanti, ovvero vi sono importanti differenze individuali nel grado in cui sperimentano le conseguenze derivanti dal lavoro di cura (Haley e coll., 1987). Per questo motivo, negli ultimi 20 anni sono stati condotti numerosi studi con lo scopo di individuare i possibili fattori di rischio e di protezione legati alle conseguenze sulla salute del *caregiver* (Harmell e coll., 2011). Nel già citato modello teorico di Stress e Salute/Malattia di Vitalino, Zhang e Scanlan (2003), gli autori hanno tenuto in considerazione anche le differenze individuali, in termini di vulnerabilità e risorse. Le prime si riferiscono a variabili sociodemografiche stabili, come età, genere, etnia, temperamento e storia familiare, mentre le seconde sono caratteristiche individuali mutabili e soggette alle interazioni della persona con l'ambiente, tra cui le strategie di *coping* e il sostegno sociale. In linea con il modello teorico di Stress e Salute/Malattia, sono state indagate alcune variabili in grado di mediare la relazione tra *caregiving* e conseguenze sulla salute. Le variabili mediatrici sono state distinte in: i) variabili "oggettive", ovvero fattori sociodemografici (es., genere, età, grado di parentela, scolarità, etnia); ii) variabili "soggettive", ovvero fattori individuali (es., personalità, strategie di coping, *self-efficacy*, sostegno sociale percepito) (Lucidi & Grano, 2015).

Variabili "oggettive" sociodemografiche

Per quanto riguarda il genere e il grado di parentela, è stato dimostrato che i *caregivers* donne e i *caregivers* coniugi sono maggiormente vulnerabili allo stress derivante dal lavoro di cura e hanno maggiori livelli di *caregiver burden*. Meno chiari sono gli effetti legati alla variabile età, con *caregivers* più giovani che riferiscono maggiore *loss of self* rispetto ai *caregivers* più anziani, i quali però lamentano maggiori problemi di salute. Per

quanto riguarda la scolarità, è emerso che *caregivers* con elevata istruzione hanno livelli più bassi di *burden*, probabilmente poiché sono in grado di sviluppare strategie più efficaci nella gestione dei problemi relativi al *caregiving* e del proprio stress (Lucidi & Grano, 2015).

Variabili “soggettive” individuali

Per quanto riguarda la personalità, Koerner e Kenyon (2007) hanno condotto uno studio nel quale è stato indagato il ruolo dei tratti di personalità del *caregiver*, in particolare nevroticismo ed estroversione, nel mediare la reattività agli stressor legati al lavoro di cura. Si è dimostrato che i *caregivers* con alti livelli di nevroticismo erano maggiormente sensibili e reattivi al “cambiamento giornaliero” nelle richieste del lavoro di cura e, di conseguenza, sperimentavano maggiori livelli di distress rispetto ai *caregivers* meno nevrotici. Al contrario, *caregivers* con alti livelli di estroversione godevano di un maggior benessere generale (es., minori sintomi depressivi, minore *burden*, minori sintomi fisici), erano più flessibili al cambiamento giornaliero e capaci di adattarsi alle mutevoli richieste del lavoro di cura. Oltre agli aspetti legati alla personalità, particolare attenzione è stata rivolta ad alcune variabili psicologiche tra cui: i) la *self-efficacy*, definita come la percezione soggettiva di riuscire ad affrontare (con successo) le richieste di una determinata situazione; ii) la resilienza, ovvero la capacità di far fronte a situazioni di vita avverse o stressanti, senza lasciarsi sopraffare da esse; iii) le strategie di *coping* – centrate sul problema oppure centrate sull’emozione – in risposta a situazioni specifiche e stressanti (Lucidi & Grano, 2015). Gonyea e collaboratori (2005) hanno trovato una forte correlazione della *self-efficacy* e dei sintomi depressivi con l’esperienza del *caregiver*

burden, anche tenendo sotto controllo altre variabili oggettive. Inoltre, è stata evidenziata una relazione negativa tra *self-efficacy* e depressione tenendo sotto controllo fattori di stress oggettivi, con un'elevata auto-efficacia, a parità di gravità del paziente ed età del *caregiver*, che si associava a minori sintomi depressivi (Gilliam & Steffen, 2006). Per quanto riguarda la resilienza, è stato dimostrato che *caregivers* più resilienti mostravano migliori capacità di adattamento alle continue richieste di cura, nonché maggiore sicurezza e fiducia circa le proprie competenze nella gestione del malato (Lucidi & Grano, 2015). Per quanto riguarda le strategie di *coping*, è stato dimostrato che i *caregivers* che utilizzavano strategie di *coping* centrate sul problema avevano minori conseguenze negative sulla salute, in termini di sintomi depressivi, *life-satisfaction* e salute riferita (Haley e coll., 1987). Infine, anche il sostegno sociale percepito rientra nella macrocategoria delle variabili "soggettive" ed è stato considerato un'importante risorsa per fronteggiare gli stressor derivanti dall'attività di *caregiving* (Lucidi & Grano, 2015). Haley e collaboratori (1987) hanno evidenziato che reti sociali più ampie, impegno in attività quotidiane e soddisfazione delle proprie relazioni erano associate a migliori conseguenze sulla salute del *caregiver*, in particolare in termini di *life-satisfaction* e salute percepita.

Nel presente capitolo sono stati trattati il fenomeno dell'invecchiamento generale della popolazione e dell'invecchiamento patologico, con particolare attenzione verso il caso delle demenze e la presa in carico della persona con demenza da parte dei famigliari – *caregivers* informali. Si è poi indagato l'impatto del lavoro di cura – *caregiving* – sul funzionamento e sul benessere psicologico del *caregiver* informale, oltre che sulla sua salute e sul funzionamento cognitivo. Infine, è stato messo in evidenza il ruolo di alcune

caratteristiche sociodemografiche e individuali (es., personalità, resilienza, *self-efficacy*, strategie di *coping*, sostegno sociale percepito) che potrebbero influenzare il modo in cui il *caregiver* affronta il proprio ruolo.

Nel capitolo successivo (si veda Capitolo 2) verrà indagata la visione “soggettiva” dell’*invecchiamento*, una caratteristica individuale potenzialmente in grado di influenzare il funzionamento psicologico e cognitivo lungo l’intero arco di vita adulto. L’interesse verso questo aspetto nasce dal fatto che i *caregivers* informali di una persona con demenza sono indirettamente “esposti” all’*invecchiamento* patologico, con le conseguenze che esso comporta sulla loro visione soggettiva dell’*invecchiamento*. Prima di indagare il ruolo della visione soggettiva dell’*invecchiamento* sul funzionamento psicologico nella popolazione di *caregivers* informali di una persona con demenza, obiettivo dello studio condotto nel presente elaborato (si veda Capitolo 3), il capitolo successivo sarà focalizzato sulla definizione del concetto di percezione soggettiva dell’*invecchiamento*, oltre che sulla sua relazione con il funzionamento psicologico e cognitivo lungo l’intero arco di vita adulto.

Capitolo 2

La Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento e il funzionamento psicologico nell'arco di vita adulto

2.1 La Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento

Come discusso nel capitolo precedente, nel corso degli ultimi 20 anni si è assistito ad un significativo aumento dell'aspettativa di vita alla nascita che ha determinato un notevole invecchiamento della popolazione generale, oltre ad una crescita nel tasso di prevalenza delle malattie cronico-degenerative, tra cui le demenze. Dal momento che sempre più persone raggiungono età anche molto avanzate, negli ultimi anni si è sollevato sempre maggiore interesse verso lo studio dell'esperienza "soggettiva" dell'invecchiamento, ovvero del modo in cui le persone vivono e valutano soggettivamente l'avanzare della propria età. La visione del proprio invecchiamento si riferisce all'insieme di idee, pensieri, atteggiamenti ed esperienze che le persone tipicamente associano all'età anziana e al processo stesso di invecchiamento, ed emerge a partire da una complessa interazione tra esperienze personali, relazioni sociali, caratteristiche culturali e stereotipi della società (Diehl e coll., 2014). Il concetto di visione soggettiva dell'invecchiamento nasce dalla capacità intrinsecamente umana di riflettere su di sé, sulle proprie esperienze personali e, tra queste, sul proprio processo di sviluppo e di invecchiamento. Nel corso dell'intero arco di vita, infatti, le persone tendono ad attribuire un significato alla complessa combinazione di cambiamenti – fisici, sensoriali, emotivi e cognitivi – che si verificano con l'avanzare dell'età e costruiscono delle vere e proprie rappresentazioni cognitive relative al proprio processo di invecchiamento (Westerhof & Wurm, 2015). L'insieme di queste rappresentazioni cognitive, ovvero la visione soggettiva del proprio

invecchiamento, è nota in letteratura come “Percezione Soggettiva dell’Invecchiamento” – *Subjective Aging o Awareness of Aging* (Westerhof & Wurm, 2015; Diehl e coll., 2014).

Oltre ad essere frutto di un processo cognitivo di valutazione individuale, la percezione soggettiva dell’invecchiamento è fortemente influenzata dalle credenze e dagli atteggiamenti della società nei confronti dell’età anziana, che viene tipicamente associata ad un inevitabile e inesorabile declino generalizzato di tutte le funzioni (es., fisiche, fisiologiche, sociali, comportamentali) (Tully-Wilson e coll., 2021). Con l’avanzare dell’età, infatti, gli adulti-anziani sono spesso costretti a confrontarsi con la cosiddetta “minaccia” dello stereotipo. Per spiegare il modo in cui gli stereotipi negativi legati all’età influenzano la visione soggettiva dell’invecchiamento sono state elaborate numerose teorie. Secondo la Teoria dell’Etichettamento – *Labeling Theory* – gli adulti-anziani tendono ad internalizzare gli stereotipi negativi e mostrano un effetto di “assimilazione”, che si manifesta attraverso una conformazione psicologica e comportamentale alla visione stereotipata. Al contrario, la Teoria della Resilienza – *Resilience Theory* – sostiene che gli adulti-anziani si contrappongono volontariamente allo stereotipo, mettendo in atto una vera e propria “dissociazione” dalla propria età o dal gruppo di pari età per preservare un’immagine positiva di sé stessi e del proprio invecchiamento. La cornice teorica più nota è la Teoria della Personificazione dello Stereotipo – *Stereotype Embodiment Theory, SET*. Secondo questa teoria, con l’avanzare dell’età, gli stereotipi negativi diventano sempre più auto-rilevanti e gli adulti-anziani cominciano ad internalizzare la visione stereotipata ed applicarla inconsciamente su sé stessi. Il risultato è l’emergere di una visione negativa del proprio invecchiamento, che conferma e alimenta la profezia auto-avverantesi – *self-fulfilling prophecy* – del decadimento legato all’avanzare dell’età (Westerhof & Wurm, 2015). La teoria della personificazione dello

stereotipo, inoltre, sostiene l'esistenza di una forte associazione tra la visione del proprio invecchiamento e le conseguenze sulla salute (Warmoth e coll., 2015). Per questo motivo, nel corso degli ultimi 20 anni, un vasto corpo di studi in letteratura ha cominciato ad indagare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento psicologico e cognitivo, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita e il benessere soggettivo degli adulti-anziani (Tully-Wilson e coll., 2021).

Con il presente capitolo si è voluto introdurre il concetto di Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento, distinguendo innanzitutto i suoi tre costrutti principali (Westerhof & Wurm, 2015):

1. “Età Soggettiva” (*Subjective Age*, SA), anche nota come “Identità di Età” (*Age Identity*) o “Età Percepita” (*Felt Age*);
2. “Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento” (*Attitudes Towards One's Own Aging*, ATOA), anche noto come “Auto-Percezioni dell'Invecchiamento” (*Self-Perceptions of Aging*, SPA) o “Soddisfazione dell'Invecchiamento” (*Satisfaction with Aging*);
3. “Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento” (*Awareness of Age-Related Changes*, AARC), anche nota come “Cambiamento Correlato all'Invecchiamento” (*Age-Related Changing*) o “Auto-Percezioni delle Perdite e dei Guadagni Correlati all'Invecchiamento” (*Self-Perceptions of Age-Related Growth and Decline*).

Per evitare di creare confusione a livello terminologico, nel presente elaborato verranno utilizzati i termini “Età Soggettiva”, “Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento” e “Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento” per fare riferimento

rispettivamente ai costrutti di *Subjective Age (SA)*, *Attitudes Towards One's Own Aging (ATOA)* e *Awareness of Age-Related Changes (AARC)*. Nella prima parte del capitolo verranno indicate la definizione e la cornice teorica di riferimento, l'operazionalizzazione, la dimensionalità e lo sviluppo lungo l'arco di vita (si veda Tabella 2.1), oltre che i vantaggi e le limitazioni per ciascun costrutto. Con la seconda parte si andrà ad indagare, tenendo in considerazione lo stato dell'arte corrente in letteratura, la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e il funzionamento psicologico e cognitivo lungo l'intero arco di vita adulto.

2.1.1 L'Età Soggettiva

Sebbene il concetto di "età" sia entrato a far parte del vocabolario di uso comune, per la psicologia dell'invecchiamento il suo significato assume una connotazione ben più complessa, che è stata oggetto di numerose indagini. Innanzitutto, contrariamente al pensiero prevalentemente diffuso, vi sono evidenze che suggeriscono l'esistenza di più di un significato associato al concetto di "età". Nell'approccio della psicologia del *life-span* (Baltes, 1987) – arco di vita – l'indicatore più spesso utilizzato per collocare temporalmente una persona lungo l'arco di vita è l'*età cronologica*, intesa come il tempo trascorso, in anni, dal momento della nascita. Tuttavia, il concetto di età cronologica si è dimostrato inadeguato nel cogliere interamente la complessità dell'invecchiamento, specialmente quando si parla in termini di percezione "soggettiva" dell'avanzare della propria età (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). Per questo motivo, oltre al semplice e più diffuso concetto di età cronologica, sono stati esplorati e indagati altri significati legati al concetto di "età" (es., età biologica, età psicologica, età sociale, età funzionale).

Di particolare interesse ai fini del presente elaborato è il concetto di *età psicologica*, che può definirsi come l'*età soggettiva* che ognuno sente di avere e si riferisce a quanto bene una persona riesce ad utilizzare le proprie abilità cognitive, personali o sociali per sperimentare nuove attività e vivere nuove esperienze, oltre che adattarsi ed essere resiliente di fronte a condizioni nuove e/o non usuali (Borella & De Beni, 2015a). Si può definire il costrutto di Età Soggettiva – *Subjective Age*, SA – come il vissuto individuale e consapevole della propria età, che diventa parte costituente della propria identità personale e della percezione di sé. L'età soggettiva si riferisce alla misura in cui una persona si percepisce “più giovane” oppure “più anziana” rispetto alla sua età cronologica (Alonso Debreczeni & Bailey, 2020) e viene tipicamente misurata con un singolo item: “Che età ti senti?”. La risposta costituisce un indicatore grezzo della cosiddetta Età Percepita – *Felt Age*. A partire dall'indicatore grezzo, l'età soggettiva può essere calcolata attraverso due metodi. Un primo metodo consiste nel fare la differenza pura tra età percepita ed età cronologica [età percepita - età cronologica]. Rispetto ai punteggi grezzi, questo metodo tiene conto dell'età cronologica della persona. Per esempio, un'età percepita di 65 anni assume un significato diverso a seconda che la persona abbia 50 anni oppure 75 anni: una persona di 50 anni con un'età percepita di 65 anni si sente 15 anni “più anziana”, mentre una persona di 75 anni con un'età percepita di 65 anni si sente 10 anni “più giovane”, rispetto alla propria età cronologica. Un secondo metodo consiste nel calcolare la differenza relativa, che si ottiene facendo il rapporto tra la differenza pura tra età percepita ed età cronologica e l'età cronologica [(età percepita – età cronologica) / età cronologica]. Questo metodo, quello più spesso utilizzato, tiene ulteriormente conto del fatto che la discrepanza tra età percepita ed età cronologica assume significati diversi a seconda dell'età cronologica della persona. Per esempio, una persona di 90 anni con

un'età percepita di 70 anni ha un'età soggettiva del 22% “più giovane” rispetto alla propria età cronologica, mentre una persona di 50 anni con un'età percepita di 30 anni ha un'età soggettiva del 40% “più giovane” rispetto alla sua età cronologica. Per cui, la stessa differenza tra età percepita ed età cronologica ha un impatto diverso a seconda dell'età cronologica della persona (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015).

Indipendentemente dal metodo utilizzato, valori negativi e valori positivi sono associati, rispettivamente, ad una età percepita “più giovane” e “più anziana”, rispetto alla propria età cronologica (Kornadt e coll., 2016)¹. Oltre alla semplice domanda “Che età ti senti?”, vi sono anche altri approcci per determinare l'età percepita. Si può chiedere alla persona di indicare se si sente psicologicamente e fisicamente “più giovane”, “più anziana” o “la stessa età” rispetto alla propria età cronologica oppure di abbinarsi con un gruppo di età (es., adulti, adulti-anziani o anziani) o con una età mentale (es., *feel-age*, *look-age*, *do-age*, *interest-age*) (Mitina, Young & Zhavoronkov, 2020).

Indipendentemente dall'operazionalizzazione del costrutto, il più delle volte si osserva che l'età soggettiva non corrisponde all'età cronologica della persona (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). È stato dimostrato, infatti, che l'età soggettiva subisce delle notevoli fluttuazioni nel corso dell'arco di vita. È noto che, già a partire dall'infanzia, gli individui cominciano a sviluppare una rappresentazione flessibile della propria età cronologica. Tipicamente, durante l'adolescenza e l'età giovane-adulta, l'età soggettiva è maggiore rispetto all'età cronologica, ovvero le persone riferiscono di sentirsi “più vecchie” della loro età. Al contrario, nel corso dell'età adulta, le persone cominciano a

¹ Alcuni autori hanno calcolato l'età soggettiva come differenza pura tra età cronologica ed età percepita [età cronologica – età percepita] oppure come differenza relativa facendo il rapporto tra la differenza pura e l'età cronologica [età cronologica – età percepita / età cronologica]. Deriva che, in questo caso, valori negativi e valori positivi si associano, rispettivamente, ad una età percepita “più anziana” e “più giovane” (Alonso Debreczeni & Bailey, 2020).

sentirsi progressivamente “più giovani”, con una età soggettiva di circa il 20% inferiore rispetto alla propria età cronologica (Diehl e coll., 2014). In generale, nel corso dell’arco di vita adulto con l’avanzare dell’età, si verifica un capovolgimento nell’andamento dell’età soggettiva, con gli adulti anziani che tendono a sentirsi “più giovani” rispetto alla loro età cronologica. Questo fenomeno, noto come *Subjective Age Bias* (Alonso Debreczeni & Bailey, 2020), è stato spesso interpretato come una strategia di auto-protezione nei confronti delle visioni negative e degli stereotipi legati all’età anziana e all’avanzare dell’età (Kotter-Grühn, Kornadt & Stephan, 2015). Infatti, sentirsi “più giovani” rispetto alla propria età è stato associato a maggiore benessere psicologico, oltre che a livelli più elevati di auto-stima (Weiss & Lang, 2012). A sostegno di questa ipotesi e in linea con la teoria della resilienza, si è dimostrato che, nei domini di vita e nei contesti in cui vi sono molti stereotipi negativi sull’invecchiamento, gli adulti-anziani riferiscono una minore età percepita (Kornadt e coll., 2016) e tendono a “dissociarsi” psicologicamente dal gruppo dei pari età – *age-group dissociation* (Weiss & Lang, 2012). Tuttavia, vi sono anche evidenze contrarie. Per esempio, Kotter-Grühn e Hess (2012) hanno trovato che adulti-anziani in buona salute riferivano di sentirsi “più vecchi” – maggiore età soggettiva – a seguito dell’esposizione a stereotipi negativi sull’invecchiamento. Oltre agli stereotipi della società, tuttavia, è necessario tenere presente che vi sono altri fattori modificabili in grado di influenzare l’età soggettiva, tra cui stato di salute e disabilità, attività fisica, scolarità, sostegno psicologico, relazioni interpersonali e credenze personali (Mitina, Young & Zhavoronkov, 2020).

Secondo il modello di riferimento teorico proposto da Montpare (2009), l’età soggettiva emerge da un processo di modellamento della propria età e del proprio invecchiamento basato su punti di riferimento “distali” e “prossimali”. I punti di riferimento “distali”,

ovvero modelli dello sviluppo soggettivi e relativamente stabili, hanno un andamento curvilineo lungo l'arco di vita adulto, con guadagni previsti per il futuro durante l'età giovane-adulta e perdite attese a partire dall'età adulta-anziana. Questo spiegherebbe perché i giovani adulti riferiscono un'età soggettiva maggiore rispetto alla propria età cronologica, mentre, con il progredire dell'età, si passa ad un andamento opposto, con le persone che riferiscono di sentirsi "più giovani" rispetto alla propria età. I punti di riferimento "prossimali", invece, sono avvenimenti che scandiscono lo scorrere del tempo e, di conseguenza, l'avanzare dell'età. Tra questi vi sono: i) eventi storici, ovvero ricorrenze o fatti che vengono tipicamente celebrati (es., compleanni, matrimoni, anniversari); ii) eventi fisici, ovvero patologie associate all'età oppure fatti inerenti alla nascita o alla morte di persone care; iii) eventi normativi, ovvero fatti che la società e le usanze culturali associano ad una determinata età (es., primo appuntamento, ottenere la patente di guida, laurearsi); iv) eventi interpersonali, ovvero interazioni sociali con persone di età diverse o che hanno certe aspettative verso i comportamenti associati all'avanzare dell'età.

Sebbene l'età soggettiva sia il costrutto maggiormente utilizzato come indicatore della percezione soggettiva dell'invecchiamento, vi sono alcune limitazioni da mettere in evidenza. Primo, il metodo attraverso il quale si valuta l'età soggettiva ("Che età ti senti?") è molto generico e non fornisce informazioni significative circa il vissuto soggettivo del proprio invecchiamento. Secondo, l'età soggettiva viene valutata in modo del tutto decontestualizzato, senza tenere in adeguata considerazione i punti di riferimento "distali" e "prossimali" (Diehl e coll., 2014). Infatti, essendo sensibile all'influenza di fattori contestuali, l'età soggettiva può aumentare o diminuire in funzione, per esempio, della distanza da eventi significativi come compleanni o anniversari (Tully-Wilson e coll.,

2021). Infine, un'ultima limitazione riguarda la natura unidimensionale o multidimensionale del costrutto. Sebbene l'età soggettiva sia stata concettualizzata come un costrutto multidimensionale (es., *feel-age*, *look-age*, *do-age*, *interest-age*, *ideal-age*), la maggior parte degli studi continua ad utilizzare una valutazione basata su un approccio unidimensionale (es., "Che età ti senti?") (Kornadt e coll., 2016).

2.1.2 La Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento

La Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI) – *Awareness of Age-Related Changes*, AARC – è un costrutto comparso in letteratura solo di recente e fa riferimento alla percezione soggettiva e cosciente dei guadagni e delle perdite relative che si verificano in diversi domini di funzionamento con l'avanzare dell'età (Westerhof & Wurm, 2015). Secondo Diehl e Wahl (2010), si definisce Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento "...l'insieme delle esperienze che rendono una persona consapevole del fatto che il proprio comportamento, funzionamento mentale e stile di vita è cambiato come conseguenza dell'avanzare dell'età". Da questa definizione emergono due aspetti cruciali relativi al costrutto in esame. Primo, poiché la consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento si basa sulla percezione cosciente dei cambiamenti comportamentali, mentali ed esperienziali, si tratta di un costrutto che necessita di un certo grado di auto-riflessione e processamento cosciente. Secondo, viene sottolineato che tutti i cambiamenti debbano essere associati all'avanzare dell'età cronologica piuttosto che ad altre condizioni (es., cambiamenti nelle condizioni di salute o di abitazione). In altre parole, le persone devono essere consapevoli del fatto che l'aumento dell'età cronologica è la causa dei cambiamenti percepiti (Diehl e coll., 2014). Per quanto riguarda la cornice teorica, il concetto di consapevolezza dei

cambiamenti correlati all'invecchiamento è stato sviluppato sulla base della teoria del *life-span* – arco di vita – di Baltes (1987), la quale ha portato a considerare i cambiamenti lungo l'intero arco di vita della persona, sostenendo una visione secondo cui lo sviluppo, inteso come un continuo riequilibrio tra nuove acquisizioni e la perdita di alcune abilità, caratterizza ogni fase dell'esistenza (Borella, Cornoldi & De Beni, 2015). In linea con la teoria del *life-span*, l'AARC è stato costruito a priori sulla base dei principi di multidimensionalità e multidirezionalità dello sviluppo. L'operazionalizzazione dell'AARC si focalizza nello specifico su cinque domini di vita: 1) salute e funzionamento fisico; 2) funzionamento cognitivo; 3) relazioni interpersonali; 4) funzionamento social-cognitivo e social-emotivo; 5) stile di vita e coinvolgimento. Per ciascun dominio, vengono considerati sia i cambiamenti in senso positivo sia i cambiamenti in senso negativo, ottenendo quindi due fattori complessivi cross-dominio che rappresentano rispettivamente i “guadagni” e le “perdite” associate all'avanzare dell'età (Wurm e coll., 2017). Rispetto all'età soggettiva, il costrutto di consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento è meno sensibile all'influenza di fattori contestuali e rappresenta quindi un tratto più stabile. Tuttavia, essendo un costrutto emerso solo di recente, vi sono pochi studi in letteratura che lo hanno utilizzato per indagare la percezione soggettiva dell'invecchiamento (Westerhof & Wurm, 2015).

2.1.3 Gli Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento

Il costrutto di Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento – *Attitudes Towards One's Own Aging*, ATOA – fa riferimento all'insieme di credenze e atteggiamenti personali e della società nei confronti delle persone anziane e del processo di avanzare dell'età (Diehl e coll. 2015). Il costrutto di Auto-Percezioni dell'Invecchiamento – *Self-Perceptions of*

Aging, SPA – è concettualmente simile all'ATOA e si riferisce alla percezione individuale della propria età e del proprio invecchiamento (Kotter-Grühn & Hess, 2012). Per questo motivo, i due costrutti vengono spesso utilizzati come sinonimi. Lo studio degli atteggiamenti verso l'invecchiamento emerge dalla psicologia sociale e dagli stereotipi legati all'età. In linea con la teoria della personificazione dello stereotipo – *Stereotype Embodiment Theory*, SET – l'atteggiamento verso il proprio invecchiamento è il risultato del processo di assimilazione ed internalizzazione delle credenze promosse dalla società nei confronti degli anziani e dell'avanzare dell'età (Tully-Wilson e coll., 2021).

Per quanto riguarda l'operazionalizzazione del costrutto, l'atteggiamento verso il proprio invecchiamento e le auto-percezioni del proprio invecchiamento vengono generalmente misurate attraverso l'*Attitudes Towards One's Own Aging Scale* (ATOA) del *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (Warmoth e coll., 2015), che indaga le componenti affettive e cognitive dell'atteggiamento della persona verso il proprio invecchiamento e contiene item quali “*Things keep getting worse as I get older*”, “*As you get older, you are less useful*” e “*I am as happy now as I was when I was younger*” (Westerhof & Wurm, 2015). Sebbene l'atteggiamento verso il proprio invecchiamento possa essere esplicitato, esso, così come gli stereotipi sull'invecchiamento, opera prevalentemente in modo implicito e tende ad influenzare molteplici aspetti della vita degli adulti-anziani, dal comportamento al funzionamento psicologico e cognitivo (Diehl e coll., 2014).

Nei paragrafi che seguono verranno presentate evidenze di studi trasversali e longitudinali che hanno individuato un'associazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, indicatori del processo di invecchiamento e conseguenze sullo sviluppo individuale, in particolare sulla salute e sul funzionamento psicologico e cognitivo (Diehl e coll., 2014).

Tabella 2.1. Percezione Soggettiva dell' Invecchiamento: costrutti, definizioni, operazionalizzazione, dimensionalità e sviluppo lungo l' arco di vita. Tabella adattata da Diehl e coll., 2014

Costrutto	Definizione	Operazionalizzazione	Dimensionalità	Sviluppo lungo l' arco di vita
Età Soggettiva (<i>Subjective Age, SA</i>)	L' età che una persona sente di avere;	Differenza pura o relativa tra età percepita (<i>Felt Age</i>) ed età cronologica;	Multidimensionale; Più spesso unidimensionale;	Con l' avanzare dell' età, la persona riferisce di sentirsi “ più giovane” rispetto alla propria età cronologica.
Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento (<i>Attitudes Towards One' s Own Aging, ATOA</i>)	La valutazione generale del proprio processo di invecchiamento;	<i>Attitudes Towards One' s Own Aging</i> dal <i>Phialdelphia Geriatric Center Morale Scale</i> ;	Unidimensionale;	Assume connotazione più negativa con l' avanzare dell' età.
Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all' Invecchiamento (<i>Awareness of Age-Related Changes, AARC</i>)	L' insieme delle esperienze che rendono una persona consapevole del fatto che il proprio comportamento, funzionamento mentale e stile di vita è cambiato come conseguenza dell' avanzare dell' età;	<i>Questionario Awareness of Age-Related Changes (AARC)</i> ;	Multidimensionale;	Aumenta nella seconda metà di vita.

2.2 La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento mentale e psicologico

Si è già fatto precedentemente riferimento al fatto che la percezione soggettiva dell'invecchiamento ha un impatto sul funzionamento e sul benessere psicologico degli adulti-anziani, oltre che sulla loro salute e sul funzionamento cognitivo. Infatti, secondo la teoria della personificazione dello stereotipo – *Stereotype Embodiment Theory*, SET – esiste un'associazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e conseguenze sulla salute. Per esempio, sentirsi “più giovani” rispetto alla propria età cronologica – età soggettiva inferiore all'età cronologica – costituisce una percezione adattiva e positiva del proprio invecchiamento e si associa a conseguenze favorevoli sulla salute. Al contrario, sentirsi “più anziani” rispetto alla propria età cronologica – età soggettiva maggiore dell'età cronologica – costituisce una percezione disadattiva e negativa del proprio invecchiamento ed è associata a conseguenze sfavorevoli sulla salute. Tuttavia, recenti evidenze suggeriscono l'esistenza di relazioni reciproche e bidirezionali tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento psicologico lungo l'arco di vita adulto (Warmoth e coll., 2015). In questo senso, la percezione soggettiva dell'invecchiamento può essere indagata sia come *outcome* sia come predittore della salute e del funzionamento mentale e psicologico (Stephan, Sutin & Terracciano, 2018a). Nel primo caso, la percezione soggettiva dell'invecchiamento rappresenta la conseguenza di una serie di fattori legati all'avanzare dell'età e costituisce un valido marker biopsicosociale del processo di invecchiamento. Tra i predittori della percezione soggettiva dell'invecchiamento si possono distinguere: i) fattori demografici, tra cui età, genere, educazione, cultura; ii) fattori sociali e ambientali, tra cui discriminazione legata all'età, confronto sociale e ambiente sociale; iii) fattori legati alla salute; iv)

funzionamento psicologico e cognitivo. Nel secondo caso, invece, la percezione soggettiva dell'invecchiamento viene indicata come predittore significativo della salute, del comportamento e del funzionamento psicologico e cognitivo, indipendentemente dall'età cronologica. Infatti, è stato dimostrato che una percezione positiva dell'invecchiamento (es., minore età soggettiva) contribuisce a condizioni di salute più favorevoli e migliore funzionamento psicologico e cognitivo, indipendentemente dall'età cronologica e tenendo conto anche di fattori demografici (es., educazione, genere, stato civile) e variabili legate alla salute (es., burden di malattia) (Stephan e coll., 2014). Nel presente capitolo, e in linea con le più recenti evidenze della letteratura, la percezione soggettiva dell'invecchiamento viene considerata un marker biopsicosociale del processo di invecchiamento ed un valido predittore della salute e del funzionamento psicologico e cognitivo lungo l'intero arco di vita adulto (Stephan, Sutin & Terraciano, 2018a). Nei paragrafi che seguono verranno presentate alcune evidenze a sostegno dell'impatto della percezione soggettiva dell'invecchiamento su: i) funzionamento e benessere psicologico; ii) funzionamento cognitivo; iii) salute e longevità.

2.2.1 La percezione soggettiva dell'invecchiamento e le ricadute sul funzionamento mentale e psicologico

Tipicamente, il funzionamento psicologico e cognitivo degli adulti-anziani viene indagato facendo riferimento al concetto di *età cronologica*. Sebbene l'età cronologica sia l'indicatore più utilizzato per studiare i cambiamenti lungo l'arco di vita adulto e costituisca il principale fattore di rischio verso il decadimento cognitivo e l'incidenza delle demenze, essa non è in grado di catturare la complessità del processo di invecchiamento (Stephan e coll., 2014). Dal momento che l'invecchiamento costituisce

anche un processo di natura “soggettiva”, negli ultimi anni molte ricerche hanno cominciato ad indagare la relazione tra percezione soggettiva dell’invecchiamento e funzionamento mentale e psicologico lungo l’arco di vita adulto. In generale, la percezione soggettiva dell’invecchiamento è stata associata a migliore benessere soggettivo, riduzione dei sintomi depressivi, oltre che migliori prestazioni alle prove cognitive (Alonso Debreczeni & Bailey, 2020; Tully-Wilson e coll., 2021). In questo senso, la percezione soggettiva dell’invecchiamento viene considerata un predittore significativo del funzionamento psicologico e cognitivo lungo l’intero arco di vita adulto. Nei paragrafi di seguito vengono esposti i risultati di alcuni studi che hanno indagato e messo in evidenza la relazione tra percezione soggettiva dell’invecchiamento e: i) funzionamento psicologico e personalità, con particolare attenzione verso depressione, solitudine e benessere percepito; ii) funzionamento cognitivo, in particolare memoria e funzioni esecutive.

Percezione soggettiva dell’invecchiamento e funzionamento psicologico

Per quanto riguarda l’associazione tra percezione soggettiva dell’invecchiamento e funzionamento psicologico, una percezione positiva è stata associata a minori sintomi depressivi e ansiosi e minori livelli di solitudine, oltre che maggiore benessere percepito e auto-stima (Weiss & Lang, 2012). Keyes e Westerhof (2011) hanno indagato longitudinalmente l’associazione tra episodio depressivo maggiore – *Major Depressive Episode*, MDE – salute mentale – *Flourishing Mental Health*, FMH – età cronologica ed età soggettiva – *Subjective Age*, SA – su un campione di 3032 partecipanti del *Midlife in the United States* (MIDUS). È emerso che una minore età soggettiva – sentirsi “più

giovani” rispetto alla propria età cronologica – si associava a minore rischio di depressione e maggiore probabilità di FMH. Risultati simili sono stati trovati negli studi che hanno indagato l’associazione tra età soggettiva e sintomatologia depressiva. Per esempio, Spuling e collaboratori (2013) hanno dimostrato che una minore età soggettiva si associava longitudinalmente a minori sintomi depressivi a distanza di 6 anni. Choi e DiNitto (2014) hanno trovato che sentirsi “più giovani” e sentirsi “più vecchi” rispetto alla propria età cronologica erano associate trasversalmente e longitudinalmente, rispettivamente, a minori e maggiori sintomi depressivi. Oltre all’età soggettiva, anche l’atteggiamento verso il proprio invecchiamento è associato al funzionamento psicologico nell’arco di vita adulto. Freeman e collaboratori (2016) hanno indagato longitudinalmente la relazione tra auto-percezione del proprio invecchiamento – *Self-Perceptions of Aging*, SPA – depressione e ansia, dimostrando che un’auto-percezione negativa alla baseline si associava sia all’insorgenza che alla persistenza di sintomi ansiosi e depressivi al follow-up dopo 2 anni.

Oltre al tono dell’umore e ai sintomi ansiosi, la percezione soggettiva dell’invecchiamento è stata associata al supporto sociale e alla solitudine percepita. Lamont e collaboratori (2017) hanno individuato un’associazione positiva tra la soddisfazione del supporto sociale (non la frequenza di interazioni e la numerosità di contatti sociali) e l’atteggiamento verso il proprio invecchiamento – *Attitudes Towards One’s Own Aging*, ATOA. Questo risultato è in linea con la teoria della selettività socioemotiva – *Socioemotional Selectivity Theory*, SST – di Laura Carstensen (1999), secondo cui gli anziani tendono a perseguire obiettivi emotivi (o di soddisfazione emotiva) attraverso la regolazione delle loro interazioni sociali, dando priorità alla qualità delle relazioni piuttosto che alla loro quantità e frequenza. Gli autori hanno concluso che

la qualità delle relazioni sociali in età adulta-anziana è un fattore imprescindibile per mantenere una visione positiva del proprio invecchiamento e quindi raggiungere la stabilità e la soddisfazione emotiva. Per quanto riguarda l'associazione tra legami sociali stretti, solitudine ed età soggettiva, Spitzer, Segel-Karpas & Palgi (2019) hanno dimostrato che i legami sociali stretti e la solitudine erano associate negativamente, con l'età soggettiva che moderava tale associazione. In particolare, è stato dimostrato che una maggiore età soggettiva indeboliva l'associazione tra legami sociali stretti e solitudine. I risultati di questo studio hanno suggerito che il passaggio a relazioni sociali ristrette e più intime in età adulta-anziana, come sostenuto dalla teoria della selettività socioemotiva, si verifica nelle persone che si sentono "più giovani" rispetto alla propria età cronologica. In altre parole, sentirsi "più vecchi" rispetto alla propria età cronologica impedisce di godere dei benefici derivanti dai legami sociali più intimi e si associa a maggiore percezione di solitudine. Al contrario, sentirsi "più giovani" consente di godere di tali benefici e si associa a minore percezione di solitudine. Altri studi hanno dimostrato che il coinvolgimento sociale è influenzato anche dall'atteggiamento verso il proprio invecchiamento. In questo senso si è ipotizzato che un atteggiamento negativo verso il proprio invecchiamento possa determinare l'uso di strategie inadeguate di coinvolgimento sociale con un conseguente maggior senso di solitudine. Poiché un atteggiamento negativo verso il proprio invecchiamento è stato associato longitudinalmente ad una maggiore età soggettiva (Konradt e coll., 2016), si è ipotizzato che auto-percezioni negative dell'invecchiamento, solitudine e maggiore età percepita siano associate in un circolo vizioso che si auto-alimenta (Bodner, 2022).

Per quanto riguarda la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e personalità, un recente studio condotto da Stephan, Sutin & Terraciano (2014) si è

focalizzato sulla relazione tra età soggettiva e sviluppo personalità in un campione di 3617 partecipanti del *Midlife in the United States* (MIDUS). È emerso che una minore età soggettiva alla baseline si associava a maggiore apertura, coscienziosità e adattabilità. Inoltre, gli autori hanno trovato che una maggiore età soggettiva e deviazioni dalla normale traiettoria dell'età soggettiva lungo l'arco di vita adulto erano associate a minore stabilità della personalità. Gli autori hanno concluso che l'età soggettiva, ovvero l'età che le persone sentono soggettivamente di avere, è associata a cambiamenti nel modo in cui le persone pensano e si comportano lungo l'arco di vita.

Percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento cognitivo

Oltre alla relazione con il funzionamento psicologico, diversi studi in letteratura hanno evidenziato una relazione positiva tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento cognitivo, con una percezione negativa che si associa tipicamente a peggiori prestazioni cognitive. Si è dimostrato, per esempio, che l'età riveste un ruolo cruciale nel processo di invecchiamento cognitivo e costituisce un predittore significativo del funzionamento cognitivo con l'avanzare dell'età. Stephan e collaboratori (2014) hanno indagato prospetticamente l'associazione tra età soggettiva e funzionamento cognitivo – in termini di memoria episodica e funzioni esecutive – in un campione di 1353 partecipanti di età compresa tra 50 e 75 anni. Si è evidenziata un'associazione significativa tra età soggettiva alla baseline e performance cognitiva al follow-up 10 anni dopo, con una minore età soggettiva – sentirsi “più giovani” rispetto alla propria età cronologica – che si associava a migliori prestazioni alle prove di memoria episodica e funzionamento esecutivo. Questi risultati sono stati confermati da uno studio successivo

condotto dallo stesso gruppo di ricerca, in cui è emerso che una minore età soggettiva era associata a migliori prestazioni di memoria – in termini di richiamo immediato e differito – sia alla baseline che al follow-up dopo 4 anni e che una minore età soggettiva si associava longitudinalmente a minore declino nella prestazione mnemonica. Inoltre, gli autori hanno trovato che l’associazione tra età soggettiva e memoria era mediata in parte dai sintomi depressivi (Stephan e coll., 2015). Oltre all’età soggettiva, anche l’atteggiamento verso il proprio invecchiamento è stato associato al funzionamento cognitivo lungo l’arco di vita adulto. Warmoth e collaboratori (2015) hanno dimostrato un’associazione positiva tra atteggiamento verso il proprio invecchiamento e funzionamento cognitivo in una prova di richiamo di memoria e, più in generale, le auto-percezioni negative del proprio invecchiamento sono state associate a prestazioni cognitive inferiori (Wurm e coll., 2017).

2.2.2 La percezione soggettiva dell’invecchiamento e l’impatto sulla salute fisica

Numerose evidenze in letteratura sostengono l’associazione tra percezione soggettiva dell’invecchiamento, salute e longevità della popolazione adulta-anziana. Per quanto riguarda l’associazione tra percezione soggettiva dell’invecchiamento e salute, Spuling e collaboratori (2013) hanno dimostrato che sentirsi “più giovani” rispetto alla propria età si associava trasversalmente e longitudinalmente a migliore salute auto-riferita e funzionale, minori problemi fisici e sintomi depressivi meno frequenti. Al contrario, Li e collaboratori (2021) hanno trovato che una maggiore età soggettiva si associava longitudinalmente a maggiore rischio di sviluppare condizioni di fragilità o pre-fragilità. Con l’obiettivo di indagare la relazione tra atteggiamento verso il proprio invecchiamento e salute, Warmoth e collaboratori (2015) hanno condotto una *review* su 28 studi

osservazionali, dimostrando che un atteggiamento positivo verso il proprio invecchiamento era associato a migliori prestazioni fisiche e fisiologiche e migliore salute funzionale, mentre un atteggiamento negativo era associato ad un maggior numero di patologie, maggior rischio di ospedalizzazione e difficoltà nello svolgimento di attività di base e strumentali della vita quotidiana. Per quanto riguarda la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e longevità, Levy e collaboratori (2002) hanno condotto uno studio longitudinale in cui hanno evidenziato che i partecipanti con un'auto-percezione positiva del proprio invecchiamento vivevano in media 7.6 anni più a lungo rispetto a coloro che avevano un'auto-percezione negativa. In linea con questi risultati, una minore età soggettiva – sentirsi “più giovani” rispetto alla propria età cronologica – è stata associata longitudinalmente a maggiore longevità (Westerhof & Wurm, 2015), mentre una maggiore età soggettiva – sentirsi “più vecchi” rispetto alla propria età cronologica – è stata associata ad un maggiore rischio di mortalità (Stephan, Sutin & Terracciano, 2018b). In generale, come emerso da una recente metanalisi condotta su 19 studi longitudinali (Westerhof e coll., 2014) si può concludere che la percezione soggettiva dell'invecchiamento ha un effetto significativo sulla salute, sui comportamenti di salute e sulla longevità, con una percezione positiva dell'invecchiamento che si associa longitudinalmente a condizioni di salute migliori e maggiore longevità.

L'associazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e salute è mediata da alcune variabili, prevalentemente di natura psicologica (es., benessere soggettivo, credenze di controllo personali, volontà di vivere) e comportamentale (es., comportamenti rilevanti per la salute). L'associazione tra età soggettiva, salute e longevità, per esempio, è mediata dal benessere psicologico (Westerhof & Wurm, 2015). Nello specifico, una minore età soggettiva si associa a maggiore benessere soggettivo, a

sua volta associato a migliori esiti sulla salute e sopravvivenza. L'associazione tra atteggiamento verso il proprio invecchiamento e salute, invece, sembra essere mediata dalle credenze di controllo personale – *personal control beliefs* – e dalla volontà di vivere – *will to live*. In questo caso, un atteggiamento positivo verso il proprio invecchiamento si associa a credenze di controllo personale e volontà di vivere, a loro volta associate a migliori conseguenze sulla salute. Questa associazione è mediata anche da variabili di natura comportamentale, tra cui i comportamenti rilevanti per la salute. Si è dimostrato, infatti, che le persone con una visione positiva del proprio invecchiamento mettono in atto comportamenti di salute con maggiore frequenza e questo si associa a migliori condizioni di salute (Westerhof & Wurm, 2015). Per esempio, Warmoth e collaboratori (2015) hanno dimostrato che persone con un atteggiamento negativo verso il proprio invecchiamento praticavano esercizio fisico meno frequentemente e mettevano in atto un numero minore di comportamenti rilevanti per la salute rispetto a coloro che avevano un atteggiamento positivo verso il proprio invecchiamento.

Il presente capitolo si è focalizzato sulla Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento, articolata nei tre costrutti di Età Soggettiva, Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento e Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento. Particolare attenzione è stata poi rivolta alla relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, funzionamento psicologico, cognitivo e salute lungo l'intero arco di vita adulto. Una percezione positiva è stata associata a migliore funzionamento e benessere psicologico, mentre una percezione negativa è stata associata a minore benessere psicologico, condizioni di salute peggiori e ridotta longevità.

In base a quanto emerso dalla letteratura riguardo ai *caregivers* informali di una persona con demenza, si è dimostrato che il lavoro di cura ha un impatto sulla salute e sul benessere del *caregiver* (Pinquart & Sörensen, 2003b; Victor e coll., 2020; Schulz e coll., 2020; Caswell e coll., 2003), ma potrebbe influenzare anche la sua visione soggettiva dell'invecchiamento, a causa della costante esposizione indiretta alle conseguenze dell'invecchiamento patologico. Sebbene sia nota la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico lungo l'arco di vita adulto, non ci sono studi in letteratura che hanno indagato questa associazione nei *caregivers* informali di una persona con demenza. Per questo motivo, lo studio che è stato condotto nel presente elaborato, presentato nel capitolo successivo (si veda Capitolo 3), si è posto l'obiettivo di indagare e confrontare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico in adulti-anziani *caregivers* informali di persone con demenza e *non caregivers*.

Capitolo 3

La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico in *caregivers* informali di persone con demenza e *non caregivers*

3.1 L'obiettivo della ricerca

Il presente studio è parte di un progetto di ricerca più ampio interessato ad indagare la relazione tra la percezione soggettiva dell'invecchiamento, il funzionamento psicologico (es., solitudine, resilienza, tono dell'umore, qualità di vita), il funzionamento cognitivo (es., memoria, attenzione, ragionamento e abilità cristallizzate) e alcune caratteristiche individuali (es., personalità), in adulti-anziani *caregivers* informali di una persona con demenza e *non caregivers*.

Il presente elaborato ha avuto l'obiettivo, in particolare, di analizzare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento – in termini di età soggettiva e consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento – e il funzionamento psicologico – in termini di tono dell'umore, solitudine e qualità di vita – in adulti-anziani *caregivers* informali (CGVs) di una persona con demenza e *non caregivers* (NON-CGVs). La percezione soggettiva dell'invecchiamento è stata indagata in termini di: i) Età Soggettiva, misurata con una domanda *ad hoc* – “Quanti anni si sente?” – e ii) Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento, misurata con il Questionario sulla Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI-50, adattato da Diehl & Brothers, 2017). Per quanto riguarda le variabili psicologiche di interesse, la solitudine, il tono dell'umore e la qualità della vita sono state

indagate attraverso il Questionario di Solitudine Sociale ed Emotiva (De Jong Gierveld & Van Tilburg, adattata da Borella, 2006, si veda Capotosto e coll., 2016), la *Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)*, adattata da Yasavage, 1987) e la versione breve italiana del Questionario *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF)*, THE WHOQOL GROUP, 1998), rispettivamente.

In linea con la letteratura (Peavy e collaboratori, 2022; Schulz e coll., 2020; Victor e coll., 2020; Collins & Kishita, 2019; Pinguart & Sørensen, 2003b; Beeson, 2003), ci si aspettava che i CGVs informali riportassero maggiori livelli di depressione e solitudine, oltre ad una peggiore qualità di vita, rispetto ai NON-CGVs.

È stato poi esplorato se vi fossero differenze nelle misure di percezione soggettiva dell'invecchiamento tra i due gruppi, ipotizzando che i NON-CGVs avessero una migliore percezione dell'invecchiamento rispetto ai CGVs, visto il loro ruolo e le conseguenze del lavoro di cura sul proprio funzionamento psicologico (Schulz e coll., 2020; Pinguart & Sørensen, 2003a; Pinguart & Sørensen, 2003b; Vitalino, Zhang & Scanlan, 2003).

È stato esplorato, inoltre, se emergesse un diverso pattern di associazioni tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, solitudine, tono dell'umore e qualità di vita nei due gruppi. In linea con la letteratura (Tully-Wilson e coll., 2021; Alonso Debreczeni & Bailey, 2020; Westerhof & Wurm, 2015), si è ipotizzata un'associazione negativa tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e le variabili psicologiche di interesse, in entrambi i gruppi, CGVs informali e NON-CGVs. Inoltre, nel gruppo dei CGVs si è esplorato se vi fosse una forte correlazione tra percezione dell'invecchiamento e funzionamento psicologico, soprattutto in termini di tono dell'umore e qualità di vita.

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

Hanno partecipato allo studio 133 adulti-anziani di età superiore ai 49/50 anni, di cui 67 CGVs informali di persone con demenza e 66 NON-CGVs. La partecipazione è stata a carattere volontario. I CGVs sono stati reclutati grazie alla collaborazione con i Centri Decadimento Cognitivo e Demenze (CDCD) di Dolo e Noale e con i Centri Sollievo della Regione Veneto, nel territorio di Padova e provincia. Per il gruppo CGVs sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: i) essere un familiare – *caregiver* informale – di una persona con demenza; ii) prendersi cura del malato – *care-recipient* – direttamente per la maggior parte della giornata e continuativamente durante la settimana. I partecipanti del gruppo NON-CGVs sono stati reclutati principalmente dalle regioni Umbria e Toscana attraverso il passa-parola. Per il gruppo NON-CGVs sono stati usati i seguenti criteri di inclusione: i) essere persone autonome e avere un buono stato di salute psicofisica; ii) non assistere direttamente un familiare con demenza per la maggior parte del giorno, continuativamente durante la settimana. Sono stati adottati, inoltre, i seguenti criteri di esclusione per entrambi i gruppi (CGVs e NON-CGVs): i) avere un punteggio alla *Geriatric Depression Scale (GDS)*, adattata da Yasavage, 1987) maggiore a 5, per escludere sintomatologia depressiva; ii) avere punteggio al *Montreal Cognitive Assessment-BLIND (MoCA-BLIND)*, Wittich e coll., 2010) inferiore a 17, per escludere segni di deterioramento cognitivo; iii) avere un punteggio inferiore alla norma nella prova di Vocabolario (Wechsler, 1981; Orsini & Laicardi, 2003). Un totale di 61 partecipanti è stato escluso dalle analisi in quanto non rispondevano ai criteri di inclusione/esclusione dello studio. Pertanto, il campione finale si compone di 72 partecipanti di età compresa tra i 49 e gli 83 anni, di cui 36 CGVs (30 femmine e 6 maschi) e 36 NON-CGVs (31

femmine e 5 maschi). Le caratteristiche demografiche e le prestazioni nelle prove di screening del campione sono riportate in Tabella 3.1.

Tabella 3.1. Medie (*M*) e deviazioni standard (*DS*) delle caratteristiche demografiche e della prestazione nelle prove di screening per il gruppo di caregivers (*CGVs*) e il gruppo non caregivers (*NON-CGVs*).

	CGVs		NON-CGVs	
	N = 36 (30 F)		N = 36 (31 F)	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
<i>Età</i>	61.08	10.23	61.47	10.10
<i>Scolarità (in anni)</i>	11.42	3.81	11.67	3.67
<i>MoCA-BLIND</i>	20.28	1.37	19.86	1.29
<i>GDS</i>	2.64	1.44	1.47	1.30

Note: MoCA-BLIND: *Montreal Cognitive Assessment-BLIND*; GDS: *Geriatric Depression Scale*

3.2.2 Materiali ²

Percezione soggettiva dell'invecchiamento

* *Età Soggettiva*. L'età soggettiva è stata valutata inserendo all'interno del questionario conoscitivo la domanda: "Quanti anni si sente su una scala da 0 a 120 anni?". La variabile dipendente è data dalla differenza relativa tra età cronologica ed età percepita – *felt age* – [età cronologica – età percepita / età cronologica]. Punteggi positivi indicano sentirsi "più giovane" (età percepita < età cronologica), mentre punteggi negativi indicano sentirsi "più vecchio" (età percepita > età cronologica), rispetto alla propria età cronologica.

² Le misure considerate nel presente studio sono segnalate con un asterisco.

* *Questionario sulla Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI-50, adattato da Diehl & Brothers, 2017).* Si tratta di un questionario che valuta la consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento, in termini sia di guadagni (Benefici) sia di perdite (Danni). Si compone di 50 item che riguardano il modo in cui una persona può sentirsi con l'avanzare della sua età. Ciascun item è valutato su una scala Likert a 5 punti, da 1 = "Per nulla" a 5 = "Molto". Il questionario contiene due scale primarie, CCCI-Benefici e CCCI-Danni, ciascuna delle quali si compone di 25 item. Ogni scala primaria è a sua volta suddivisa in 5 sotto-scale: 1) Salute e funzionamento fisico (*salfis*); 2) Funzionamento cognitivo (*fcogn*); 3) Relazioni interpersonali (*relint*); 4) Funzionamento social-emotivo e funzionamento social-cognitivo (*socialeomotivo*); 5) Stile di vita e coinvolgimento (*stilvita*). Il possibile range totale per ciascun dominio va da 5 (minimo) a 25 (massimo). Le variabili dipendenti, date dalla somma dei punteggi attribuiti ai rispettivi item, sono la consapevolezza di cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento (punteggio alla scala CCCI-Benefici) e la consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento (punteggio alla scala CCCI-Danni). Punteggi più elevati alla scala CCCI-Benefici indicano livelli maggiori di consapevolezza di cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento; punteggi più elevati alla scala CCCI-Danni indicano livelli maggiori di consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. È possibile ottenere anche i punteggi relativi alle 5 sotto-scale delle due scale primarie CCCI-Benefici e CCCI-Danni, con punteggi più alti corrispondenti, rispettivamente, a maggior consapevolezza di cambiamenti positivi e negativi relativi alla: 1) salute e funzionamento fisico; 2) funzionamento cognitivo; 3) relazioni interpersonali; 4) funzionamento social-emotivo e social-cognitivo; 5) stile di vita e coinvolgimento.

Funzionamento emotivo e psicologico

* *Questionario sulla Solitudine Sociale ed Emotiva* (De Jong Gierveld & Van Tilburg, adattata da Borella, 2006, si veda Capotosto e coll., 2017). Si tratta della versione italiana della *Social and Emotional Loneliness Scale* (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Si compone di 6 item (affermazioni), di cui tre valutano la solitudine sociale e tre valutano la solitudine emotiva. Per ciascuna affermazione il partecipante deve esprimere il suo grado di accordo su una scala Likert a 5 punti, da 0 = “Assolutamente vero” a 4 = “Assolutamente no”. Le variabili dipendenti sono la somma delle risposte agli item di solitudine sociale ed emotiva. Ad un punteggio maggiore corrisponde una minore percezione di solitudine sociale ed emotiva.

* *Geriatric Depression Scale (GDS-15)*, adattata da Yasavage, 1987). Si tratta di una scala generalmente utilizzata come strumento di screening per valutare la sintomatologia depressiva nell’adulto-anziano e nell’anziano. Si compone di 15 item con risposta Sì/No. La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi a ciascun item. Ad un maggior punteggio corrisponde una maggiore presenza di sintomatologia depressiva.

Scala di Resilienza di Connor e Davidson-10 (CD-RISC-10), Campbell-Sills & Stein, 2007). Si tratta di un questionario che indaga la resilienza, ovvero la capacità dell’individuo di far fronte a situazioni di vita avverse o stressanti senza lasciarsi sopraffare da esse. Si compone di 10 item. Il partecipante deve indicare il grado di accordo per ciascun item su una scala Likert a 5 punti, da 0 = “Per niente vero” a 4 = “Quasi

sempre vero”. La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi per ciascun item. Ad un maggior punteggio corrisponde una maggiore resilienza.

Qualità di vita

* *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF, THE WHOQOL GROUP, 1998)*. Si tratta della versione italiana del WHOQOL-BREF. Riguarda la percezione individuale della qualità della propria vita, della propria salute e di altri aspetti relati alla propria vita, negli ultimi 15 giorni. Si compone di 26 item totali. Le prime due domande indagano in generale la percezione della propria salute e della qualità di vita. Le restanti domande indagano la qualità di vita percepita facendo riferimento a 4 sotto-domini: 1) salute fisica (7 item); 2) salute psicologica (6 item); 3) relazioni sociali (3 item); 4) ambiente (8 item). Al partecipante è chiesto di indicare il suo grado di accordo utilizzando una scala Likert a 5 punti (da 1 = “Per niente” a 5 = “Molto”). Oltre al punteggio totale, i punteggi grezzi in tutti e quattro i domini sono trasformati in una scala da 0 a 100 punti utilizzando la tabella di trasformazione WHOQOL (WHOQOL Group, 1998), dove punteggi alti denotano una migliore qualità di vita. Le variabili dipendenti sono il punteggio totale e i punteggi per ciascuno dei quattro sotto-domini: 1) salute fisica; 2) salute psicologica; 3) relazioni sociali; 4) ambiente.

Funzionamento cognitivo

Wechsler Adult Intelligence Scale-R – subtest Prova di Vocabolario (Wechsler, 1981; Orsini & Laicardi, 2003). È un subtest tratto dalla WAIS-R composto da una lista di 35 parole (sostantivi, verbi e aggettivi). Per ciascuna parola, il compito del partecipante è

individuare un sinonimo oppure spiegarne il significato. Ad ogni parola viene assegnato un punteggio di 0, 1 o 2 a seconda della correttezza del sinonimo o del significato riferiti. Il punteggio finale è dato dalla somma delle risposte corrette (massimo di 70 punti).

Listening Span Test (LST, De Beni e coll., 2008). Si tratta di un test di memoria di lavoro verbale. Il test si compone di 20 frasi, 13 vere e 7 false, suddivise in 5 gruppi di numerosità crescente (da 2 a 6 frasi). Per ciascun livello, le frasi vengono presentate a breve intervallo l'una dall'altra. Il compito del partecipante è ascoltare attentamente ogni frase e dire, alla fine di ognuna, se la frase è vera oppure falsa. Al termine di ciascun gruppo di frasi il partecipante deve inoltre ricordare l'ultima parola di ogni frase nel corretto ordine di presentazione. Vengono valutati il numero di errori Vero/Falso, il numero di parole ricordate non in ordine (LST non ordine), il numero di parole in ordine (LST ordine), il numero di intrusioni e di invenzioni. Le variabili dipendenti sono il numero di parole correttamente ricordate, indicatore della memoria di lavoro, e il numero di errori di intrusione, che costituiscono un indice della capacità di controllo inibitorio. Il punteggio massimo ottenibile è pari a 20.

Informazioni sul *caregiving* e sulla persona con demenza

Questionario ad hoc sul ruolo di caregiver. Si tratta di un questionario creato per raccogliere informazioni sul ruolo e sulla situazione del *caregiver* informale. Si compone di 8 domande: 1) grado di parentela con la persona con demenza (es., coniuge, figlio, nuora); 2) forma di demenza diagnosticata all'assistito; 3) data dell'ultima visita, geriatrica, neurologica o neuropsicologica e punteggio al test MMSE; 4) anno della

diagnosi; 5) anno di inizio del lavoro di cura – *caregiving* informale; 6) presenza/assenza di un aiuto nell’assistenza al malato (es., familiare/parente, badante); 7) ore di aiuto nell’assistenza; 8) ricorso a servizi pubblici o privati (es., centri diurni, centri sollievo).

Neuropsychiatric Inventory (NPI, Cummings e coll., 1994). Si tratta di un questionario applicabile ai pazienti con demenza di diversa origine, in cui le informazioni vengono fornite dalla persona che vive a stretto contatto e assiste il paziente quotidianamente – *caregiver* primario. Il questionario raccoglie informazioni circa la presenza (SI-NO), la frequenza (da 0 = “Mai” a 4 = “Quasi costantemente”) e la gravità (da 1 = “Lievi” a 3 = “Severi”), nelle sei settimane precedenti all’intervista, di 12 sintomi psichiatrici e comportamentali della persona con demenza: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione/disforia, ansia, esaltazione/euforia, apatia/indifferenza, disinibizione, irritabilità/labilità, comportamento motorio aberrante, sonno, disturbi dell’appetito e dell’alimentazione. Per ciascun sintomo, se presente, il *caregiver* deve indicare il livello di distress emotivo o psicologico esperito (da 0 = “Nessuno” a 5 = “Grave”). Le variabili dipendenti sono: i) la somma del punteggio di Frequenza X Gravità per ciascuno dei 12 sintomi; ii) la somma dei punteggi di Distress indicati dal *caregiver* in riferimento a ciascun sintomo. Punteggi più alti indicano la presenza di disturbi comportamentali più frequenti e più gravi e un maggior distress esperito dal *caregiver*.

Caregiver Burden Inventory (CBI, Novak & Guest, 1989). Si tratta di un questionario multidimensionale che indaga il livello di *burden* del *caregiver* informale di una persona

con demenza. Il questionario contiene 24 item ai quali viene richiesto di rispondere su una scala Likert a 5 punti che va da 0 = “Per nulla” a 4 = “Molto”. Si compone di 5 sotto-scale che suddividono il carico rispettivamente in: 1) *burden* temporale (5 item), relativo al carico di tempo richiesto dall’assistenza diretta e dalla sorveglianza della persona con demenza; 2) *burden* evolutivo (5 item), relativo alle sensazioni provate dal *caregiver* rispetto alla propria situazione, in riferimento al sentirsi “fuori fase”, escluso dalla possibilità di vivere le esperienze che normalmente vivono i pari età; 3) *burden* fisico (4 item), relativo alle sensazioni fisiche associate al *burden*, quali stanchezza, senso di fatica cronica, mancanza di energia, carenza di sonno e perdita di salute fisica o debolezza; 4) *burden* sociale (5 item), relativo ai sentimenti conflittuali vissuti dal *caregiver* nel contesto familiare e lavorativo; 5) *burden* emotivo (5 item), relativo ai sentimenti negativi esperiti dal *caregiver* nei confronti del familiare assistito. La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi attribuiti a ciascun item e può essere calcolata sia sul totale degli item sia per ogni sotto-scala. Punteggi più alti corrispondono a maggior *burden*.

Personalità

Questionario Big-Five 10 (BF-10, Caprara, Barbanelli, Borgogni, & Perugini, 1993). Si tratta della versione ridotta del questionario per valutare la personalità secondo il modello delle cinque dimensioni di McCrae e Costa (Costa, Busch, Zonderman, & McCrae, 1986). Si compone di 10 item (aggettivi o brevi affermazioni). Il partecipante deve esprimere il suo grado di accordo per ciascun item su una scala Likert a 5 punti, da 1 = “Per niente” a 5 = “Completamente”. Dalle risposte emergono cinque tratti di personalità: Energia,

Stabilità Emotiva, Coscienziosità, Amicalità e Apertura Mentale. Le variabili dipendenti sono date dalla somma delle risposte fornite ai due item che valutano ciascun tratto di personalità. A punteggi maggiori corrispondono maggiori livelli per ciascun tratto di personalità.

3.2.3 Procedura

Dopo aver fornito il consenso informato di partecipazione alla ricerca, tutti i partecipanti – CGVs e NON-CGVs – sono stati sottoposti ad una serie di questionari e prove cognitive. La sperimentazione è stata condotta prevalentemente a distanza, tramite telefonata o videochiamata (es., *Zoom* o *Google Duo*). Per il gruppo NON-CGVs, la somministrazione di tutte le prove si è svolta in un singolo incontro individuale della durata di circa 50 minuti. Per il gruppo CGVs sono stati previsti alcuni questionari aggiuntivi, per ottenere maggiori informazioni sul *caregiving* e sul familiare con demenza. Per questo motivo, nel gruppo CGVs, la somministrazione delle prove è stata divisa in due incontri individuali, a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro, della durata di circa 60 e 25 minuti, rispettivamente. All'inizio dell'incontro telefonico, si è presentato brevemente l'obiettivo della ricerca ed è stata assicurata la riservatezza nel trattamento dei dati, nonché la possibilità di interrompere o abbandonare la ricerca in qualsiasi momento. Inoltre, prima di cominciare le prove e i questionari, l'intervistatore si è assicurato che il partecipante si trovasse in un ambiente tranquillo, privo di rumori e altre fonti di distrazione. Le prove sono state somministrate nel seguente ordine: 1) Questionario conoscitivo; 2) Informazioni sul *caregiving* e sulla persona con demenza; 3) MoCA-BLIND; 4) Questionario sulla Solitudine Sociale ed Emotiva; 5) BF-10; 6) CD-RISC-10; 7) Prova di Vocabolario; 8) LST; 9) CCCI-50; 10) WHOQOL-BREF; 11) GDS-15. Per il gruppo

CGVs, due questionari sul *caregiving* e sul familiare con demenza – *Neuropsychiatric Inventory* (NPI) e *Caregiver Burden Inventory* (CBI) – sono stati somministrati nel corso del secondo incontro.

Al termine della telefonata è stato ringraziato il partecipante per la sua collaborazione e per il tempo messo a disposizione.

3.3 Risultati

Preliminarmente, per verificare che non vi fossero differenze tra il gruppo CGVs e il gruppo NON-CGVs in termini di età e scolarità, è stata condotta una ANOVA a una via con il Gruppo (CGVs vs NON-CGVs) come fattore, e l'età (cronologica) e gli anni di scolarità come variabili dipendenti. I risultati hanno mostrato come i due gruppi non differissero per tali variabili sociodemografiche, $F_{(1,70)} < 1$.

Sono state successivamente analizzate le differenze fra il gruppo CGVs e il gruppo NON-CGVs nelle variabili di interesse. In particolare, è stata condotta una ANOVA a una via con il Gruppo (CGVs vs NON-CGVs) come fattore e le variabili relative alla percezione soggettiva dell'invecchiamento (età soggettiva e scale e sotto-scale del CCCI-50) e al funzionamento psicologico (tono dell'umore, solitudine sociale ed emotiva, qualità di vita) come variabili dipendenti. Si veda la Tabella 3.2 per le statistiche descrittive delle misure di interesse per i due gruppi e i risultati dell'ANOVA.

Sintomatologia depressiva. Sono emerse differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la sintomatologia depressiva alla GDS, $F_{(1,70)} = 13.06$, $p = .00$, $\eta^2_p = .16$, con i CGVs che hanno mostrato maggiori segni di tono dell'umore deflesso rispetto ai NON-CGVs.

Solitudine. Non sono emerse differenze significative fra i due gruppi nelle sotto-scale di “Solitudine sociale” e “Solitudine emotiva” né nella solitudine totale (si veda Tabella 3.2).

Qualità di vita. Sono emerse differenze significative tra i due gruppi nella qualità di vita al “WHOQOLBREF-totale”, $F_{(1,70)} = 6.21$, $p = .02$, $\eta^2_p = .08$ e nella sotto-scala *WHOQOL-salute fisica*, $F_{(1,70)} = 6.38$, $p = .01$, $\eta^2_p = .08$, con i NON-CGVs che hanno mostrato una migliore percezione della propria salute fisica e della qualità di vita rispetto ai CGVs.

Età soggettiva. Non sono emerse differenze significative fra i due gruppi (si veda Tabella 3.2).

Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento. Sono emerse differenze significative fra i due gruppi per la sotto-scala “*relazioni interpersonali*” (*relint*) del CCCI-Benefici, $F_{(1,70)} = 4.26$, $p = .04$, $\eta^2_p = .06$, con i NON-CGVs che hanno mostrato una maggior consapevolezza dei cambiamenti positivi correlati all’età legati alle relazioni interpersonali rispetto ai CGVs. Sono emerse, inoltre, differenze significative fra i due gruppi per la sotto-scala “*salute e funzionamento fisico*” (*salfis*) del CCCI-Danni, $F_{(1,70)} = 5.63$, $p = .02$, $\eta^2_p = .07$, con i CGVs che hanno mostrato maggiore consapevolezza dei cambiamenti negativi correlati all’età legati alla salute fisica rispetto ai NON-CGVs. Non sono emerse, invece, differenze significative fra i due gruppi per le due scale primarie e le altre sotto-scale del CCCI-50 (si veda Tabella 3.2).

Tabella 3.2. Statistiche descrittive delle prestazioni e per i risultati dell'ANOVA a una via per ciascuna misura di interesse.

	CGVs		NON-CGVs		ANOVAs			CGVs vs NON-CGVs
	M	DS	M	DS	F (1,70)	P	η^2_p	
Età soggettiva	.07	.14	.12	.11	2.62	.11	.04	CGVs = NON-CGVs
CCCI-Benefici	80.94	17.68	86.94	12.32	2.79	.10	.04	CGVs = NON-CGVs
<i>salfis</i> – benefici	13.83	4.29	14.81	3.28	1.17	.28	.02	CGVs = NON-CGVs
<i>fcogn</i> – benefici	17.11	3.96	16.94	3.50	.04	.85	.00	CGVs = NON-CGVs
<i>relint</i> - benefici	17.00	4.10	18.64	2.43	4.26	.04	.06	NON-CGVs > CGVs
<i>soziale</i> motivo– benefici	18.22	4.54	19.69	2.93	2.67	.11	.04	CGVs = NON-CGVs
<i>stilvita</i> – benefici	14.78	5.20	16.86	4.34	3.41	.07	.05	CGVs = NON-CGVs
CCCI-Danni	55.36	11.88	53.11	14.46	.52	.47	.01	CGVs = NON-CGVs
<i>salfis</i> -danni	14.58	4.21	12.08	4,72	5.62	.02	.07	CGVs > NON-CGVs
<i>fcogn</i> -danni	11.56	3.42	11.94	4.50	.17	.68	.00	CGVs = NON-CGVs
<i>relint</i> -danni	7.14	2.21	7.36	2.02	.20	.66	.00	CGVs = NON-CGVs
<i>soziale</i> motivo-danni	9.89	3.36	10.06	4.01	.04	.85	.00	CGVs = NON-CGVs
<i>stilvita</i> -danni	12.19	3.18	11.67	3.68	.42	.52	.01	CGVs = NON-CGVs
GDS	2.64	1.44	1.47	1.30	13.06	.00	.16	CGVs > NON-CGVs
Solitudine totale	22.00	2.88	23.06	3.13	2.22	.14	.03	CGVs = NON-CGVs
<i>solitudine sociale</i>	10.81	1.79	11.36	1.85	1.68	.20	.02	CGVs = NON-CGVs
<i>solitudine emotiva</i>	11.19	1.88	11.69	1.86	1.28	.26	.02	CGVs = NON-CGVs
WHOQOL-BREF-totale	94.28	8.24	99.72	10.19	6.21	.02	.08	NON-CGVs > CGVs
<i>WHOQOL</i> -salute fisica	70.73	11.48	77.38	10.83	6.38	.01	.08	NON-CGVs > CGVs
<i>WHOQOL</i> -salute psicologica	57.99	8.30	59.84	9.66	.76	.39	.01	CGVs = NON-CGVs
<i>WHOQOL</i> -relazioni sociali	65.28	13.87	70.83	14.84	2.69	.11	.04	CGVs = NON-CGVs
<i>WHOQOL</i> -ambiente	63.02	9.92	67.17	11.58	2.69	.11	.04	CGVs = NON-CGVs

Note. CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento; *salfis* = salute e funzionamento fisico; *fcogn* = funzionamento cognitivo; *relint* = relazioni interpersonali; *soziale*motivo = funzionamento social-emotivo e social-cognitivo; *stilvita* = stile di vita e coinvolgimento; GDS = Geriatric Depression Scale; WHOQOL = World Health Organization Quality of Life.

Infine, sono state condotte analisi di correlazione tra le variabili di interesse separate per entrambi i gruppi, CGVs e NON-CGVs.

Caregivers (CGVs). Non sono emerse correlazioni significative tra età soggettiva e GDS, i diversi indicatori di solitudine e qualità di vita percepita (si veda Tabella 3.3). È emersa, invece, una correlazione positiva moderata tra CCCI-Danni e GDS ($r = .35, p < .05$), per cui i CGVs che hanno riportato un tono dell'umore più deflesso hanno anche riportato una maggior consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. Sono emerse correlazioni negative e moderate tra CCCI-Danni e solitudine totale ($r = -.41, p < .05$) e solitudine emotiva ($r = -.46, p < .01$), per cui i CGVs che hanno riportato maggiore solitudine totale ed emotiva hanno riportato maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. Infine, è emersa una correlazione negativa moderata tra CCCI-Danni e qualità di vita percepita al WHOQOL-BREF-totale ($r = -.45, p < .01$), per cui i CGVs che hanno riportato peggiore qualità di vita percepita hanno riportato anche maggiore consapevolezza dei cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento.

È emersa, infine, una correlazione negativa tra qualità di vita percepita al WHOQOL-totale e tono dell'umore alla GDS ($r = -.55, p < .01$), per cui CGVs che hanno riportato una peggiore qualità di vita percepita hanno riportato un tono dell'umore più deflesso.

Tabella 3.3. Correlazioni tra le misure di interesse nel gruppo CGVs.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Età Soggettiva	-							
2. CCCI-Benefici	.09	-						
3. CCCI-Danni	-.19	.39*	-					
4. GDS	-.22	.05	.35*	-				
5. Solitudine totale	.09	-.20	-.41*	-.29	-			
6. Solitudine sociale	.01	.00	-.17	-.16	.77**	-		
7. Solitudine emotiva	.13	-.31	-.46**	-.29	.80**	.23	-	
8. WHOQOL -totale	-.13	-.06	-.45**	-.55**	.04	.01	.04	-

Note: CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento; GDS = *Geriatric Depression Scale*; WHOQOL = *World Health Organization Quality of Life*. $p < .05$ *; $p < .01$ **

Non caregivers (NON-CGVs). È emersa una correlazione negativa moderata tra età soggettiva e CCCI-Danni ($r = -.36$, $p < .05$), per cui NON-CGVs che hanno riferito di sentirsi più vecchi della propria età hanno riportato maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. Non sono emerse, invece, correlazioni significative tra età soggettiva e le altre variabili psicologiche di interesse (si veda tabella 3.4).

È emersa una correlazione medio-larga tra CCCI-Danni e GDS ($r = .60$, $p < .01$), per cui i NON-CGVs che hanno riportato un tono dell'umore più deflesso hanno riportato una maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. È emersa, inoltre, una correlazione significativa moderata tra CCCI-Danni e solitudine emotiva ($r = -.47$, $p < .01$), per cui NON-CGVs che hanno riportato maggiore solitudine emotiva hanno riportato maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. È emersa, inoltre, una interessante correlazione tra CCCI-Benefici e

solitudine sociale ($r = .37, p < .05$), per cui i NON-CGVs che hanno riportato minore solitudine sociale hanno riportato maggiore consapevolezza di cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento. È emersa una correlazione significativa moderata tra CCCI-Danni e qualità di vita percepita al WHOQOL-totale ($r = -.52, p < .01$), per cui NON-CGVs che hanno riportato peggiore qualità di vita percepita hanno riportato maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento.

Infine, sono emerse correlazioni significative tra le variabili psicologiche di interesse. È emersa una correlazione significativa tra solitudine emotiva e tono dell'umore alla GDS ($r = -.54, p < .05$), per cui NON-CGVs che hanno riportato maggiore solitudine emotiva hanno riportato un tono dell'umore più deflesso. Sono emerse correlazioni significative tra qualità di vita percepita al WHOQOL-totale e tono dell'umore alla GDS ($r = -.59, p < .01$), solitudine totale ($r = .59, p < .01$), sociale ($r = .42, p < .05$) ed emotiva ($r = .58, p < .05$), per cui NON-CGVs che hanno riportato peggiore qualità di vita percepita hanno riportato tono dell'umore più deflesso e maggiore solitudine totale, sociale ed emotiva. È emersa, inoltre, una correlazione positiva tra solitudine totale e tono dell'umore alla GDS ($r = -.46, p < .01$), per cui NON-CGVs che hanno riportato maggiore solitudine totale hanno riportato anche tono dell'umore più deflesso.

Tabella 3.4. Correlazioni tra le misure di interesse nel gruppo NON-CGVs.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Età Soggettiva	-							
2. CCCI-Benefici	.21	-						
3. CCCI-Danni	-.36*	-.07	-					
4. GDS	.01	-.16	.60**	-				
5. Solitudine totale	-.02	.36*	-.31	-.46**	-			
6. Solitudine sociale	-.14	.37*	-.06	-.24	.84**	-		
7. Solitudine emotiva	.10	-.24	-.47**	-.54*	.84**	.42*	-	
8. WHOQOL -totale	-.22	-.27	-.52**	-.59**	.59**	.42*	.58*	-

Note: CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento; GDS = *Geriatric Depression Scale*; WHOQOL = *World Health Organization Quality of Life*. $p < .05$ *; $p < .01$ **

3.4 Discussione e conclusione

L’interesse per lo studio della relazione tra percezione soggettiva dell’invecchiamento e funzionamento psicologico nei *caregivers* informali (CGVs) di una persona con demenza nasce alla luce di due importanti corpi di studi presenti in letteratura. Da una parte, sono oggi note le conseguenze del lavoro di cura sul funzionamento e sul benessere psicologico del CGV informale, oltre che sul suo funzionamento cognitivo e sulle condizioni di salute. Questo corpo di studi ha messo in evidenza come i CGVs di una persona con demenza, rispetto ai NON-CGVs, abbiano un peggior funzionamento psicologico, con maggiori livelli di depressione, maggiore percezione di solitudine, minore benessere percepito e scarsa qualità di vita, oltre che problemi di salute più gravi e frequenti e prestazioni inferiori alle prove cognitive (Peavy e collaboratori, 2022; Schulz e coll., 2020; Victor e coll., 2020; Collins & Kishita, 2019; Mackenzie e coll., 2009; De Vugt e coll., 2006; Caswell e coll., 2003; Pinquart & Sörensen, 2003b; Beeson, 2003). D’altra parte, una

letteratura emergente ha messo in luce il ruolo che la percezione soggettiva dell'invecchiamento ha nell'influenzare il funzionamento psicologico e cognitivo lungo l'intero arco di vita adulto. In particolare, una migliore percezione soggettiva del proprio invecchiamento è associata a migliore funzionamento psicologico, in termini di minore sintomatologia depressiva, minore solitudine percepita e migliore qualità di vita (Tully-Wilson e coll., 2021; Alonso Debrezzeni & Bailey, 2020; Lamont e coll., 2017; Westerhof & Wurm, 2015; Choi & DiNitto, 2014; Spuling e coll., 2013; Weiss & Lang, 2012). Come anticipato nel capitolo precedente, sebbene sia noto che la percezione soggettiva dell'invecchiamento influenza il funzionamento mentale e psicologico lungo l'intero arco di vita adulto, non vi sono studi in letteratura che hanno indagato la sua relazione con il funzionamento psicologico di adulti-anziani CGVs informali di una persona con demenza, confrontati quotidianamente con le conseguenze negative dell'invecchiamento e il carico di lavoro di cura verso il proprio caro.

L'obiettivo del presente studio è stato proprio quello di indagare se vi fossero differenze in termini di percezione soggettiva del proprio invecchiamento e confrontare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico in adulti-anziani CGVs informali di una persona con demenza, indirettamente "esposti" alle conseguenze negative dell'invecchiamento patologico, e NON-CGVs, con invecchiamento "tipico", non "esposti" alle suddette conseguenze.

In linea con la letteratura precedente (Peavy e collaboratori, 2022; Schulz e coll., 2020; Pinquart & Sörensen, 2003b; Vitalino, Zhang & Scanlan, 2003) e le nostre aspettative, sono emerse differenze significative tra i due gruppi nella sintomatologia depressiva e nella qualità di vita, generale e legata alla salute fisica, con i CGVs che hanno mostrato maggiori sintomi depressivi e una peggiore qualità di vita percepita rispetto ai NON-

CGVs. I risultati confermano quindi come il *caregiving* abbia un impatto sul tono dell'umore e sulla qualità di vita, in particolare legata ad aspetti di funzionalità fisica.

In contrasto con evidenze precedenti (Victor e coll., 2020; Beeson, 2003) e le nostre aspettative, invece, non sono emerse differenze significative per quanto riguarda la percezione di solitudine tra i due gruppi. Questo può essere dovuto al fatto che i CGVs coinvolti nello studio afferiscano alla rete di servizi (es., centri sollievo) e quindi ricevano adeguato sostegno. Inoltre, i CGVs informali che hanno partecipato sono relativamente giovani, soprattutto figli/e e nuore (n = 26), che possono trarre benefici e sostegno sociale dal loro ambiente familiare e lavorativo.

Per quanto riguarda la percezione soggettiva dell'invecchiamento, sono emerse delle differenze in alcune sotto-scale del questionario sulla consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento: “*relazioni interpersonali*” del CCCI-Benefici e “*salute fisica*” del CCCI-Danni. In particolare, nei NON-CGVs si è evidenziata una maggior consapevolezza dei cambiamenti positivi correlati all'età legati alle relazioni interpersonali rispetto ai CGVs, mentre nei CGVs si è evidenziata una maggiore consapevolezza dei cambiamenti negativi legati alla salute fisica rispetto ai NON-CGVs. In altre parole, i NON-CGVs sembrerebbero percepire in misura maggiore, rispetto ai CGVs informali, i benefici derivanti dalle relazioni interpersonali, che acquisiscono maggiore rilevanza con l'avanzare dell'età. In linea con la teoria della selettività socioemotiva (SST) di Laura Carstensen (1999), gli adulti-anziani utilizzano la regolazione delle loro interazioni sociali per mantenere una visione positiva del proprio invecchiamento e raggiungere la stabilità e la soddisfazione emotiva. Al contrario, i CGVs informali di una persona con demenza potrebbero non trarre gli stessi benefici in quanto spesso impegnati nei loro compiti di cura verso il *care-recipient*. Inoltre, l'esposizione

indiretta alle conseguenze dell'invecchiamento patologico, così come il carico del lavoro di cura e le sue conseguenze per la salute fisica (Schulz e coll., 2020; Vitalino, Zhang & Scanlan, 2003), potrebbe spiegare la maggiore consapevolezza dei cambiamenti negativi nella salute fisica nei CGVs informali rispetto ai NON-CGVs – che sembra riflettersi anche in una peggior qualità di vita percepita rispetto ad aspetti fisici come suggerito dai nostri risultati, un aspetto che sarebbe interessante approfondire.

Non sono emerse, invece, differenze significative nell'età soggettiva tra i due gruppi. Questo può essere dovuto ad altri fattori e caratteristiche individuali che non sono state controllate nel presente studio per l'esiguità del campione. Tra queste vi sono sia caratteristiche sociodemografiche, tra cui genere, età cronologica e riserva cognitiva, sia, per i CGVs, variabili legate al lavoro di cura e al *care-recipient*, come il *distress* e il *caregiver burden*, la presenza/assenza di disturbi del comportamento e della personalità nel *care-recipient*, il numero di anni e ore dedicate alla cura e alla sorveglianza del malato e la presenza di aiuto o ricorso alla rete dei servizi. In previsione di studi futuri è importante approfondire queste variabili per chiarire l'impatto del *caregiving* sull'età soggettiva.

Per quanto riguarda le associazioni tra variabili legate alla percezione soggettiva dell'invecchiamento e variabili psicologiche di interesse nei due gruppi, è emerso un pattern di associazioni simile, seppur con alcune peculiarità che contraddistinguono i CGVs dai NON CGVs. Nel gruppo NON-CGVs, in linea con la letteratura precedente (Tully-Wilson e coll., 2021; Alonso Debreczeni & Bailey, 2020; Westerhof & Wurm, 2015) e con le nostre aspettative, è emerso che una maggiore consapevolezza dei danni correlati all'invecchiamento è fortemente associata a maggiore sintomatologia depressiva, solitudine emotiva e peggiore qualità di vita percepita. Similmente, nel

gruppo CGVs sono emerse correlazioni significative tra consapevolezza dei cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento e tono dell'umore, solitudine e qualità di vita. In particolare, nei CGVs, una maggiore consapevolezza dei danni correlati all'invecchiamento – CCCI-Danni – si associa a maggiore sintomatologia depressiva, maggiore solitudine e minore qualità di vita. Tuttavia, nei NON-CGVs è emersa anche un'interessante correlazione tra consapevolezza dei cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento – CCCI-Benefici – e solitudine e qualità di vita. In altre parole, nei NON-CGVs, una maggiore consapevolezza dei benefici correlati all'invecchiamento si associa a minore solitudine emotiva e migliore qualità di vita percepita. Una possibile spiegazione a questi risultati è che i CGVs informali, essendo indirettamente esposti all'invecchiamento patologico e alle conseguenze che esso comporta, siano più inclini a focalizzarsi sui danni correlati all'invecchiamento, rispetto ai NON-CGVs. Questa tendenza a prestare maggiore attenzione alle conseguenze negative correlate all'invecchiamento influenza il funzionamento psicologico dei CGVs informali, in termini di maggiore sintomatologia depressiva e peggiore qualità di vita percepita. Al contrario, i NON-CGVs, cioè adulti-anziani con invecchiamento “tipico” e non “esposti” alle conseguenze dell'invecchiamento patologico, sono in grado di prestare attenzione anche ai benefici correlati all'invecchiamento, che può risultare protettivo in termini di solitudine e qualità di vita percepita.

Nonostante gli interessanti risultati, questo studio presenta alcune limitazioni. In primo luogo, l'impostazione trasversale del progetto non consente di esaminare possibili effetti predittivi della percezione soggettiva dell'invecchiamento sulle variabili psicologiche di interesse, che potrebbero essere studiati, invece, con uno studio longitudinale. In secondo luogo, la dimensione ridotta del campione non ha permesso di controllare alcune variabili

che potrebbero chiarire il pattern di risultati ottenuti, come anticipato. Lo studio è, tuttavia, ongoing. In previsione futura, un numero più ampio e rappresentativo di partecipanti permetterà di approfondire i risultati tenendo in adeguata considerazione tutti gli aspetti che caratterizzano la percezione soggettiva dell'invecchiamento (es., atteggiamenti verso il proprio invecchiamento), oltre ad indagare il ruolo di altre variabili in grado di influenzare la relazione tra percezione dell'invecchiamento e funzionamento psicologico del CGV informale.

In conclusione, i risultati confermano l'impatto del *caregiving* sul funzionamento psicologico, in termini di tono dell'umore e qualità di vita percepita. Non solo, questi risultati hanno messo in luce un'associazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, soprattutto in termini di consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento, e alcune variabili legate al funzionamento psicologico, non solo in adulti-anziani con invecchiamento "tipico", ma anche in popolazioni particolari, come quella dei *caregivers* informali di una persona con demenza. Sebbene sia necessario condurre un numero maggiore di studi, i risultati sono incoraggianti e mettono in luce il fatto che la percezione soggettiva dell'invecchiamento potrebbe costituire una variabile soggettiva target per interventi volti a promuovere e supportare il funzionamento psicologico e cognitivo della persona adulta-anziana in generale, e dare strumenti ai *caregivers* informali per prendersi cura, oltre che del proprio caro, anche del proprio invecchiamento.

Bibliografia ³

- Alonso Debreczeni, F., & Bailey, P. E. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Subjective Age and the Association With Cognition, Subjective Well-Being, and Depression. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), 471–482. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa069>
- * American Psychiatric Association, & Biondi, M. (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina Raffaello.
- * Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), 135–143. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(03\)00057-8](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(03)00057-8)
- Beeson, R., Horton-Deutsch, S., Farran, C., & Neundorfer, M. (2000). LONELINESS AND DEPRESSION IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE OR RELATED DISORDERS. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(8), 779–806. <https://doi.org/10.1080/016128400750044279>
- Bodner, E. (2022). The importance of self-perceptions of aging in predicting late-life loneliness. *International Psychogeriatrics*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s1041610221002830>

³ Le opere non consultate integralmente sono segnalate con un asterisco.

- * Borella, E., Cornoldi, C., & de Beni, R. (2015). Intelligenza e memoria nell'invecchiamento. In R. De Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp. 133–163). il Mulino.
- * Borella, E., & De Beni, R. (2015a). La psicologia dell'invecchiamento. In R. De Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp. 15–30). il Mulino.
- * Borella, E., & De Beni, R. (2015b). Temi, problemi e prospettive della psicologia dell'invecchiamento e della longevità. In R. De Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp. 31–61). il Mulino.
- * Borella, E., Carbone, E., De Beni, R., Piras, F., Piras, F., & Pacher, D. (2015). Psicopatologia, demenza e interventi non farmacologici. In R. De Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp. 363–388). il Mulino.
- * Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H. W., & Diehl, M. (2016). Future time perspective and awareness of age-related change: Examining their role in predicting psychological well-being. *Psychology and Aging, 31*(6), 605–617.
<https://doi.org/10.1037/pag0000101>
- * Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028.
<https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- * Capotosto, E., Belacchi, C., & Borella, E. (2016). Terapia di Stimolazione Cognitiva in anziani con demenza: il protocollo SPECTOR. Applicazione e valutazione

dell'efficacia nel contesto italiano. [Tesi di dottorato, Università degli studi di Urbino Carlo Bo].

- * Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The “big five questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, *15*(3), 281–288. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90218-r](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90218-r)
- * Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, *54*(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.54.3.165>
- Caswell, L. W., Vitaliano, P. P., Croyle, K. L., Scanlan, J. M., Zhang, J., & Daruwala, A. (2003). Negative Associations of Chronic Stress and Cognitive Performance in Older Adult Spouse Caregivers. *Experimental Aging Research*, *29*(3), 303–318. <https://doi.org/10.1080/03610730303721>
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, *62*(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2014). Felt age and cognitive-affective depressive symptoms in late life. *Aging & Mental Health*, *18*(7), 833–837. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.886669>
- Collins, R. N., & Kishita, N. (2019). Prevalence of depression and burden among informal care-givers of people with dementia: a meta-analysis. *Ageing and Society*, *40*(11), 2355–2392. <https://doi.org/10.1017/s0144686x19000527>
- * Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive

assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308.

<https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308>

Dassel, K. B., Carr, D. C., & Vitaliano, P. (2015). Does Caring for a Spouse With Dementia Accelerate Cognitive Decline? Findings From the Health and Retirement Study. *The Gerontologist*, 57(2), 319–328.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnv148>

* De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2nd ed.). il Mulino.

* De Beni, R., Borella, E., Carretti, B., Marigo, C., & Nava, L. A. (2008). *BAC Benessere e Abilità Cognitive nell'età adulta e avanzata*. Giunti Psychometrics.

De Vugt, M. E., Jolles, J., van Osch, L., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., & Verhey, F. R. J. (2006). Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: findings from the prospective MAASBED study. *Age and Ageing*, 35(2), 160–166. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj044>

Di Fiandra, T., Canevelli, M., di Pucchio, A., Vanacore, N., & Italian Dementia National Plan Working Group. (2015). The Italian Dementia National Plan. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 51(4), 261–264.

https://doi.org/10.4415/ANN_15_04_02

* Diehl, M., & Wahl, H. W. (2015). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Subjective Aging: New Developments and Future Directions* (Vol. 35). Springer Publishing Company.

Diehl, M., Wahl, H. W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2014). Awareness of aging: Theoretical

considerations on an emerging concept. *Developmental Review*, 34(2), 93–113.

<https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.001>

Diehl, M., Wahl, H. W., Brothers, A., & Miche, M. (2015). Subjective Aging and Awareness of Aging Toward a New Understanding of the Aging Self. In *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Subjective Aging: New Developments and Future Directions* (Vol. 35, pp. 1–28). Springer Publishing Company.

<https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.1>

Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23–32.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03260.x>

Fonareva, I., & Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(5), 725–747.

<https://doi.org/10.1017/s1041610214000039>

Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132–138.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.042>

* Gauthier, S., Rosa-Neto, P., Morais, J. A., & Webster, C. (2021). *World Alzheimer Report 2021. Journey through the diagnosis of dementia*. Alzheimer's Disease International.

* Gierveld, J. D. J., & Tilburg, T. V. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness. *Research on Aging*, 28(5), 582–598.

<https://doi.org/10.1177/0164027506289723>

- Gilliam, C. M., & Steffen, A. M. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health, 10*(2), 79–86. <https://doi.org/10.1080/13607860500310658>
- Gonyea, J. G., O'Connor, M., Carruth, A., & Boyle, P. A. (2005). Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: The role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr, 20*(5), 273–280. <https://doi.org/10.1177/153331750502000505>
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging, 2*(4), 323–330. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.4.323>
- Harmell, A. L., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., & Mausbach, B. T. (2011). A Review of the Psychobiology of Dementia Caregiving: A Focus on Resilience Factors. *Current Psychiatry Reports, 13*(3), 219–224. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0187-1>
- Keyes, C. L., & Westerhof, G. J. (2011). Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. *Aging & Mental Health, 16*(1), 67–74. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.596811>
- * Koerner, S. S., & Kenyon, D. B. (2007). Understanding “Good Days” and “Bad Days”: Emotional and Physical Reactivity Among Caregivers for Elder Relatives. *Family Relations, 56*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00435.x>

- Kornadt, A. E., Hess, T. M., Voss, P., & Rothermund, K. (2016). Subjective Age Across the Life Span: A Differentiated, Longitudinal Approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw072. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw072>
- Kotter-Grühn, D., & Hess, T. M. (2012). The Impact of Age Stereotypes on Self-perceptions of Aging Across the Adult Lifespan. *The Journals of Gerontology: Series B*, 67(5), 563–571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>
- Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., & Stephan, Y. (2015). Looking Beyond Chronological Age: Current Knowledge and Future Directions in the Study of Subjective Age. *Gerontology*, 62(1), 86–93. <https://doi.org/10.1159/000438671>
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., & Clare, L. (2016). Social Support and Attitudes to Aging in Later Life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 109–125. <https://doi.org/10.1177/0091415016668351>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Li, Y., Liu, M., Miyawaki, C. E., Sun, X., Hou, T., Tang, S., & Szanton, S. L. (2021). Bidirectional relationship between subjective age and frailty: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02344-1>
- Lucidi, F., & Grano, C. (2015). Il “caregiving” nell’invecchiamento e nella malattia di Alzheimer. In R. de Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell’invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp. 389–412). il Mulino.

- Mackenzie, C. S., Wiprzycka, U. J., Hasher, L., & Goldstein, D. (2009). Associations Between Psychological Distress, Learning, and Memory in Spouse Caregivers of Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, *64B*(6), 742–746.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbp076>
- Mitina, M., Young, S., & Zhavoronkov, A. (2020). Psychological aging, depression, and well-being. *Aging*, *12*(18), 18765–18777.
<https://doi.org/10.18632/aging.103880>
- Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, *33*(1), 42–46.
<https://doi.org/10.1177/0165025408095551>
- * Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *The Gerontologist*, *29*(6), 798–803.
<https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798>
- * Orsini, A., & Laicardi, C. (2004). *WAIS-R e terza età. La natura dell'intelligenza nell'anziano: continuità e discontinuità*. Giunti Psychometrics.
- Peavy, G., Mayo, A. M., Avalos, C., Rodriguez, A., Shifflett, B., & Edland, S. D. (2022). Perceived Stress in Older Dementia Caregivers: Mediation by Loneliness and Depression. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, *37*, 153331752110647.
<https://doi.org/10.1177/15333175211064756>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003a). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, *58*(2), P112–P128.
<https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.p112>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003b). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61*(1), P33–P45. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.p33>
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family Caregiving for Older Adults. *Annual Review of Psychology, 71*(1), 635–659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Spitzer, N., Segel-Karpas, D., & Palgi, Y. (2019). Close social relationships and loneliness: the role of subjective age. *International Psychogeriatrics, 1*–5. <https://doi.org/10.1017/s1041610219001790>
- Spuling, S. M., Miche, M., Wurm, S., & Wahl, H. W. (2013). Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie, 21*(1), 5–15. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000084>
- Stephan, Y., Caudroit, J., Jaconelli, A., & Terracciano, A. (2014). Subjective Age and Cognitive Functioning: A 10-Year Prospective Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1180–1187. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.007>

- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2014). Subjective Age and Personality Development: A 10-Year Study. *Journal of Personality*, 83(2), 142–154.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12090>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2018a). Determinants and Implications of Subjective Age Across Adulthood and Old Age. In C. D. Ryff & R. F. Krueger (Eds.), *The Oxford Handbook of Integrative Health Science* (pp. 1–19). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190676384.013.7>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2018b). Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 659–664.
<https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000613>
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Caudroit, J., & Terracciano, A. (2015). Subjective Age and Changes in Memory in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(4), 675–683.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv010>
- * THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Tully-Wilson, C., Bojack, R., Milllear, P. M., Stallman, H. M., Allen, A., & Mason, J. (2021). Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 36(7), 773–789. <https://doi.org/10.1037/pag0000638>
- Victor, C. R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Hart, N., Lamont, R., & Clare, L. (2020). The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1232–1238. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1753014>

- Vitaliano, P. P., Murphy, M., Young, H. M., Echeverria, D., & Borson, S. (2011). Does Caring for a Spouse with Dementia Promote Cognitive Decline? A Hypothesis and Proposed Mechanisms. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(5), 900–908. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03368.x>
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(6), 946–972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Warmoth, K., Tarrant, M., Abraham, C., & Lang, I. A. (2015). Older adults' perceptions of ageing and their health and functioning: a systematic review of observational studies. *Psychology, Health & Medicine*, *21*(5), 531–550. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1096946>
- Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). “They” are old but “I” feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*, *27*(1), 153–163. <https://doi.org/10.1037/a0024887>
- Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2015). Longitudinal Research on Subjective Aging, Health, and Longevity: Current evidence and new directions for research. In M. Diehl & H. Wahl (Eds.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics. Subjective Aging: New Developments and Future Directions*, *35*(1), 145–165. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.1>
- Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M., Wahl, H. W., & Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, *29*(4), 793–802. <https://doi.org/10.1037/a0038016>

Wittich, W., Phillips, N., Nasreddine, Z. S., & Chertkow, H. (2010). Sensitivity and Specificity of the Montreal Cognitive Assessment Modified for Individuals who are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104(6), 360–368. <https://doi.org/10.1177/0145482x1010400606>

* World Health Organization. Dementia: A Public Health Priority. Geneva: World Health Organization; 2012. Available online: https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46, 27–43. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002>

* Yasavage, J. A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 709–710.

Sitografia

Indagine europea sulla salute (EHIS). (2021, May 18). Istat.it.

<https://www.istat.it/it/archivio/167485>

Invecchiamento, bomba demografica pronta a deflagrare. Disabilità e domanda di assistenza i veri esplosivi. | *Italia Longeva*. (2018, July 11). ITALIA

LONGEVA. <https://www.italialongeva.it/2018/07/11/invecchiamento-bomba-demografica-pronta-a-deflagrare-disabilita-e-domanda-di-assistenza-i-veri-esplosivi/>

Istituto Superiore di Sanità. (2021). ISS. <https://www.iss.it/web/guest>

L'Italia e le dinamiche demografiche. (2022, January 11). CENSIS.

<https://www.censis.it/welfare-e-salute/l%E2%80%99italia-e-le-dinamiche-demografiche>

La demografia dell'Europa - VISUALIZZAZIONI STATISTICHE EDIZIONE 2021 -

Istat. (2021). <https://it.readkong.com/page/la-demografia-dell-europa-visualizzazioni-statistiche-9728741>

Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. (2021, July 14). Istat.

<https://www.istat.it/it/archivio/259588>

Rete dei Servizi in Italia. (2017). Ministero Della Salute. <https://www.salute.gov.it/>

Società Italiana di Neurologia. (2019). Società Italiana Di Neurologia.

<http://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/patologia.cfm?p=demenze>

W. (2016, April 18). *Alzheimer: impatto economico e sociale.* PAS Welfare.

<https://www.pas-welfare.com/2016/alzheimer-limpatto-economico-e-sociale/>